

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

PROJET DE RECHERCHE UNESCO/ONUSIDA

**ACTES DE L'ATELIER SOUS-REGIONAL
POUR L'AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE**

**DAKAR - SENEGAL
6-8 août 2001**

Etudes et rapports, série speciale, n°14
Division des politiques culturelles
UNESCO, 2002

Les opinions qui y sont exprimées sont celles
des auteurs et ne reflètent pas nécessairement
les vues de l'UNESCO

(CLT-2002/WS/1)

TABLE DES MATIERES

I- RAPPORT DE L'ATELIER	5
II- COMMUNICATIONS	
1- Séance d'ouverture	15
a. Allocution M. Assanne Hane : Secrétaire Général de la Commission Sénégalaise pour l'UNESCO	15
b. Allocution Dr. Samuel Ochola : Directeur IDEP	17
c. Allocution M. Parsuramen : Directeur du bureau régional de l'UNESCO pour l'Afrique	19
2- Comprendre le contexte de l'atelier	23
a. VIH/SIDA, Culture et développement en Afrique : M. Burama K. Sagnia	23
b. Le projet UNESCO/ONUSIDA : M. Claude Fabrizio	43
3- Comprendre le role et l'impact de la culture en matiere de prevention et traitement du VIH/SIDA	53
a. L'approche culturelle et le VIH/SIDA : risque , vulnérabilité et réduction de l'impact : M. Claude Fabrizio	53
b. La culture et son impact sur la prévention et le traitement du VIH/SIDA, l'expérience sénégalaise : Prof. Cheikh Niang	58
4- Renforcer l'approche culturelle dans la prevention et le traitement du VIH/SIDA : experiences nationales	77
a. Expérience du Sénégal : Dr. Abdoulaye Sibide Wade	77
b. Expérience de la Gambie : M. Allagie Kolley	81
c. Expérience du Burkina Faso : Dr. Nâ Bintou Benon	89
d. Expérience du Ghana : Mme Evelyn Quaye	95
e. Expérience de la Côte d'Ivoire : M. Honorat Assouhoun	100
f. Expérience de la République Centrafricaine : M. Jean Benoît Gonda	109
5- Expériences des organismes intervenant dans le processus	117
a. Fondation pour la recherche sur la santé de la femme : Mme Yassin Sompoc-Ceesay	117
b. Fédération des associations féminines du Sénégal : Mme Aïssatou Niang Fall	121
c. Caritas : M. Emile Dally Diouf	125
d. Association Chrétienne pour la santé: M. Emmanuel Haizel	130
e. Association pour la promotion des médecines traditionnelles : M. Oumou Diodo Ly Kane	136
f. Initiative Privée et Communautaire : M. Dieudonné Bassonon	139
g. Amis d'Afrique : M. Gedeon Doraboy-Senam	148
h. African Consultants International : Dr Fatim Louise Dia	155
i. Action et Développement : Dr Cheikh Tidiane Athie	164

6- Campagne IEC culturellement adaptée	175
a. Communication culturellement adaptée pour le changement de comportement : M. Claude Fabrizio	175
b. Rôle de l'IEC dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA au Sénégal : Prof. Bilal Fall	191
III- ANNEXE	204
1. Liste des participants	204

RAPPORT DE L'ATELIER

Dans le cadre du Projet conjoint UNESCO/ONUSIDA «Approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA », l'Atelier sous-régional organisé à l'intention des pays de l'Afrique de l'Ouest et d'Afrique Centrale a été organisé par l'UNESCO, en coopération avec le Collège Itinérant Africain pour la Culture et le Développement, du 6 au 8 août 2001, dans les locaux de l'Institut Africain pour le développement économique et la planification, à Dakar (Sénégal).

Cet atelier fermait la série des quatre sessions de formation pour les professionnels, chercheurs et membres d'ONGs, consacrées à l'adoption de l'approche culturelle dans leurs activités liées à la prévention, au traitement et au soutien des personnes en matière de VIH/SIDA dans les pays africains.

Trois ateliers s'étaient tenus précédemment au Zimbabwe (mai 1999) pour l'Afrique Australe, à Kampala, Ouganda (mai 2000) pour l'Afrique de l'Est, au Caire (mai 2000) pour les Pays arabes africains de l'Est méditerranéen, puis à Fès, Maroc, (juin 2001) pour les Pays arabes du Maghreb et du Machrek.

Les principaux objectifs de l'Atelier étaient de partager expériences et réflexions sur la situation actuelle en matière de politiques nationales, d'action des ONGs internationales, nationales et locales, ainsi que sur la formation et la recherche dans ce domaine, à la lumière de l'approche culturelle, de ses concepts et outils méthodologiques, tels que proposés par les différents manuels réalisés dans le cadre du Projet, et en tirant de l'expérience du Sénégal les enseignements qui pourraient être transposés à d'autres situations.

Sur cette base, les participants devaient parvenir à des conclusions et faire des recommandations en vue de la poursuite et du renforcement des efforts consacrés au développement de stratégies, systèmes de communication, moyens de formation professionnelle, information, recherche et coopération accrue à tous les niveaux à cet égard.

Plus précisément, il s'agissait d'identifier les besoins de formation actuels en vue de développer l'approche culturelle dans les activités suivantes : planification stratégique, élaboration de programmes et projets, travail de terrain, information/éducation/communication. Au niveau de la coopération internationale, il s'agissait de définir les conditions préalables au développement de systèmes interactifs entre les institutions internationales, les autorités nationales et la société civile, de façon à intégrer, dans une approche culturelle, les plans d'action concernant le VIH/SIDA proprement dit et les politiques de développement durable en général.

Les participants, au nombre de 35, étaient, soit des responsables de programmes ou de politiques nationales en matière de VIH/SIDA (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, République Centrafricaine, Sénégal) soit des agents travaillant dans des ONGs internationales, nationales ou locales, des fondations ou bureaux de consultants, soit des représentants d'institutions religieuses, soit enfin, des chercheurs universitaires ou travailleurs de terrain (liste complète de participants en annexe).

SEANCE D'OUVERTURE

En ouvrant officiellement l'Atelier, Monsieur Armoogum Parsuramen, Directeur du BRED, a souligné la pertinence de l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, surtout en ce qui concerne l'éducation préventive, qui doit, comme l'a affirmé le Directeur général de l'UNESCO, dans son message au Sommet spécial de l'OUA sur le SIDA, organisé à Abuja (Nigéria) en avril 2001, « développer des approches non formelles pour atteindre les populations les moins accessibles et les plus vulnérables » et adapter l'éducation à la diversité des besoins et des contextes.

Monsieur Assane Hane, Secrétaire général de la Commission nationale du Sénégal pour l'UNESCO, a mis en lumière l'importance de l'atelier pour le Sénégal lui-même, en tant qu'occasion de partager son expérience nationale avec des pays de la Sous-région et de mieux coopérer avec l'UNESCO et le Collège Africain Itinérant pour la Culture et le Développement dans la lutte contre l'épidémie.

Enfin, Monsieur, Samuel Ochola, Directeur de l'IDEP, s'est réjoui que l'Institut ait pu participer à l'organisation de cette importante rencontre, qui recoupe certaines des préoccupations de l'IDEP.

Organisation pédagogique de l'Atelier :

La structure du programme a été conçue en fonction des quatre objectifs thématiques suivants:

1. Comprendre les considérations générales qui sous-tendent l'atelier ;
2. Comprendre le rôle et l'impact de la culture dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA ;
3. Renforcer l'approche culturelle dans le domaine de la prévention et du traitement, à la lumière des acquis et des faiblesses des stratégies nationales actuelles ;
4. Etudier les expériences culturelles, les « meilleures pratiques » et les innovations réalisées par les organismes travaillant sur le terrain.

Outre les communications présentées en séance plénière, les participants ont été ensuite subdivisés en groupes thématiques pour examiner de manière plus détaillée les communications présentées et les questions qu'elles soulèvent en fonction de ces quatre grandes orientations.

Les Groupes thématiques étaient invités à privilégier les domaines suivants :

1. **Aspects socio-culturels** : identifier les principales variables du VIH/SIDA telles que les relations sexuelles non-protégées, les migrations, les rapports homme/femme, la situation des adolescents, et analyser l'impact des facteurs culturels sur chacune d'elles.
2. **Recherche, formation et IEC** : identifier les problèmes et besoins pour la recherche future, définir des groupes cibles et des stratégies appropriées pour la formation et le renforcement des capacités locales et mettre au point des méthodes culturellement appropriées d'IEC pour élaborer et diffuser les messages de prévention et de soutien.
3. **Politique et Programmation** : identifier les possibilités d'adopter l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA dans les stratégies, politiques et programmes au niveau national.

4. **Coopération et mise en réseau** : identifier les opportunités et les difficultés en vue d'améliorer la coopération inter-institutionnelle dans la prévention et le traitement, en fonction de l'approche culturelle.

THEME 1- CONTEXTE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE DE L'ATELIER

La première phase de l'Atelier a été consacrée à la présentation générale du cadre conceptuel et méthodologique du projet UNESCO/ONUSIDA, dont la réunion représente en tant que telle l'une des activités.

Les interactions d'ensemble entre le VIH/SIDA, la culture et le développement et la pertinence de leur prise en compte dans la prévention et le traitement sous des formes adaptées ont été rappelées et analysées dans une présentation introductive de Monsieur Burama Sagnia, Coordinateur de l'AICCD (voir texte complet en annexe).

Puis le cadre conceptuel du projet, ses réalisations et ses activités en cours ont été présentés aux participants. Les principaux défis à relever face à l'épidémie : risque, vulnérabilité, prévention, traitement, soutien et réduction de l'impact ont été décrits rapidement à la lumière de l'approche culturelle (voir texte complet en annexe).

THEME 2- PREVENTION ET TRAITEMENT DU VIH/SIDA : POLITIQUES ET PROGRAMMES NATIONAUX

Les politiques et programmes nationaux de prévention et de traitement ont été présentés ensuite par des responsables ministériels et des directeurs de programmes pour les pays suivants : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, République Centrafricaine et Sénégal. Dans la plupart de ces présentations, ce sont les politiques publiques, passées, en cours ou récemment reformulées, qui ont été décrites en tant que telles sans référence à leurs méthodes d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation, ni descriptions systématiques de leurs composantes culturelles.

Etant donné la situation exceptionnellement positive du Sénégal, une attention spéciale a été consacrée à l'expérience menée dans le pays tant au niveau de l'action menée que pour la compréhension de son contexte sociétal et culturel.

Les principales raisons du contrôle relatif de l'épidémie ont été formulées de la manière suivante :

- action publique remontant au milieu des années 1980 ;
- réajustement périodique des politiques menées ;
- réaffirmation régulière de la volonté politique à tous les niveaux de lutter contre l'épidémie;
- adoption d'une stratégie multisectorielle et pluridisciplinaire ;
- liaison fortes entre l'éducation et ses composantes culturelles ;
- capacité d'anticipation, y compris en matière de santé ;
- implications des principales forces de la société : associations et mouvements, notamment chez les femmes, communautés et chefs spirituels et religieux ;

- ouverture intellectuelle, morale et pratique des populations sénégalaises face aux problèmes du développement en général et du VIH/SIDA en particulier.

Sur la base de ces présentations les participants ont identifié successivement les situations et pratiques qui peuvent favoriser directement ou indirectement l'épidémie :

- Chez les garçons et hommes : pratiques sexuelles précoces en dehors de toute information, relations sexuelles non protégées, vagabondage sexuel, mariage tardif ;
- Chez les filles et femmes : mariage précoce, polygamie, mutilations sexuelles dangereuses, obsession de préserver leur virginité, infériorité économique et sociale, notamment en matière d'éducation, grossesses et maternités trop rapprochées et/ou non désirées ;

Les participants ont également cité des exemples de références culturelles positives : solidarité communautaire, soutien familial, entraide entre les femmes. Certaines ressources culturelles ont également été mentionnées et longuement discutées :

- la médecine traditionnelle dans ses aspects médicaux et psychologique ;
- l'expérience des matrones, des personnes âgées et des communicateurs traditionnels en général;

Cependant l'accent a été mis sur certains risques liés à l'évolution économique récente, notamment les migrations des hommes à la recherche d'emploi, d'un pays à l'autre et des pays du sud vers le monde industriel et le recours parfois inévitable des femmes à la prostitution, par manque de ressources économiques.

THEME 4- EXPERIENCES REUSSIES ET PROJETS INNOVATEURS REALISES DANS UNE APPROCHE CULTURELLE

Les expériences les plus innovatrices, réalisées pour la plupart par des ONGs nationales ou internationales, ont permis d'offrir un large éventail d'observations et de remarques sur les actions réussies, presque toujours réalisées sur le terrain. Certaines d'entre elles visent à améliorer à la fois la santé et la situation socio-économique des femmes et sont réalisées en majeure partie grâce à des mouvements de solidarité féminine.

D'autres initiatives sont prises par des organisations religieuses qui aident les populations à résoudre leurs problèmes de santé en insistant plus ou moins sur les aspects religieux de l'action compassionnelle, tandis que d'autres organisations s'en tiennent plus strictement à leur mandat religieux, soit en aidant les populations à reprendre espoir dans leur avenir, soit en enseignant directement leurs propres valeurs religieuses.

Une présentation plus précise a été faite de la recherche entreprise par un centre scientifique sénégalais pour la promotion de la médecine traditionnelle concernant notamment l'implication des guérisseurs, soit comme communicateurs dans l'éducation préventive en matière de VIH/SIDA, soit comme experts médicaux dans le traitement des maladies opportunistes. Une recherche plus spécialisée est également en cours en ce qui concerne les aspects psychothérapeutiques du soutien aux personnes infectées et malades.

D'autres expériences de soutien à des personnes séropositives, notamment les femmes, ont été également présentées, ainsi que des initiatives communautaires de terrain mettant ainsi en

lumière les ressources sociétales et culturelles qui peuvent être trouvées dans les populations elles mêmes et activées à cet effet.

THEME 5- FORMATION, RENFORCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES ET RECHERCHE

Le rôle de la formation des responsables professionnels et travailleurs de terrain à l'adoption d'une approche culturelle dans l'élaboration et la réalisation de leurs tâches spécifiques en matière de santé, d'information / éducation, et de développement socio-économique a été discuté ensuite. Les participants ont tenu à faire une distinction entre la formation en tant que telle et le renforcement des ressources humaines au niveau local. L'articulation de l'action de la formation et de la recherche sur le terrain a été un autre préoccupation importante des participants.

Néanmoins, ils ont considéré que la recherche approfondie reste indispensable pour certain problèmes complexes, par exemple, la situation et le rôle des hommes dans la prévention à l'égard des enfants, des jeunes et en général des personnes non contaminées ainsi que dans le traitement et la solidarité à l'égard des malades. L'impact des croyances et des communautés religieuses sur l'évolution des systèmes de valeurs des personnes et des groupes et les comportements réels méritent également d'être étudiés davantage.

THEME 6- COMMUNICATION CULTURELLEMENT APPROPRIÉE POUR LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS

L'une des autres préoccupations principales des participants a concerné le rôle actuel et possible de la communication dans l'éducation préventive pour les enfants et les jeunes surtout les filles et jeunes femmes, ainsi que les soins et le soutien aux personnes infectées et malades. Ils ont donc considéré comme indispensable de rompre le silence, encore trop fréquent, de la part des séropositifs eux-mêmes comme le refus et la stigmatisation, de la part de leurs milieux familial et communautaire et de la société en général.

Le rôle des médias (télévision et radio), l'éducation scolaire et extrascolaire ainsi que le dialogue direct et interactif avec les groupes locaux ont été examinés successivement. A cet égard, l'adaptation de la communication et des messages, dans leur contenu comme dans leurs modalités de réalisation, a été considérée comme une condition indispensable de toutes les formes d'éducation préventive et de mobilisation des solidarités personnelles et collectives locales.

En outre, il a été précisé que, en dehors de l'empathie de la part des communicateurs vis-à-vis des populations avec lesquelles ils sont en contact, une bonne connaissance des sciences de la communication, une formation professionnelle sérieuse et une expérience pratique confirmée, sont indispensables pour tout travail approfondi dans ce domaine.

SEANCE DE CLOTURE

Après l'adoption du projet de rapport final et des recommandations de l'Atelier par les participants, le Directeur du BREDa ainsi que le Directeur de l'IDEP se sont félicités de l'intérêt des discussions au cours de ces trois journées, des conclusions et recommandations auxquelles elles ont permis d'aboutir, grâce aux efforts conjoints de l'UNESCO et de l'AICCD.

Une motion de remerciement rédigée par les participants a été adoptée à l'unanimité.

Enfin, le Directeur du bureau régional de l'UNICEF, président du Groupe thématique ONUSIDA pour le Sénégal, a invité tous les partenaires à poursuivre leurs efforts. Puis il a prononcé la clôture officielle de l'Atelier.

TRAVAIL DES GROUPE THÉMATIQUES

Outre les discussions menées sur la base des présentations faites en séance plénière, l'atelier a décidé de se diviser en trois groupes de travail afin d'examiner plus en profondeur les problèmes clés et les solutions possibles permettant de rendre plus efficaces, pertinentes et durables la prévention, le traitement, le soutien et la réduction de l'impact de l'épidémie.

Ces groupes thématiques ont discuté respectivement les questions suivantes :

- Importance de aspects socioculturels dans l'élaboration et le réajustement de l'action à mener ;
- Rôle de la recherche, de la formation et de la communication (IEC) à cet égard
- Elaboration, réalisation et évaluation des politiques et programmes.

Sur ces trois sujets, un consensus s'est dégagé en ce qui concerne la reconnaissance du besoin d'adopter une approche sociétale et culturelle dans la prévention, le traitement et le soutien. En outre, les participants ont établi un certain nombre de constats desquels ils ont tirés des conclusions et des recommandations concernant l'action à mener par les différentes catégories de parties partenaires impliquées : ONUSIDA, et agences coresponsables y compris l'UNESCO, autres agences des Nations Unies, gouvernements nationaux, organisations non-gouvernementales, centres de recherche et de formation.

La coopération et la mise en réseaux n'ont pas fait l'objet d'une réflexion spécifique, bien que leur importance ait été soulignée dans toutes les discussions. En revanche, les trois groupes se sont préoccupés de façon explicite de l'action du Collège Itinérant Africain pour la Culture et le Développement, des travailleurs de terrain appartenant aux institutions et de l'action des ONGs.

Les constats principaux établis par les participants ont été les suivants :

- 1) L'importance des aspects socioculturels dans la lutte contre le VIH/SIDA doit être davantage encore mise en relief. Tous les participants y compris les décideurs, dirigeants et professionnels, les spécialistes de l'éducation, de la formation et de la recherche mettent l'accent de façon insistante sur les réalités socioculturelles, en ce qui concerne la compréhension, l'action préventive et le soutien aux populations infectées ou non sauf dans les situations les plus favorables (au Sénégal par exemple) ces réalités ne sont pas suffisamment prises en considération, les politiques, les programmes, informations, les campagnes de communication, et d'éducation préventive ainsi que dans le travail de terrain.
- 2) Les aspects négatifs et positifs de certaines réalités sociétales et culturelles ont été décrits et analysés longuement au cours de l'Atelier. La plupart des difficultés concernent soit la situation des filles et des femmes en général, soit des pratiques spécifiques comme

l'excision et la circoncision, le mariage précoce ou tardif (différences entre femmes et hommes), le lévirat et la polygamie. Les aspects négatifs de l'évolution sociétale et culturelle récente en matière de pratiques sexuelles ont fait également l'objet d'un débat : vagabondage sexuel de hommes, relations sexuelles non protégées, rapports sexuels avec des partenaires déjà infectés, refus du contrôle sanguin.

- 3) A cet égard les participants ont exprimés leur jugement concernant l'utilisation du préservatif qui, selon eux, doit toujours être recommandé dans le contexte d'une action éducative plus large, fondée sur le dialogue et les références et ressources culturelles des populations.

CONCLUSIONS :

1. Etant donnée l'importance de la prise en considération des aspect socioculturels en matière de VIH/SIDA, il convient de renforcer de façon significative le rôle des sciences sociales et humaines, notamment l'anthropologie culturelle, dans l'étude des problèmes et l'élaboration de solutions.
2. En conséquence, les références et ressources culturelles doivent être mieux analysées et utilisées de façon pertinente dans ce travail, par exemple, en ce qui concerne l'expérience des guérisseurs et communicateurs traditionnels, par des voies et moyens adaptées, dans la formation et le renforcement des différentes catégories de ressources humaines locales, les agents de communication et les travailleurs de terrain.
3. Les projets communautaires et initiatives expérimentales doivent être liés à la recherche et au développement des ressources humaines. L'approche intersectorielle et pluridisciplinaire, dans laquelle les spécialistes en sciences sociales ont leur rôle à jouer, doit être privilégiée à tous les niveaux. Le besoin d'une articulation entre recherche, action, formation et communication a été reconnue, soulignée et hautement appréciée par les participants. A cet égard, le rôle de l'éducation scolaire et non scolaire, et de l'information des populations analphabètes a été évalué dans le contexte plus large de la communication culturellement appropriée.
4. L'action des associations, mouvements, ONGs, structures communautaires traditionnelles ou modernes fait partie intégrante du processus d'ensemble de la mobilisation des institutions et de la société. Le rôle et de l'action des autorités religieuses et spirituelles doit être également intégré dans ce processus.
5. Des actions correctement orientées doivent être menées pour et avec les groupes vulnérables ou ceux qui sont exposés à des pratiques à risque :
 - pauvres en général, des filles et femmes, des enfants, adolescents et jeunes ;
 - groupes de populations déstabilisés : migrants, familles désintégrées, populations déplacées et réfugiées, enfants et adolescents abandonnés, notamment les enfants des rues et les jeunes marginalisés;
 - groupes marginalisés, impliqués dans la consommation d'alcool et de drogues et la prostitution.

Dans tous les cas la communication doit leur apporter un soutien, atténuer la stigmatisation à l'égard des personnes infectées ou affectées et de contribuer à rompre le silence concernant l'épidémie en général, dans les groupes vulnérables et ceux qui sont directement menacés. La situation propre des hommes et leur comportement vis-à-vis des relations hommes/femmes, surtout en ce qui concerne la prévention et le

traitement du VIH/SIDA, doit être mieux documentée et comprise, afin de développer une action clairement orientée vers eux.

6. Au niveau des politiques et des programmes, l'implication explicite et publique des décideurs et dirigeants d'institutions à tous les niveaux sont également considérées comme prioritaires. A cet effet, ils doivent pouvoir utiliser davantage l'information provenant du terrain et de la recherche par des procédures appropriées, à étudier et documenter de façon précise. Ce travail permettrait de faciliter l'utilisation de l'approche culturelle dans les stratégies, politiques et programmes, à tous les stades : élaboration, réalisation, évaluation.
7. L' action spécifique de prévention, traitement et soutien, doit toujours être intégrée dans un ensemble plus large d'activités visant à améliorer les conditions de vie économiques et sociales des populations. Ainsi, l'action publique doit toujours englober non seulement les problèmes de santé, mais également l'information, l'éducation et le développement rural et urbain, le logement, l'emploi... Une mobilisation interministérielle et supra-ministérielle doit donc être réalisée, en vue d'activer les synergies entre les différentes catégories d'actions et d'acteurs. Les mêmes synergies doivent être développées entre les pouvoirs publics et les autres catégories d'acteurs, afin de faciliter leur action propre : ONGs, réseaux, mouvements traditionnels et modernes, autorités morales et spirituelles.
8. En ce qui concerne l'accès au traitement, la pression des pouvoirs publics est cruciale pour assurer l'abaissement du coût des médicaments et plaider en faveur de stratégies non-exclusivement économique de la part des grands acteurs internationaux, médicaux et pharmaceutiques, publics ou privés.
9. Les pouvoirs publics doivent consacrer une attention spéciale à la préservation et au rétablissement du rôle de la famille par des politiques appropriés, ainsi qu'à la situation des filles et des femmes, des migrants et des groupes les plus défavorisés en général.

RECOMMANDATIONS

Huit grandes recommandations ont été formulées par les participants à l'adresse des principales catégories de partenaires impliqués :

1. **l'ONUSIDA et aux autres agences des Nations Unies y compris l'UNESCO :**
 - poursuivre et accentuer leur efforts pour développer l'approche culturelle dans la prévention, le traitement, le soutien et la réduction de l'impact de la maladie, afin de faciliter l'action des autorités nationales ;
 - renforcer à cet effet la coopération interinstitutionnelle au niveau multilatéral, dans le cadre des Nations Unies et d'autres organismes internationaux.
2. **Autorités nationales :**
 - exprimer et réaffirmer leur volonté politique et prendre toute leur responsabilité en matière de santé, d'éducation et d'information publique ainsi que dans les autres domaines connexes du développement le développement urbain et rural, le logement, l'emploi... ;
 - passer des accords bilatéraux avec les pays voisins par exemple en matière de migration ;
 - coopérer davantage et développer une action favorable au travail de tous les types d'organisations, gouvernementales, intergouvernementales et non-gouvernementales impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA.

3. ONGs :

- coopérer avec les autorités nationales et les travailleurs de terrain ainsi qu'avec les communautés et autres partenaires locaux, par exemple les groupes religieux et les éducateurs ;
- développer leur coordination et réaliser des activités conjointes sur le terrain, tout en évitant les doubles emplois et compétitions stériles ;
- privilégier la recherche pour l'action et renforcer la formation des ressources humaines locales.

4. Le CIACD :

- donner la priorité à la formation des formateurs en matière d'éducation de médias, de services publics, de professions médicales et de recherche ;
- stimuler, selon des méthodes appropriées, la sensibilisation, mobilisation des autres parties prenantes telles que les communicateurs traditionnels, les autorités religieuses etc...

5. Centres de recherche et chercheurs :

- développer la publication et la mise à disposition des utilisateurs concernés les résultats des travaux déjà réalisés ;
- stimuler la mise en réseau des centres de recherche et chercheurs doit être développée ;
- identifier les « zones grises », c'est à dire, les ensembles de problèmes ou les aires géographiques ou culturelles mal connues et lancer de nouvelles recherches, à un niveau plus général et dans une perspective à plus long terme ;
- poursuivre la recherche de terrain et faciliter une meilleure exploitation de l'information recueillie, au niveau de la recherche plus théorique et notamment dans le cadre universitaire ;
- développer des relations avec toutes les catégories de partenaires impliqués et d'acteurs proprement dits afin d'assurer une meilleure utilisation de l'information déjà disponible et de mettre à jour leurs propres connaissances.

6. Programmes et centres de développement des ressources humaines :

- éviter une formation étroitement technique et trop spécialisée des professionnels ;
- développer la sensibilisation à l'environnement des tâches proprement scientifiques et techniques.
- renforcer les capacités au niveau local par des agents locaux avec des partenaires locaux.

7. Travailleurs de terrains :

- privilégier le dialogue entre eux et les communautés par une meilleure compréhension mutuelle, afin d'aboutir à une mobilisation dans l'action à mener à leur propre niveau ;
- prendre conscience des limites de leur action et développer des relations et des liens avec les institutions, notamment au niveau national, et les ONGs ayant des capacités d'action plus larges ;
- fournir aux institutions partenaires des informations basées sur leur propre expérience en ce qui concerne les perceptions et les réactions des populations en matière de VIH/SIDA en vue de mieux les mobiliser.

SEANCE D'OUVERTURE

M. Assane HANE
Secrétaire Général
Commission Nationale Sénégalaise pour l'UNESCO
Sénégal

Monsieur le directeur du BREDA,
Monsieur le directeur de l'IDEP,
Madame le représentant de l'ONUSIDA,
Monsieur le coordonateur du Collège itinérant africain pour la culture et le développement,
Honorables invités,
Mesdames, messieurs les séminaristes,

C'est avec beaucoup de plaisir que je participe à la cérémonie officielle d'ouverture de cet important atelier sous-régional sur l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA.

Je voudrais d'abord féliciter Monsieur Sagnia, le coordonateur du Collège itinérant, ainsi que le directeur de l'IDEP qui accueille cette importante institution de l'UNESCO, pour le travail remarquable qu'ils ont accompli, qui a permis à ce Collège itinérant, initié par l'UNESCO, de jouer son rôle dans le cadre de la stratégie globale de l'Organisation pour promouvoir une approche culturelle du développement durable.

La Commission nationale du Sénégal pour l'UNESCO a particulièrement suivi les activités du Collège, depuis son lancement en janvier 1996 et se félicite de la qualité du partenariat que nous avons noué ensemble, car nous avons été étroitement associés, dès le début, à la mise en œuvre des importantes activités, qui ont permis au Collège d'avoir rempli convenablement sa mission, qui consistait à être une cellule de réflexion pour la culture et le développement en Afrique, chargé de la formation et de la conscientisation des décideurs et des agents du développement en Afrique.

Parmi les nombreux facteurs qui bloquent le processus du développement en Afrique, nul n'ignore la place qu'occupe la pandémie du SIDA, qui détruit les forces vives de nos villes et de nos campagnes.

Il était donc, tout naturel, que le Collège s'intéressât à cet important fléau, pour promouvoir une meilleure compréhension des interactions entre les cultures de l'évolution de la pandémie du SIDA et son impact sur le développement durable et l'avenir de l'Afrique.

Nous avons suivi, avec beaucoup d'attention, le travail accompli par le Collège en collaboration avec l'ONUSIDA et l'UNESCO depuis juillet 1999, pour permettre d'identifier les facteurs culturels et les ressources qui jouent un rôle important dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA en Afrique.

Le Collège a tenu des sessions de formation dans toutes les sous-régions d'Afrique, pour alerter les décideurs et l'opinion, de Harare à Dakar en passant par Kampala et le Caire.

Le retour à Dakar, aujourd'hui est un hommage à notre pays, qui sur le terrain de l'approche culturelle de la prévention et le traitement du VIH/SIDA a fait des conquêtes importantes, reconnues par l'ensemble de la communauté internationale durant la dernière session de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Les experts sénégalais qui participent à cette session, vous parleront mieux que moi des fondements de l'expérience sénégalaise.

Mais j'ai compris, que ce qui a fait le succès du Sénégal, c'est l'approche culturelle qui a permis, dès le début, de réussir une vaste mobilisation sociale grâce à l'implication active des grands dignitaires religieux et coutumiers et des communicateurs traditionnels

Madames, Messieurs,

Je forme le vœu, qu'à la suite des importantes communications et échanges qui auront lieu ici, durant tous nos travaux que les solutions les plus efficaces soient trouvées et appliquées, pour barrer la route définitivement au SIDA en Afrique.

En souhaitant plein succès à vos travaux, je vous remercie de votre attention.

M. Samuel OCHOLA
Directeur de l'IDEP
Sénégal

Monsieur le Directeur du Bureau régional d'éducation pour l'Afrique,
Monsieur le Secrétaire général de la Commission nationale du Sénégal pour l'UNESCO,
Monsieur le Conseiller régional pour la culture,
Monsieur le Directeur de la planification, membre du Conseil d'administration de l'IDEP,
Monsieur le coordonnateur du Collège itinérant africain pour la culture et le développement,
Mesdames et Messieurs,

Au nom du Président et des membres du Conseil d'administration de l'IDEP, de l'ensemble du personnel de l'IDEP et en mon nom personnel, je souhaiterais vous souhaiter à tous la bienvenue à l'Institut pour cet atelier sous-régional pour les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale consacré à l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, organisé conjointement par l'ONUSIDA, l'UNESCO et l'IDEP, et coordonné par le Collège itinérant africain pour la culture et le développement.

Monsieur le Président,

Je souhaiterais dire quelques mots des conditions dans lesquelles l'IDEP a participé avec l'UNESCO à la création du Collège itinérant africain pour la culture et le développement. En décembre 1995, l'UNESCO et l'IDEP ont signé un mémorandum d'accord et de coopération en vertu duquel l'IDEP accueille dans ses locaux le Secrétariat du Collège itinérant africain pour la culture et le développement, suit et gère les activités mises en œuvre par le Collège et recherche la participation d'autres partenaires au réseau qui l'a mis en place. Depuis sa création officielle en janvier 1996, il a son siège à l'IDEP et constitue un projet qui fait partie intégrante du programme annuel d'activités de l'Institut.

Dans cette démarche, l'IDEP a pris plusieurs aspects en considération mais surtout l'intérêt particulier que le Collège présente du point de vue du mandat et de la stratégie de l'Institut. Comme vous le savez, l'IDEP a pour mission d'assurer aux pays africains des services de formation, de recherche et de consultation sur le développement économique et la planification en tenant compte de la situation économique de chacun. Dans le cadre de ce mandat, l'introduction de dimensions nouvelles, par exemple la dimension culturelle, donne plus de sens aux activités de l'IDEP car ces nouvelles perspectives constituent le fondement du développement socio-économique durable en Afrique. En réalité, la présence ici du Collège itinérant africain pour la culture et le développement favorise l'introduction d'éléments socioculturels novateurs dans les programmes en pleine expansion de l'Institut.

Monsieur le Président,

C'est dans cet esprit que cet atelier sous-régional revêt une importance particulière pour l'IDEP. Nous nous accordons tous à reconnaître qu'il ne peut y avoir de développement durable en Afrique si nous ne parvenons pas à analyser les problèmes et les conséquences du VIH/SIDA pour nos sociétés et nos activités socio-économiques. Il ne s'agit pas seulement d'un problème médical, nous avons tous fini par en convenir. Il faut aussi intervenir des facteurs socioculturels et socio-économiques. Du point de vue socioculturel, la preuve a été

apportée que l'observation de certaines pratiques et normes culturelles peut favoriser la transmission du VIH/SIDA.

Mais il est tout aussi vrai que certaines ressources culturelles, si elles sont correctement utilisées et intégrées à des stratégies de prévention, peuvent contribuer dans une très large mesure à diffuser des programmes bien équilibrés d'information, d'éducation et de communication conçus pour persuader la population d'adopter les changements de comportement nécessaires pour contenir la propagation de la maladie.

Le VIH/SIDA comporte aussi une dimension socio-économique. La pauvreté a été elle aussi un facteur déterminant qui a conduit des jeunes au chômage à se livrer à des activités mettant en danger leur santé et leur vie. Avec la pauvreté et l'absence de soins médicaux appropriés et de mesures de protection suffisantes, la santé des individus est menacée. Pire encore, lorsque le sida gagne progressivement une population donnée et s'attaque à la tranche d'âge productive de la société, les répercussions sur l'activité économique et, par conséquent, sur le développement socio-économique de toute la collectivité sont graves.

Dans la mesure où l'IDEP continue de former un certain nombre de planificateurs et de décideurs particulièrement ouverts et capables de s'attaquer efficacement aux difficultés et les enjeux du développement durable en Afrique, le problème du VIH/SIDA constitue désormais une composante très importante de ses programmes de recherche et de formation, et de ses services consultatifs. C'est pourquoi cet atelier ne pouvait pas mieux tomber.

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs,

Il est prévisible que cette réunion donnera l'occasion de débattre et d'échanger des expériences et des avis sur des questions de fond afin de s'entendre sur la façon de continuer la lutte contre la pandémie de VIH/SIDA, notamment en ce qui concerne la prévention et le traitement des personnes infectées en Afrique.

Nous espérons aussi que de ces échanges naîtront des relations fructueuses et durables propices à l'esprit de coopération et au travail en réseau qu'une telle action impose.

En ce qui concerne l'IDEP, nous pouvons vous assurer que les conclusions de vos travaux nous aideront considérablement dans l'élaboration de nos programmes.

Permettez-moi de vous renouveler à tous mes remerciements pour votre participation à cet important atelier, et de vous adresser tous mes vœux de réussite dans vos délibérations.

Je vous remercie de votre attention.

M. Armoogum PARSURAMEN
Directeur du BREDA
Bureau Régional de l'UNESCO pour l'Afrique
Sénégal

Monsieur le Directeur de l'IDEP,
Monsieur le Secrétaire Général de la Commission nationale sénégalaise pour l'UNESCO,
Mesdames et Messieurs les représentants du groupe thématique ONUSIDA,
Mesdames et Messieurs, responsables du programme national de lutte contre le SIDA et les maladies infectieuses,
Monsieur le Coordonnateur du Collège Itinérant Africain pour la Culture et le Développement,
Chers collègues,
Honorables invités,
Mesdames et Messieurs les participants,

C'est pour moi un devoir et un plaisir de vous souhaiter au nom de Monsieur Koïchiro Matsuura, Directeur Général de l'UNESCO comme en mon nom propre, la bienvenue à ce premier Atelier sous-régional sur « L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA en vue d'un développement durable » organisé à l'intention des pays de l'Afrique de l'Ouest et Centrale dans le cadre du projet conjoint UNESCO/ONUSIDA en collaboration avec le Collège Itinérant Africain pour la Culture et le Développement et l'IDEP.

En prenant la parole au nom de l'UNESCO, à l'initiative de laquelle cet atelier a été organisé, je voudrais tout d'abord remercier les autorités du pays, y compris la Commission nationale sénégalaise pour l'UNESCO, qui pratique depuis toujours une coopération exemplaire avec l'Organisation, dans tous ses domaines de compétence, et qui attache comme nous une importance particulière à la culture sous tous ses aspects et, de plus en plus, aux interactions multiples entre les réalités de la culture et les besoins du développement.

Je voudrais adresser des remerciements tous particuliers à l'IDEP, avec laquelle l'UNESCO entretient un partenariat étroit et suivi, notamment dans le domaine intellectuel et scientifique grâce au travail accompli par le Collège Itinérant Africain pour la Culture et le Développement. Cette coopération s'est concrétisée en particulier, depuis trois ans, par le lancement et la réalisation du projet conjoint « Approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA ».

Enfin, j'aimerais saluer les autorités, les institutions sénégalaises et étrangères, qui ont apporté leur soutien généreux à la réalisation de cet atelier. Mon salut va également à tous les participants qui ont accepté de contribuer à cet exercice. Je me réjouis que vous ayez répondu si nombreux à notre invitation.

Honorables invités,

Mesdames et Messieurs,

Je voudrais à présent partager avec vous quelques réflexions sur le thème central de vos discussions: l'approche culturelle de la prévention et du traitement - ou comme proposé ici, la prise en charge - du VIH/SIDA. L'idée principale de l'approche culturelle est que l'action de prévention, de traitement du VIH/SIDA et plus généralement de sa prise en charge sera plus

efficace, mieux adaptée et durable si elle est basée sur une meilleure compréhension des motivations et des références des populations en vue de changer leurs habitudes, de manière à intégrer ce problème aux priorités de leur vie quotidienne et à s'engager pleinement dans la lutte contre l'épidémie. En tenant compte de ces références et en s'appuyant sur les ressources culturelles et l'énergie des populations, cette action permettra d'atteindre progressivement des changements d'attitudes importants et d'unir leurs efforts avec ceux des autorités nationales et des institutions internationales des organisations non gouvernementales, au niveau local, national, régional et international, compte tenu naturellement, du rôle majeur des autorités spirituelles.

L'élaboration des principes et des méthodes de la prévention et du traitement sur la base de l'approche culturelle repose sur les travaux antérieurs réalisés par l'UNESCO sur l'approche culturelle du développement, et la définition à dominante anthropologique de la culture, formulées dans la Déclaration de Mexico, en 1982. Selon celle-ci, la culture, dans son sens le plus large, peut être considérée comme *l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels qui définissent une société ou un groupe humain. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances.* Ce rappel, qui peut paraître excessivement théorique et abstrait, résume en quelques mots les concepts et principes de base qui ont servi à formuler les principes et les conséquences concrètes de l'approche culturelle, même sur un sujet aussi particulier en apparence que l'épidémie du VIH/SIDA. C'est cette approche qui a abouti à redéfinir les moyens qui permettent d'élaborer et de réaliser une action préventive et un accompagnement humain, qui répondront véritablement aux problèmes posés à tous les niveaux de la lutte contre l'épidémie.

Plus précisément encore, l'approche culturelle débouche sur des formes d'action appropriées dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA :

- élaboration et réalisation de stratégies, de politiques, de projets, de travail de terrain ;
- diffusion et échange d'information et développement de la recherche nécessaire ;
- communication culturellement adaptée, en matière d'éducation préventive, d'information par les médias et de dialogue direct avec les populations concernées ;
- formation/sensibilisation des différentes catégories d'agents impliqués dans la prévention, le traitement et la prise en charge.

L'Atelier qui s'ouvre aujourd'hui porte sur ces deux derniers points.

Comme vous le savez, la prévention du VIH/SIDA et l'approche purement médicale du traitement dans leurs formes actuelles sont loin d'être pleinement efficaces, puisque les messages d'éducation préventive et de solidarité de tous vis-à-vis des plus fragiles et des malades n'apportent les changements de comportement escomptés que dans une mesure limitée, essentiellement parce qu'ils ne sont pas adaptés aux conditions de vie, aux références et aux ressources culturelles des populations. C'est dire que l'épidémie du VIH/SIDA n'est pas le problème du seul secteur médical. Il s'agit d'un phénomène socioéconomique, sociétal et culturel complexe, qui doit être pris en considération dans la perspective du développement humain durable et qui appelle des réponses adaptées, intégrées, conçues et appliquées dans une perspective à long terme. Autrement dit, les politiques et les méthodes de prévention et du traitement du VIH/SIDA ne pourront être pleinement efficaces que si elles sont culturellement adaptées, comprises et traduites en action par les personnes et les groupes concernés.

Honorables invités,
Mesdames et Messieurs,

Nous connaissons tous ici les statistiques du VIH/SIDA. Pourtant, les chiffres sont si frappants, alarmants et insistants qu'il faut les répéter.

D'après l'ONUSIDA, plus de 36 millions de personnes, adultes et enfants, vivent actuellement avec le VIH ou le sida. Plus de 95 % d'entre elles vivent dans des pays en développement, et les deux tiers en Afrique. Plus de cinq millions de personnes ont été touchées par le VIH/SIDA rien que l'année dernière. Pendant la même période, trois millions de personnes environ sont décédées du sida ou de maladies associées au SIDA, ce qui porte le nombre total estimatif de décès enregistrés depuis l'apparition de l'épidémie il y a 20 ans à près de 22 millions.

Si le VIH/SIDA est un problème mondial, il constitue une véritable catastrophe pour l'Afrique, et en particulier l'Afrique subsaharienne, où, d'après les estimations, vivent 70 % des personnes atteintes de la maladie.

Les femmes et les enfants africains sont le plus durement frappés. Environ quatre femmes séropositives sur cinq dans le monde vivent en Afrique et, pour un certain nombre de raisons de caractère social, les femmes africaines sont contaminées dans des proportions beaucoup plus importantes et plus rapidement que les hommes : 12 à 13 femmes infectées pour 10 hommes, d'après les estimations.

On compte aujourd'hui environ 13 millions d'orphelins du sida et ce chiffre augmente tous les jours. Fin 2000, il y avait, d'après les estimations, 6.000 orphelins du sida dans des pays comme le Kenya et la Côte d'Ivoire. Certaines études estiment que 40 % d'entre eux pourraient bien être également séropositifs.

D'après des chiffres récents de l'ONUSIDA, plus la prévalence du VIH/SIDA augmente, les économies nationales s'en ressentent : ainsi, un taux de contamination de 10 % de la population représente une baisse estimative de 1 % de croissance annuelle du PIB. Si l'on prend l'exemple de l'Afrique du Sud, on estime que son PIB pendant les 10 prochaines années sera de 17 % inférieur à ce qu'il aurait été sans le SIDA.

M. Matsuura pense que, pour l'instant, l'éducation préventive est la meilleure forme de vaccination. Si elle est dispensée correctement, elle donne des résultats. Si elle l'est immédiatement, elle aura des effets à long terme, et si elle l'est massivement, elle peut inverser la tendance... Il a fait observer que l'éducation préventive devait être adaptée aux divers contextes culturels et sociaux afin d'induire les attitudes, les qualités et les motivations nécessaires à un changement de comportement propre à réduire les risques et la vulnérabilité.

Quand il s'est adressé au récent Sommet du G8 tenu à Gênes, Italie, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, M. Koffi Annan, a rendu hommage aux efforts sans cesse renouvelés que fournissent les gouvernements, les organisations multilatérales, le secteur privé et la société civile pour s'attaquer au problème du VIH/SIDA.

Il a qualifié le VIH/SIDA d'ennemi commun qui ne connaît pas de frontières et menace tous les peuples du monde. Il a lancé un appel à ces huit chefs d'Etat pour qu'ils apportent leur contribution et leur appui au Fonds mondial pour la santé et contre le sida récemment créé par l'Assemblée générale des Nations Unies pour lutter contre l'extension de la maladie. Ce fonds

a déjà reçu plus d'un milliard de dollars de gouvernements, fondations, entreprises et particuliers. Pourtant, M. Annan a déclaré qu'il fallait faire plus, beaucoup plus.

Mesdames et Messieurs,

Le défi que le système des Nations Unies doit relever consiste à mobiliser l'ensemble des informations, ressources et réseaux dont il dispose pour entreprendre et remporter un combat de plus grande envergure. Cet atelier reflète bien les mesures prises dans cette direction.

J'espère sincèrement qu'en réfléchissant, en donnant le coup d'envoi et en accordant une large diffusion à l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA au service du développement humain durable, l'Afrique réussira à inverser le cours des événements qui frappent et menacent actuellement des millions de vies humaines. Je vous demanderai d'étudier les normes culturelles des peuples dans leur intégralité et de les inclure dans toutes les recommandations que vous formulerez en recherchant des solutions pour lutter contre ce fléau meurtrier. Vous devrez aussi vous souvenir que nous avons plus d'une identité culturelle à défendre. Nous devons proposer des solutions qui respecteront la diversité culturelle et favoriseront le dialogue entre les cultures et les civilisations.

Avant de conclure, je souhaiterais attirer votre attention sur un article paru dans *The Economist* du 28 juillet 2001 ; il y est question des dernières volontés d'un citoyen kenyan, M. Paul Tito Omukuba, mort du SIDA, et d'un jeune homme sud-africain, Nkosi Johnson. Ces deux hommes sont devenus les symboles de la lutte contre le SIDA. Vous comprendrez comment certaines coutumes comme le remariage d'une veuve contaminée ou le silence imposé par les croyances religieuses ou encore les mœurs patriarcales dans des sociétés dominées par les hommes peuvent contribuer à la propagation du VIH/SIDA. Je laisse un exemplaire de cet article pour votre information.

Le défi que vous devez relever est considérable et vous disposez de peu de temps. J'espère que vos travaux constitueront une nouvelle étape décisive dans la lutte contre le VIH/SIDA et je vous adresse à cet égard tous mes vœux de réussite.

Je vous remercie de votre attention

M. Burama K. SAGNIA

Coordonateur,

Collège itinérant africain pour la culture et le développement

Sénégal

CULTURE, VIH/SIDA ET DEVELOPPEMENT DURABLE EN AFRIQUE

1. INTRODUCTION

L'objectif de cet exposé est de réaliser une analyse approfondie, de donner une vue d'ensemble et de faire une introduction sur les liens existant entre la culture, le VIH/SIDA et le développement durable. La présentation ne peut être considérée comme exhaustive étant donné qu'un bon nombre de présentations sont appelées à approfondir l'un ou l'autre des aspects des thèmes variés.

Pour commencer, l'exposé va tout d'abord tenter d'examiner les questions conceptuelles relatives à la culture d'une part et le développement durable de l'autre. La clarification conceptuelle initiale est nécessaire pour nous permettre d'apprécier la base conceptuelle et le cadre en vue d'analyser les liens et l'impact entre Culture, VIH/SIDA et Développement.

Il examinera ensuite les facteurs culturels, les pratiques et institutions qui ont un impact négatif ou positif sur la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA. Il a été bien noté que l'observance continue de certaines pratiques culturelles et formes de comportement pose une menace sérieuse à la propagation du VIH/SIDA et cet exposé tentera d'examiner et d'analyser l'impact de certaines d'entre elles.

Néanmoins ce ne sont pas tous les facteurs et acteurs culturels qui ont un impact négatif sur la situation du VIH/SIDA. Il existe une myriade d'institutions culturelles, de croyances et de systèmes de valeurs qui agissent également comme des ressources puissantes pour informer, éduquer, communiquer et persuader les comportements et attitudes désirés qui sont nécessaires en vue de contenir la propagation du VIH/SIDA.

L'exposé va ensuite présenter les défis majeurs que l'impact de la culture peut avoir sur le développement durable en Afrique.

II. LE CADRE CONCEPTUEL

La culture est un mot courant qui a depuis toujours fait l'objet de débats auprès d'un grand nombre d'anthropologues sociaux et culturels et comme beaucoup de mots il s'accompagne de beaucoup de problèmes conceptuels, vagues pour l'essentiel et contradictoires parfois. Par conséquent il existe beaucoup de définitions de la culture.

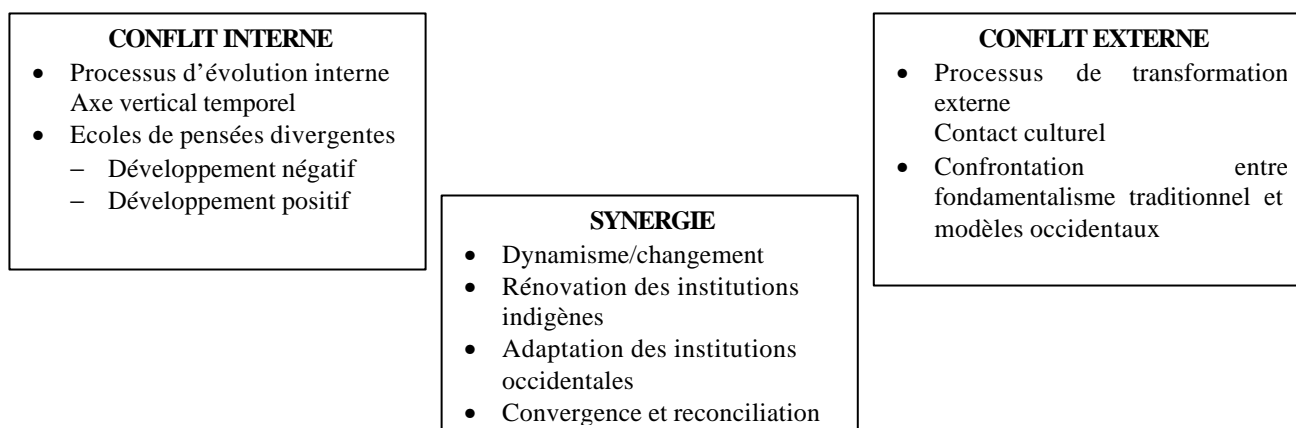
A la lumière de la confusion conceptuelle que toute discussion sur la culture génère, les questions suivantes sont posées plus que jamais :

- il existe plusieurs définitions et interprétations de la culture - laquelle des définitions allons nous utiliser - la définition populaire ou celle des experts ?
- dans chaque pays, il existe plusieurs sous cultures. Laquelle des cultures allons nous utiliser pour promouvoir le développement et lesquelles allons nous laisser de côté ?
- dans quelle mesure la musique, la danse, le théâtre ou la peinture peuvent-ils être considérés comme des facteurs importants de développement économique et social ?
- comme la culture n'est pas statique mais dynamique, subissant des transformations et des changements et répondant constamment aux besoins humains collectifs ainsi qu'aux conditions, quels aspects de la culture allons nous intégrer au développement - les aspects obsolètes et dysfonctionnels de la culture ou les institutions culturelles contemporaines, les croyances et systèmes de valeurs ?
- la culture est elle une dimension du développement, la base, le tremplin ou la fondation du développement. Un élément externe à greffer ou à intégrer au développement ou une partie **intrinsèque et organique** du développement ?
- existent-ils des outils que nous pouvons utiliser pour pratiquement incorporer la culture au développement ?
- comment pouvons-nous mesurer et évaluer le processus de changement qui résulte de l'intégration de la culture au développement ?

Voici quelques unes des questions conceptuelles inhérentes à toute discussion sur la culture en elle même ou la culture et le développement. L'expérience nous a montré que, à moins de les aborder dès le début, il est toujours difficile de faire des progrès significatifs. Par conséquent le but de cette section est d'aborder ces questions conceptuelles en procédant à l'examen de deux domaines:

Fig. 1 : Cadre conceptuel pour un conflit culturel

1. Les problèmes de conflit culturel
2. Culture et développement durable



II. A- PROBLEMES DES CONFLITS CULTURELS

Avant de parler de culture et de son impact sur le VIH/SIDA et sur le développement durable en Afrique, il sera tout d'abord nécessaire de clarifier les raisons de ces conflits et tensions en cours à l'intérieur et à l'extérieur des cultures. Aussi faudra t-il expliquer clairement comment ces conflits là aboutissent à des incompréhensions conceptuelles ou à de mauvaises interprétations du rôle et de l'impact sur le développement durable ou sur la situation du VIH/SIDA par rapport à ces questions là.

1- Culture et conflits internes

La tentation de créer une théorie relative aux étapes évolutives que la civilisation doit traverser a toujours existé (Spencer, 1896). Ces premières théories posent comme postulat que toutes les cultures passent en interne à travers un processus évolutif au cours d'une période donnée. Au cours de ce processus les cultures génèrent des éléments nouveaux, les rajoutent, se réajustent et avancent de façon dynamique. Durant ce processus évolutif, les cultures se débarrasseront des éléments dysfonctionnels qui soit portent un préjudice à leur développement et à leur survie soit n'entrent pas en conformité avec leurs besoins et exigences. En d'autres termes la culture répond de façon constante à nos besoins humains de base. Ainsi on crée des pratiques culturelles ou des institutions pour mettre en oeuvre des activités afin de répondre à nos besoins ou conditions de base.

Par conséquent il est évident que le processus évolutif que les cultures traversent crée des tensions internes et des conflits qui pourraient parfois perturber leurs éléments cohésifs. Néanmoins, il y a un certain degré de résistance qui permet aux cultures de faire face à ce conflit et d'avancer. Ce n'est pas une entité statique, elle est en mouvement permanent selon un rythme historique que l'on peut difficilement remarquer. Ainsi certaines pratiques et institutions qui étaient répandues il y a un siècle ou même quelques décennies auparavant pourraient ne plus être observées dans ce siècle.

Tandis que les conflits internes propres à toutes les cultures se poursuivent, il existe une dimension conflictuelle plus artificielle et plutôt insidieuse que nous présentent deux écoles de pensée divergentes sur le rôle de la culture dans le développement.

En fait la culture peut avoir une définition si étendue qu'elle ne pourra pas avoir de signification pour le développement. Par exemple, certains considèrent la culture comme étant un ensemble de superstitions désuètes, des pratiques rigides, des rituels vides et des valeurs morales primitives. Pour ces gens, la culture est une barrière pour le changement, quelque chose dont il faut venir à bout ou éliminer si l'on veut progresser. Cette école que nous choisirons d'appeler pour des raisons de convenance, école de pensée « Culture de développement négatif », critique fondamentalement les imperfections de la culture africaine face au défi du développement scientifique et économique dans la quête pour le bien être de l'humanité.

Cela signifie que la culture africaine contient des éléments incompatibles avec le développement économique, technologique et scientifique réalisé dans les pays occidentaux et dans l'Est de l'Asie. C'est la raison pour laquelle des théoriciens de cette école sont devenus mondialement connus à l'instar de Madame Axelle Kabou (1991) qui posa la question hautement improbable à travers le titre de sa publication « Et si l'Afrique refusait le développement » et M. Daniel Etongua Manguelle (1990) qui réitéra une question similaire dans sa publication " L'Afrique a t-elle besoin d'un programme d'ajustement culturel ? ».

Tous les deux doutent de la capacité de la culture africaine à répondre aux tendances économiques et technologiques. Ils répondent et par conséquent recommandent une sorte d' "ajustement" culturel afin d'élever la culture africaine au niveau des exigences de développement. Ceux-là qui défendent cette vision des choses ne reconnaissent pas la nature organique et dynamique de la culture africaine qui se prête volontiers au changement et à la modification et qui sert de réservoir à ces idées et technologies- à que l'on dit être en phase avec les particularités dominantes.

Néanmoins, il faut tenir compte du fait que les diverses formes d'expression culturelle telles que l'art, le théâtre, la danse, la peinture, le folklore, la littérature, l'héritage de matériaux et d'œuvres architecturaux sont importantes dans l'affirmation de l'identité culturelle d'une société. Mais pour les besoins d'établissement de lien direct entre culture, VIH/SIDA et développement durable, nous devons aller au delà des domaines traditionnels de préoccupation culturelle comme stipulé par l'école de pensée culture de " développement négatif ". Aussi devons-nous aborder les définitions plus larges en termes relatifs aux institutions de la société, aux croyances, aux systèmes de valeur, aux processus de légitimation de la gouvernance, aux systèmes juridiques et autre participation. En fait à toute cette toile de liens et de transactions complexes qui définissent la particularité d'une société de même qu'ils organisent la promotion ou délimitent le modèle de développement social et économique.

Voici la position plaidée par la seconde école de pensée qui met l'accent sur les éléments de développement positifs de la culture africaine en vue d'atteindre un développement autosuffisant et auto soutenu. Cette école qui du moins jusqu'à présent a été favorisée au niveau de la réflexion, considère qu'aucun développement ne peut se réaliser sans que le peuple concerné n'en comprenne les valeurs morales et matérielles et ne donne sa vision du monde. L'approbation et la participation du peuple sont nécessaires. Tout transfert de technologie et de modèle de développement qui ne prend pas en considération certains des paramètres de la société et de la culture pourrait essuyer une forme de rejet de la part des bénéficiaires ciblés.

2- Culture et conflits externes

Au moment où nous notons l'existence de conflits et de tensions, la culture subit le processus évolutif interne ainsi que les confrontations insidieuses entre écoles de pensée de développement négatif et de développement positif à propos du rôle de la culture dans le développement. Désormais nous pouvons poursuivre et examiner les conflits et tensions externes auxquels les cultures sont confrontées quand elles se rencontrent.

Le plus souvent lorsque des cultures se rencontrent il s'établit un processus d'emprunt pour s'enrichir mutuellement. Le fait qu'une culture emprunte à une autre n'indique en aucune manière que l'une ou l'autre des deux cultures est supérieure ou inférieure. Une culture peut exercer une influence dominante sur une autre car la culture dominante détient une note de « haute performance » mais n'est pas nécessairement supérieure à l'autre. Par conséquent aucune culture n'emprunte à l'autre un élément inférieur qui n'ait pas de valeur de haute performance pour accroître son propre développement. Ainsi les cultures n'emprunteront et n'absorberont que les éléments d'une autre culture capables de les enrichir puis rejetteront et se débarrasseront des éléments qui poseront des préjudices à leur développement.

Sur la base des prémisses précédentes on peut généralement reconnaître que lorsque les institutions formelles (occidentales) et les modèles de développement ne sont pas en conformité avec l'environnement local, les cultures et les systèmes de valeur, ils ne réussiront

jamais à obtenir l'adhésion de la société ni ne pourront déclencher un sentiment d'appartenance. Les deux étant d'importants catalyseurs pour la mise en oeuvre et la durabilité.

D'un autre côté, les institutions traditionnelles à cause de leur conformité aux cultures locales, croyances et systèmes de valeurs peuvent obtenir une légitimité, une implication dans la mise en oeuvre et une plus grande responsabilisation. Malgré ces avantages elles ont néanmoins des inconvénients. Elles entretiennent des pratiques dysfonctionnelles et n'évoluent pas toujours en fonction des changements venus du reste du monde. Si elles ne rénovent pas en se débarrassant des pratiques traditionnelles dysfonctionnelles et en restant à l'écoute des nouveaux défis et changements dans l'environnement mondial, elles cesseront d'être viables et dynamiques.

3- La synergie

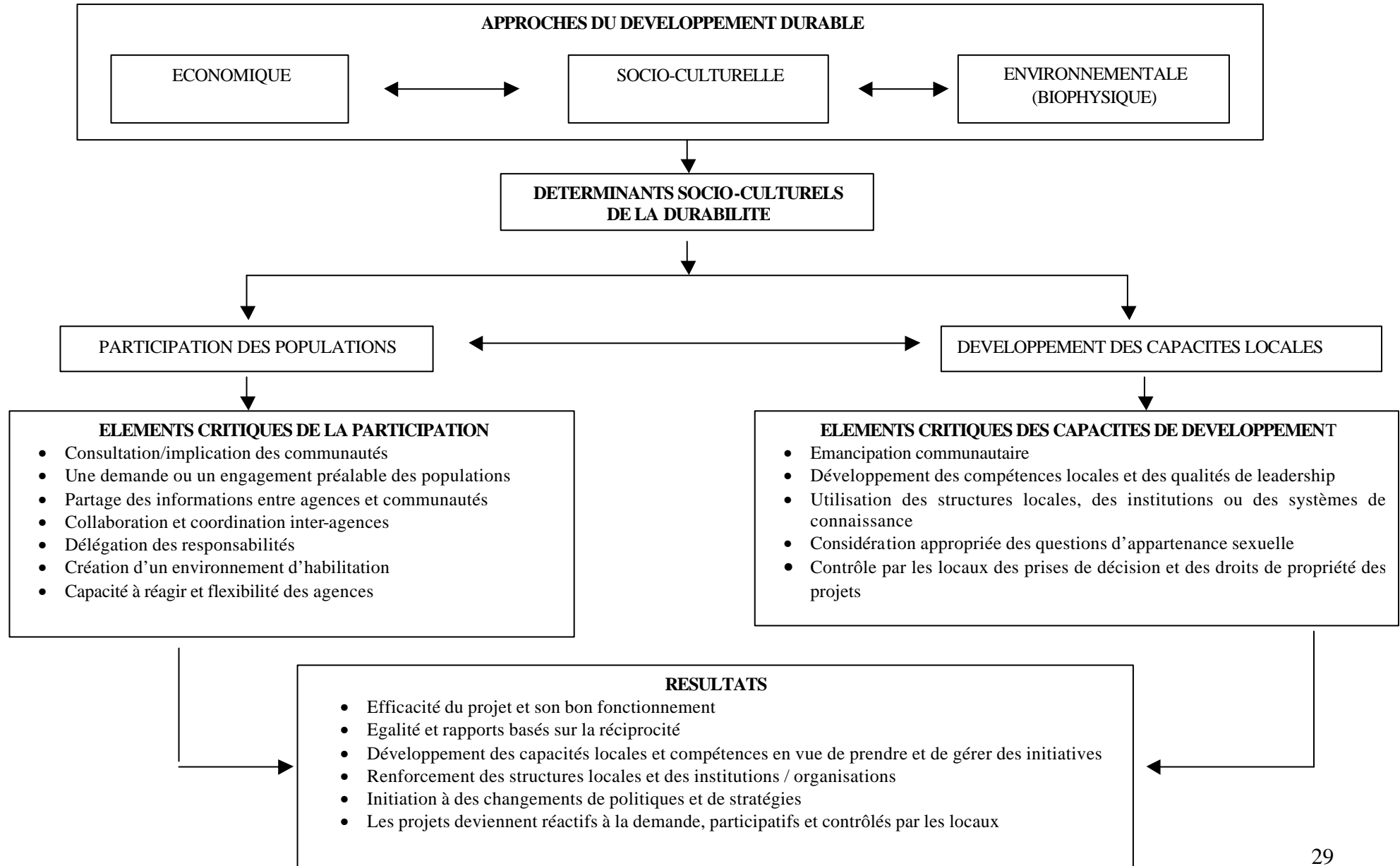
Par conséquent pour que la culture puisse avoir un impact positif sur le VIH/SIDA et sur le développement durable, ni une institution formelle (Occidentale) ou un modèle de développement que l'on transplante entièrement, ni un fondamentalisme traditionnel qui colle aux aspects négatifs de la culture africaine ne peuvent proposer des options viables. Ce qui est nécessaire c'est le processus de réconciliation qui pourrait mener à une synergie convergente entre ce qui est indigène et ce qui est étranger.

A cet égard on ne suggère pas que les institutions traditionnelles soient occidentalisées ou que l'on se débarrasse d'elles. On ne veut pas dire non plus qu'il faille "indigéniser" les institutions ou modèles occidentaux mais plutôt qu'il faille réconcilier et encourager la convergence entre l'adaptation d'institutions (formelles) occidentales ou modèles de développement et la rénovation des institutions traditionnelles, des pratiques culturelles et des modèles.

On plaide ici pour la rénovation des institutions culturelles en nous appuyant sur le fait qu'aucune culture ne constitue une île en elle même et que la connaissance culturelle elle même est très diffuse et qu'elle est susceptible de subir des interprétations multiples de la part de ses héritiers et qu'elle est en contact avec d'autres cultures. A cet égard, chaque culture exerce des fonctions rénovatrices permettant de se débarrasser des aspects dysfonctionnels, tout en restant à l'écoute des nouveaux défis et opportunités dans l'environnement mondial.

Fig.2: MODELE CONCEPTUEL POUR LA BASE CULTURELLE DU DEVELOPPEMENT DURABLE

Voici un modèle interactif basé sur le principe selon lequel différents acteurs interviennent dans un cadre participatif pour accroître le développement durable



II. B- CULTURE ET DEVELOPPEMENT DURABLE

Le modèle schématique présenté dans la figure. 2 a pour objet de montrer la relation qui existe entre les différentes approches au développement durable d'une part et d'autre part la relation qui existe entre les déterminants essentiels de la durabilité et les résultats qu'ils généreront et qui pourraient soit être liés à la culture soit plus généralement engendrer des conséquences sur le développement des capacités.

Pour expliquer la complexité et les interactions des processus en oeuvre, le modèle présente trois approches différentes à la durabilité ; l'économique, l'environnementale (ou biophysique) et la socio-culturelle. L'approche économique défendue par les économistes, le Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD) et la Banque Mondiale associe la durabilité à la préservation du capital productif. L'approche biophysique défendue par les physiciens et le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) associe la durabilité à la résistance et à l'intégrité des systèmes biologiques et physiques. D'un autre côté l'approche socio-culturelle défendue par les spécialistes des sciences humaines et l'UNESCO entre autres associe la durabilité à la préoccupation concernant l'adaptabilité et la préservation des divers systèmes sociaux et culturels.

Le concept de développement durable possédait une forte connotation économique jusqu'au jour du Sommet de la terre de RIO (Brésil) en 1992. En général il définissait la croissance d'un pays sous forme de chiffres, de pourcentages et de formules mathématiques. Par conséquent, un grand nombre d'activités de développement national se concentraient exclusivement sur la croissance économique, ignorant souvent l'aspect humain du développement ainsi que le potentiel des investissements sociaux et culturels pour son accélération (Ecosoc, 1996).

Cependant ces dernières années, ce point de vue économique qui de façon quelque peu simpliste identifie la "croissance économique" au "développement" a commencé à être réexaminé et les récents rapports du PNUD sur le développement humain reflètent ce développement opportun. En d'autres termes de nouveaux paramètres aussi fiables que les anciens mais plus révélateurs du progrès économique, social et culturel des populations sont en phase d'incorporation dans les évaluations du développement. Ce réexamen est basé sur un fait que l'on peut démontrer: la croissance économique ne produit pas nécessairement un bien être durable à toute la population. Ce que l'on entend très souvent est que l'amélioration d'un indicateur ne se traduit pas en réalité en avantages équitables pour tous les secteurs de la population. Par conséquent, la croissance ne devrait pas seulement être considérée en termes quantitatifs mais également en termes qualitatifs.

La Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement, autrement connue sous le nom de Sommet de la Terre a donné une dimension internationale au concept de développement durable. Ici la force de l'argument est sur la durabilité. Un appel fut lancé afin que les besoins actuels soient satisfaits à travers l'utilisation rationnelle et appropriée des ressources existantes, sans compromettre les approvisionnements ou l'avenir des futures générations (CNUED, 1992). Cette approche a énormément mis l'accent sur l'équilibre écologique, la protection de l'environnement, etc., comme préalable si l'on veut que les avantages du progrès ne soient pas éphémères et que le développement soit durable.

Cet article a préféré ne pas poursuivre l'une ou l'autre des deux approches ; c'est à dire l'approche économique et environnementale qui mettent l'accent sur les dimensions

matérielles, naturelles et futuristes du développement sans accorder suffisamment d'attention à l'être humain qui est censé être l'élément central ou le moteur du développement.

Au niveau local les populations ont établi des institutions socio-culturelles complexes et parfois très sophistiquées ainsi que des méthodes de survie. Aussi les interventions sur le développement fonctionnent mieux lorsqu'elles tentent d'apprendre et d'incorporer ces facteurs socio-culturels de façon itérative, en s'adaptant progressivement à l'environnement des communautés locales. Le processus d'apprentissage s'effectue au fil du temps, se développant à partir d'un mélange issu de perspectives de la communauté locale et du personnel du programme en rapport avec les activités de développement et les institutions qui les soutiennent.

Le processus permet également le renforcement des interactions entre les agences de promotion du développement et la communauté locale en tant que bénéficiaires du développement (Salmen, 1992). Cette approche augmente non seulement les dimensions qualitatives du développement mais se charge également de promouvoir la durabilité à la lumière de la reconnaissance témoignée aux croyances sociétales et culturelles, aux systèmes de valeur et aux institutions ainsi qu'à l'interaction avec les expériences et modèles des agences de développement, des gouvernements et des ONG.

Ce modèle schématique que nous présentons ici pose comme postulat la participation des populations et le développement des capacités locales en tant que déterminants essentiels de l'approche culturelle ayant un impact sur les résultats cruciaux devant permettre un développement durable.

La participation peut mener au développement des capacités locales. Par exemple au fur et à mesure que les populations participent au processus de prise de décision, leur capacité à gérer leurs propres initiatives augmente, aboutissant ainsi à des changements d'attitudes, de comportements, à une confiance accrue et à un changement dans la façon de diriger.

Autrement dit, le développement des capacités locales peut accroître la participation des populations au fur et à mesure qu'il augmente leurs aptitudes et les émancipe en vue d'entretenir des rapports avec les agents de développement sur la base de la réciprocité plutôt que sur une base de rapports de puissance inégalitaire.

A cet égard, certains indicateurs pourraient être identifiés en vue de mesurer la réussite de chacun des déterminants dans la réalisation des résultats prévus pour un développement durable.

Par exemple, une participation populaire réussie des campagnes d'IEC pour la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA exige de la part des chargés de programmes d'inclure et d'impliquer les communautés ciblées. Cela implique des partages d'informations entre les agents d'IEC et les communautés, la décentralisation ou la délégation par les agents de certaines responsabilités à la communauté, la collaboration et le tissage de liens parmi les différentes agences qui oeuvrent dans le domaine de la prévention et de la prise en charge du VIH/SIDA, la création d'un environnement d'habilitation par les agences gouvernementales de la nation afin que les communautés et les ONG puissent promouvoir les initiatives locales.

Tout cela devra être entrepris en s'assurant que les projets et les activités répondent aux demandes et aux besoins ressentis des communautés. Et ainsi, cela garantira leur engagement à participer à la mise en place des projets. Aussi les agences d'IEC devront démontrer une certaine flexibilité dans leurs relations avec les communautés plutôt que d'exercer des procédures et des approches bureaucratiques rigides.

Les indicateurs d'un développement réussi des capacités locales incluent l'émancipation communautaire, à travers l'augmentation des aptitudes des communautés à entreprendre des initiatives, à exercer un commandement, à afficher de la confiance, à résoudre de nouveaux problèmes, à mobiliser des ressources et à entreprendre des actions. De même l'utilisation d'organisations locales fortes, d'institutions et de systèmes de connaissances pour soutenir les campagnes d'IEC, la considération appropriée des questions liées à l'appartenance sexuelle, le contrôle des processus de prise de décision, la possession des projets et l'appréciation du rôle des personnels d'IEC en tant qu'agents du changement sont autant de signes révélateurs de la réussite d'un programme de développement de capacités et nécessaires pour assurer la durabilité.

LES FACTEURS CULTURELS QUI PEUVENT AVOIR UN IMPACT NEGATIF SUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA

Il est pratiquement reconnu de tous que l'observance de certaines pratiques culturelles, croyances et institutions en Afrique peuvent avoir des effets négatifs sur la prévention de la propagation du VIH/SIDA.

1- Sexualité et mariage précoce

Les données obtenues à partir d'enquêtes sur la démographie et la santé dans plusieurs pays africains montrent qu'un pourcentage élevé de femmes dont l'âge est compris entre 25 et 49 ans ont eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 15 ans. Parmi les communautés à prédominance musulmane et chez certains groupes ethniques tels que les Fulbés, cela peut se produire à un âge plus précoce à environ 13 ans.

Alors que toutes les cultures encouragent les rapports sexuels pendant le mariage, nous enregistrons de plus en plus des preuves de liaisons sexuelles avant le mariage en zone rurale et urbaine. Les raisons invoquées pour justifier cette expérimentation sexuelle précoce varient selon les localités dans chaque pays donné. En zone urbaine, lorsqu'une fille reste vierge jusqu'à l'âge de 20 ans et parfois 16 ans, elle est marginalisée et condamnée par ses amies. En zone rurale, la virginité est toujours considérée comme une valeur sociale et récompensée par une dot élevée. Cependant dans la plupart des communautés rurales, les cérémonies initiatiques organisées par les communautés semblent encourager les initiées à entreprendre des relations sexuelles avant mariage et à se marier précocement. Au Malawi, il a été noté que les pratiques associées à l'initiation telles que le nettoyage des impuretés spirituelles à travers une relation sexuelle avec un homme âgé en guise de rite final et les instructions secrètes relatives aux questions familiales et à la vie qu'exécutent les initiées encouragent celles ci à expérimenter l'activité sexuelle et finalement le mariage à un âge précoce.

Dans tous ces cas, ces pratiques engendrent de sérieux effets sur la fertilité et la propagation des maladies sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA compris.

2- Les formes de mariage

Dans presque toutes les cultures et subcultures à travers l'Afrique, l'une ou l'autre des principales composantes du régime matrimonial sont pratiquées : la monogamie ou la polygamie. Dans le cas du Cameroun, une troisième dimension existe sous forme d' "unions libres" ou mariages à l'essai.

En général le mariage est considéré comme une institution sociale qui confère une paternité approuvée aux hommes et une maternité à la femme. Afin de légitimer le contrat de mariage, la dot existe dans toutes les cultures et subcultures bien que le montant désiré et les exigences sociales qui lui sont associées varient de façon considérable d'une culture à une autre. Dans les sociétés patrilinéaires, la dot représente le transfert social des droits sexuels et de fertilité du lignage de la femme à celui de l'homme. Dans les sociétés matrilineaires, bien que le montant en question soit insignifiant, il confère néanmoins au lignage de la femme la dignité et la fierté d'avoir élevé leur fille de façon à ce qu'elle soit prise comme épouse par quelqu'un d'une manière formelle.

Ce transfert symbolique des droits sexuels et de fertilité de la femme au clan de l'homme pourrait avoir des implications sérieuses sur sa santé. D'un point de vue socio-culturel il place la femme à un niveau désavantageux, étant donné qu'elle doit faire tout son possible pour satisfaire les besoins sexuels et de fertilité de l'homme tout en considérant cela comme une injonction morale qu'elle doit remplir. Même si les risques inhérents à sa santé sont bien connus, une femme exécutera toujours les exigences de l'homme étant donné que l'homme est le seul responsable des décisions concernant le sexe et la fertilité.

En outre, au sein des communautés musulmanes, la polygamie, le divorce et le remariage sont généralement acceptés. De même, étant donné que l'islam décourage les rapports sexuels extra-conjugaux, les communautés musulmanes encouragent généralement les mariages précoces. De telles pratiques, sans aucun doute, encouragent la fertilité jusqu'à des niveaux élevés. D'un autre côté les chrétiens découragent vigoureusement les liaisons sexuelles hors mariage. La polygamie, le divorce et l'initiation sont également découragés. Néanmoins, le fait de décourager le divorce augmente également les liaisons extra-conjugales lorsque les relations sont tendues et ainsi l'infidélité peut engendrer des effets négatifs sur la propagation des maladies sexuellement transmissibles. Bien que la polygamie soit une option indésirable, il n'en demeure pas moins que la monogamie dérégulée constitue un mal.

Dans un couple polygame, la tendance consiste chez les hommes mariés plus âgés à épouser des femmes plus jeunes après que la première femme plus vieille ait atteint l'âge de la ménopause, de sorte que la seconde femme plus jeune qui est censée être plus fertile puisse lui donner plus d'enfants. Les risques de propagation des maladies sexuellement transmissibles dans une pareille situation sont très élevés étant donné qu'un partenaire infecté peut affecter les autres.

3- La veuve donnée en héritage

Au sein de plusieurs cultures et subcultures en Afrique sub-saharienne où la veuve donnée en héritage est une coutume pratiquée, une épouse est considérée comme étant la propriété du clan. A cet égard, à la mort du mari, l'épouse doit être donnée en héritage à l'un des frères ou membres du clan en vue de poursuivre la continuité de la relation entre les deux familles et afin d'apporter un soutien à la veuve et à ses enfants.

Ainsi selon le droit coutumier africain, la mort d'une épouse ne dissout pas un mariage. Le soutien des enfants orphelins et de la veuve par le clan est largement conditionné par l'accès sexuel à la veuve par un membre survivant de ce clan. Chez les Luo de l'Ouest du Kenya par exemple, si l'épouse refuse d'être donnée en héritage, elle est susceptible d'être expulsée du domicile conjugal. Ses biens seront alors distribués aux membres du clan et sa famille devra rembourser la dot. Dans les sociétés patrilineaires à dot élevée cette situation oblige les veuves à accepter la procédure d'héritage. Parfois elles sont poussées par les membres de leur propre famille à se remarier au sein du clan de leur défunt mari. A l'image de la polygamie, la veuve donnée en héritage engendre une fertilité accrue et la propagation de maladies sexuellement transmissibles en particulier lorsque le défunt mari est décédé des suites de telles maladies.

4- Mutilation génitale féminine

La mutilation génitale féminine est pratiquée dans plusieurs cultures et subcultures à travers l'Afrique. Le but visé est d'introduire les jeunes filles à la vie familiale et sexuelle, de leur inculquer un comportement moral et une conduite qui soient de nature positive et de les préparer en vue d'assumer les responsabilités sociales qu'elles devront supporter dans leurs sociétés. D'un point de vue moral, social, traditionnel et éducatif, les mutilations génitales féminines sont considérées comme étant quelques uns des piliers importants des sociétés qui les pratiquent.

Cependant, ces pratiques ont également des inconvénients. En effet elles sont associées à des douleurs cuisantes, à des inflammations pelviennes, à de fortes hémorragies, à la formation de tissus cicatrisés, à des complications au moment de l'accouchement, à une probabilité plus forte de contracter des MST y compris le VIH/SIDA, à l'infirmité, à des rapports sexuels douloureux et parfois à la mort.

5- Les tabous entourant le contrôle des relations sexuelles

L'enfant étant considéré comme un signe d'immortalisation du couple est fortement apprécié en ce sens qu'il constitue pour les parents une source de sécurité sociale pour leurs vieux jours et aussi contribue à renforcer les valeurs culturelles. A cet égard, la fertilité est considérée comme étant l'une des plus grandes valeurs dans toutes les cultures et par conséquent le taux de prévalence de la contraception est bas dans certaines subcultures.

Dans ce même ordre d'idées dans plusieurs cultures et subcultures en Afrique, les relations sexuelles entre couples sont découragées lorsque la femme est enceinte, au moment des règles, après l'accouchement, lorsqu'elle accouche d'un mort né et lors de cérémonies funéraires à observer au sein de la famille ou du lignage. Le fait de violer ces normes pourrait engendrer une santé déficiente pour l'enfant ou même la mort de la mère ou du père. Néanmoins, lorsque la période d'abstinence s'étend trop longtemps, cela encourage les relations extra-conjugales et par conséquent on assiste à une propagation des maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA.

III. LES FACTEURS CULTURELS QUI PEUVENT CONTRIBUER FAVORABLEMENT A LA PREVENTION ET A LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA

Bien qu'il soit vrai d'affirmer que certaines croyances socio-culturelles, certaines pratiques et institutions contribuent à propager le VIH/SIDA, il est également vrai d'affirmer qu'il existe certaines ressources culturelles qui peuvent contribuer de façon positive à la prévention du VIH/SIDA.

1- Institutions sociales et politiques

Pour assurer leur cohésion, la stabilité et la mobilisation sociale, la plupart des sociétés africaines reposaient sur des systèmes sociaux et politiques très solides. Ces systèmes ont survécu à l'imposition de la domination coloniale et aux systèmes politiques légaux ultérieurs dans certains pays africains après les indépendances. En vue d'assurer l'acceptabilité, l'applicabilité, le soutien et la participation des communautés, on a estimé qu'il était utile de travailler étroitement avec et à travers de telles institutions socio-politiques traditionnelles.

Dans le cadre de sa campagne visant à accroître la prise de conscience de la situation du VIH/SIDA en Ouganda, le gouvernement avait développé une stratégie de plaidoyer dont le but était d'assurer le soutien et l'engagement des leaders d'opinions politiques et communautaires.

En vue d'atteindre cet objectif, la Commission nationale chargée du Sida avait élaboré des stratégies complémentaires ayant pour but de collaborer avec trois institutions politiques et l'église d'un diocèse. En Ouganda, le trône jouit d'un plus grand respect que les notables ou leaders politiques.

Par conséquent, compte tenu de l'importante frange de la population vivant sous la direction des Chambres Royales (Baganda, Bunyoro-Kitara et Busoga), la Commission a trouvé qu'il était impératif de travailler en étroite collaboration avec eux en tant que partenaires dans ses programmes d'IEC.

Etant donné que les chefs traditionnels et les leaders d'opinions communautaires sont des législateurs au sein de leurs communautés ainsi que des gardiens des institutions et secrets traditionnels, l'objectif visant à travailler en étroite collaboration avec eux consiste à faciliter l'amélioration de l'état de santé des populations dans les royaumes, à travers le plaidoyer pour le changement des politiques générales, des lois, des pratiques culturelles dysfonctionnelles ainsi que des normes qui peuvent contribuer à la propagation du VIH/SIDA.

2- Le théâtre pour le développement

La mutilation génitale féminine est très répandue dans plusieurs parties de l'Afrique et son impact potentiel sur la propagation du VIH/SIDA est bien prouvé.

En Ouganda, le gouvernement et les femmes activistes qui travaillent sous la bannière de la santé et des droits de l'homme ont tenté de faire une contre campagne et d'interdire la pratique dans la région de Kapchorwa. Cela a rencontré une forte résistance de la part des communautés et a abouti à l'intervention du bureau du FNUAP en Ouganda en vue d'innover une stratégie culturellement sensible.

La stratégie consistait à se servir du théâtre de croissance pour plaider en faveur de la poursuite des valeurs et pratiques spirituelles et culturelles associées à la mutilation génitale féminine, tout en abandonnant l'opération physique et son remplacement par des alternatives consistant à présenter aux filles initiées des cadeaux symboliques tels qu'une chèvre. Ce succès fut atteint à travers la sensibilisation objective par l'utilisation des parlementaires, les leaders d'opinions communautaires, les femmes instruites initiées de Kapchorwa, les chefs des collectivités locales. Aussi, les communautés furent sensibilisées aux diverses implications sanitaires douloureuses de la mutilation génitale féminine. Depuis ses débuts en 1996, une réduction globale de 36% des mutilations génitales féminines a été enregistrée par rapport aux chiffres de 1994.

3- Les modes africains de communication de l'information et éducation

Une étude réalisée en Gambie, au Sénégal et en Guinée-Bissau sur les espérances et sur les préférences de groupes spécifiques de la population par rapport aux programmes d'éducation et de communication mérite d'être mentionnée ici. (B. Sagnia)

Education

L'étude a montré qu'en général l'éducation formelle est prodiguée par les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les individus, tandis que l'éducation non formelle est quant à elle réalisée sous forme d'initiation, de contes populaires et d'apprentissage par l'action au niveau familial.

La plupart des communautés couvertes dans l'étude espèrent en général que l'éducation formelle des garçons et des filles les aidera à acquérir la connaissance en matière d'éducation sur la vie familiale de même qu'un comportement moral qui les éloignera des liaisons sexuelles avant le mariage, la grossesse, le mariage précoce et les maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA.

Cependant pour diverses raisons socio-économiques et culturelles, les filles quittent l'école prématurément. Ces raisons parmi d'autres ont conduit beaucoup de membres des communautés à conclure que les écoles n'ont pas réussi à transformer les enfants en personnes responsables et au comportement irréprochable.

Les responsables de l'enseignement voient cela différemment. Ils tendent à croire que les garçons et les filles sont devenus des victimes de conflits culturels qui se reflètent dans les types de messages et d'instructions secrets qu'ils reçoivent dans le cadre du processus initiatique et qui les encouragent à expérimenter la vie sexuelle et conjugale très tôt.

Cela, contrairement à l'éducation formelle qui augmente chez eux l'opportunité de connaître davantage la vie familiale dans le but de prendre des décisions responsables.

La question ne peut pas être résolue en répartissant les blâmes, mais plutôt en acceptant de façon collective les responsabilités et en trouvant des solutions conjointes. Par conséquent, les agents d'IEC doivent replacer les programmes éducatifs dans leur contexte en utilisant les expériences et les réalités communautaires comme bases de toutes futures stratégies et programmes.

Cela fonctionnera mieux dans une approche participative qui fera appel aux meilleures initiatives de la communauté et des projets en vue d'accroître l'efficacité.

Information et communication

Les informations relatives à la santé sexuelle et reproductive peuvent être obtenues principalement dans les lieux de cérémonies, à travers les radios, les réunions, les parents, les établissements religieux (les églises ou les mosquées), les projections vidéo ou les salles de cinéma, les clubs scolaires, les hôpitaux, les centres de planning familial, auprès des anciens ou des conseillers.

En général, toutes les catégories d'âge et de sexe s'accordent pour dire qu'ils espèrent entendre parler de sexe, de sexualité, de la façon de se protéger et de traiter les maladies sexuellement transmissibles et comment éviter la sexualité précoce et les grossesses pendant l'adolescence.

La radio et la télévision sont reconnues comme étant d'importants canaux de communication, spécialement lorsque le moyen de communication utilise la langue des communautés visées car en tant qu'analphabètes il leur est impossible de lire des journaux et des posters. Cependant, la plupart des parents ne sont pas à l'aise avec ce moyen de communication car il expose leurs enfants aux questions relatives aux relations sexuelles qu'ils ne sont censés apprendre qu'en dehors des maisons, à savoir dans les cérémonies d'initiation ou lorsqu'ils sont plus âgés. Ceux-là qui préfèrent obtenir des informations à travers le conseil s'attendent à ce qu'il y ait des sessions séparées pour les différentes classes d'âge étant donné qu'il est mal avisé de prodiguer des conseils à un adulte en présence des enfants.

En général, la plupart des adultes pensent que l'inadaptation des informations relatives à la santé sexuelle et reproductive est un facteur qui contribue à favoriser les grossesses et l'augmentation des maladies sexuellement transmissibles. Ils préfèrent que de telles informations soient fournies aux garçons et aux filles dans les écoles par leurs enseignants et par les parents pour ceux qui ne sont pas scolarisés.

A la lumière des questions relevées précédemment, on peut dire qu'une campagne d'IEC efficace devrait s'assurer qu'il y ait une collaboration et une complémentarité entre les sources traditionnelles et conventionnelles d'informations et de communication pour que les actions puissent avoir des effets durables. Les informations fournies par les conseillers villageois, les anciens et les cérémonies d'initiation devraient être complétées par des informations émanant des cliniques et d'autres activités d'IEC.

De la même manière, pour s'assurer de l'acceptabilité des messages, les canaux de communications qui intéressent et qui sont reconnus par les communautés devraient être mis en évidence, à savoir, la musique, la danse, les chansons, les contes, le théâtre, etc. L'implication des communicateurs traditionnels dans la confection des messages, en ce qui concerne la forme, la manière et le type de langage que les communautés pourront comprendre et accepter permettra la durabilité des actions d'IEC.

4- Guérisseurs traditionnels

Les guérisseurs traditionnels sont bien acceptés au sein de leurs communautés à cause de leur accessibilité, leur coût abordable, l'approche sympathique accordée aux patients et le fait que les communautés les considèrent comme des agents de la santé qui jouissent d'une grande

confiance de leur part. Alors que les services modernes de la santé les traitent dans beaucoup de pays avec mépris et méfiance, la réalité est différente au niveau communautaire.

Par conséquent, en plus de leur contribution dans le traitement et la prise en charge, ils pourraient devenir des agents de confiance dans l'éducation et la prévention une fois qu'ils auront reçu la formation nécessaire, le soutien et une fois reconnus comme étant des travailleurs communautaires de la santé.

Ils jouissent de beaucoup de respect dans les communautés et pourraient servir d'agents ou de collaborateurs dans la campagne d'IEC. Leurs conseils au personnel d'IEC pourraient également servir à s'assurer que les programmes répondent aux réalités de la culture sanitaire des communautés.

En fait l'OMS a déjà commencé à se servir de certains d'entre eux comme travailleurs de la santé en leur offrant une formation et un soutien logistique.

5- Système de soutien social traditionnel

Au cœur des systèmes socio-économiques africains il existe le système de la famille élargie. Il s'agit d'un ensemble de groupes domestiques composés de deux familles nucléaires ou plus reliées ensemble par le parent et l'enfant.

Ce qui est fondamental dans ce système familial c'est le soutien et la prise en charge des vieux, des jeunes, des malades et des pauvres.

A la lumière de la pandémie du VIH/SIDA, on a trouvé que ce système de sécurité sociale apporte beaucoup de soutien aux personnes vivant avec le SIDA et on le considère comme étant un aspect positif de l'institution culturelle africaine qui devrait être reconnu.

Ainsi les voies et moyens permettant de renforcer les liens familiaux et d'affinité en vue d'apporter un soutien aux malades devraient être défendus et encouragés à travers les campagnes d'IEC.

V. LA CULTURE, LE VIH/SIDA ET LES DEFIS EN VUE D'ATTEINDRE LE DEVELOPPEMENT DURABLE

Si l'essence du développement est le maintien de la sécurité et de la survie, à savoir la sécurité en matière de santé, la sécurité alimentaire, la paix, les droits de l'homme, etc. alors le défi consiste à trouver comment orienter les ressources culturelles vers le règlement de la sécurité de la survie. (A.Ochola- Ayayo, 1997).

De récentes études et enquêtes sur la situation du VIH/SIDA ont confirmé qu'il n'existe aucune région en Afrique où la pandémie n'ait pas encore été détectée. Des régions et des centres à incidence élevée et basse ont été identifiés. Les régions à incidence faible se trouvent en Afrique du Nord et de l'Ouest, tandis que les régions à incidence élevée se situent dans le Sud de l'Afrique, dans l'Est et le Centre. Peut-être que l'une des choses les plus importantes à noter est qu'aucun pays d'Afrique n'est épargné par le VIH/SIDA.

Au début on commence par refuser d'admettre l'existence même de l'incidence, ensuite on admet une très faible incidence et lorsque l'on ne peut plus soutenir cette position, alors on accuse les étrangers d'être responsables de la propagation du VIH/SIDA, au lieu de mettre en place de stratégies proactives et des programmes efficaces pour contenir la propagation. La complaisance donne uniquement au VIH/SIDA l'occasion de se propager très vite au sein de la population.

Toutes les études et enquêtes réalisées en Afrique ont clairement démontré que le VIH/SIDA a commencé à se propager des villes vers les campagnes. Par exemple, en Afrique de l'Est en 1992, alors que le taux de prévalence en zone urbaine était de 10 - 11 %, celui des zones rurales était de 4 -5% seulement. Il est également évident pour nous qu'environ 75 à 80% du VIH/SIDA est transmis en Afrique Subsaharienne via des relations hétérosexuelles. Ce type de relation étant le contenu même du mariage et de la vie familiale. Ainsi, bien que la pulsion sexuelle soit déterminée par des processus psychobiologiques, elle est affectée, régulée, modifiée et même promue par des idéologies socio-économiques, socio-culturelles, l'éthique culturelle, les traditions, les religions, les règles morales et les lois coutumières qui existent dans des communautés données.

A la lumière de ce qui précède, ne peut-il pas y avoir de moyen permettant de sélectionner des impératifs culturels positifs appropriés au sein de la pandémie du VIH/SIDA qui puisse dépendre de la nature des facteurs culturels existants, tels que la prise en charge traditionnelle de la santé, la polygamie, les rites initiatiques, le mariage précoce, la veuve donnée en héritage, le divorce, la domination masculine, les pratiques religieuses, etc. ?

Par conséquent, certains de ces facteurs culturels devraient être réexaminés de même que les défis qu'ils posent à la fois en termes de durabilité des actions dans la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA ainsi que l'impact qu'ils pourraient présenter en vue d'un développement durable.

6- Appartenance sexuelle

En Afrique il est généralement reconnu que les femmes sont socio-culturellement désavantagées par rapport aux hommes en ce qui concerne les décisions liées au sexe et à la fertilité. Celles-ci sont considérées comme étant des responsabilités qui appartiennent aux hommes et les femmes ont rarement le choix si ce n'est d'obéir.

A la lumière de la pandémie du VIH/SIDA, si une femme ne peut pas contribuer à la décision concernant le fait d'avoir ou de ne pas avoir de relation sexuelle protégée ou d'avoir un enfant à une période donnée, alors les risques pour elle deviennent plus importants en particulier lorsque son partenaire est de nature volage.

Peut-être que des programmes devraient être initiés en vue d'augmenter les arguments de négociation des femmes au moment d'entrer en pourparler avec les hommes sur les questions liées aux décisions concernant le sexe et la fertilité.

De même, des programmes spéciaux visant les hommes devraient être conçus, étant donné qu'à l'heure actuelle, l'accent est davantage mis sur les femmes que sur les hommes et aussi compte tenu du fait que la décision exclusive concernant le sexe et la fertilité relève de la responsabilité des hommes.

7- Liaisons sexuelles multiples

Les relations hétérosexuelles sont considérées comme étant les principaux facteurs de transmission du VIH/SIDA en Afrique. Plusieurs religions et traditions mettent l'accent sur la promotion de l'abstinence sexuelle avant le mariage ainsi que sur la fidélité à son partenaire. Cela relève plus d'un idéal car même chez les Arabes et les autres communautés fortement islamisées cet idéal n'a jamais été atteint. Aujourd'hui les lois et les punitions sévères même sous la "Charia" sont considérées comme étant des outrages aux droits de l'enfant et aux droits de l'homme ou à la liberté.

Cependant, la promotion de la fidélité à des partenaires uniques n'est possible que dans la mesure où il n'y a pas de divorce, de veuvage et de séparation. Les liaisons sexuelles multiples sont promues lorsqu'un mariage s'effectue entre une personne divorcée, une personne veuve et séparée qui sont des individus qui autrefois avaient différents partenaires sexuels.

La forme et le type de mariage pourraient également suggérer le genre de relations hétérosexuelles que nous devrions espérer. Dans un mariage polygame, l'on devrait s'attendre à des relations hétérosexuelles multiples et de par la nature même de ses implications il ne présente pas de protection.

L'épouse en héritage en tant que source majeure de propagation du VIH/SIDA ne diffère pas du remariage de la veuve, du remariage du veuf, du divorce remariage ou de l'union libre. Toutes ces unions impliquent des changements de partenaires sexuels qui peuvent être une source de propagation du VIH/SIDA. Vu sous cet angle aucune société n'est à l'abri de la propagation continue du VIH/SIDA en Afrique.

8- La vie sexuelle des adolescents

Comme nous l'avons mentionné précédemment au cours de cette présentation, l'expérience nous a montré que les rites d'initiation, les programmes télévisuels, les clubs scolaires etc. qui exposent les adolescents à la vie sexuelle à un âge précoce, les encouragent à expérimenter la vie sexuelle et conjugale sans avoir été suffisamment équipés pour prendre des décisions pouvant affecter leur santé et leur vie. Pour cette raison plusieurs adolescentes sont exposées aux risques de contraction des maladies sexuellement transmissibles, aux grossesses pendant l'adolescence, au mariage précoce, à l'avortement et à l'abandon ultérieur de l'école.

Il serait utile que les programmes d'IEC conçoivent des programmes sur mesure destinés à ces adolescents.

De même les services de planning familial devraient leur être abordables et accessibles. Etant donné que les adolescents constituent le secteur productif potentiel pour le développement de l'Afrique, ils demeurent essentiels dans l'ensemble de la question du développement durable.

9- La pauvreté

L'une des questions inquiétantes dans la culture africaine aujourd'hui est celle de l'impossibilité d'éradiquer la pauvreté pour sa population qui croît à une allure vertigineuse. Si la définition fondamentale de la pauvreté est le fait d'être dans une condition de privation de nourriture et d'argent qui sont censés satisfaire les besoins humains de base, alors la pauvreté pourrait également être considérée comme facteur clé de la propagation du VIH/SIDA. En

effet la pauvreté et le chômage peuvent conduire les jeunes femmes à utiliser le sexe comme source de revenus pour faire face à la sécurité de la survie.

Ainsi, des efforts devraient être accomplis en vue d'intégrer les stratégies relatives au VIH/SIDA dans l'ensemble des stratégies nationales de développement et des politiques générales pour s'assurer que tous les plans sectoriels et programmes sont évalués par rapport à leur sensibilité au VIH/SIDA.

De même, si les stratégies pouvaient être directement incorporées dans les Stratégies de réduction de la pauvreté du gouvernement, cela pourrait nous donner l'assurance que les groupes hautement vulnérables seront affectés par les bénéfices du développement socioéconomique qui seront engrangés.

10- Participation

Bien qu'il soit impossible d'indiquer avec précision la nature des changements qui sont intervenus dans la réflexion sur le développement avec une exactitude historique, il n'existe pas de doute que le milieu des années 70 a été le début de la période de changement fondamental ayant conduit à l'éloignement par rapport à la domination du paradigme de la modernisation de la pensée du développement et de l'intervention ainsi qu'à une orientation vers une recherche importante d'alternatives.

La question centrale de cette recherche d'alternatives pour le développement fut que le développement était considéré comme un processus d'humanisation et il fut indiqué que les populations devraient constituer l'élément central dans tout processus de développement. Cela appelle donc à une plus grande participation des populations dans les actions de développement. Cette participation va non seulement changer la nature et la direction des interventions pour le développement mais va mener à un type de développement qui soit plus respectueux des intérêts sociétaux et culturels des populations, de leur position et de leur expérience.

Par conséquent la participation est considérée comme un élément critique pour que le développement durable puisse se produire étant donné qu'elle augmente la capacité des communautés à prendre et à gérer leurs propres initiatives, cela devant mener à des changements d'attitudes, de comportement, à une confiance accrue ainsi qu'au commandement. Donc la participation devrait être encouragée et exploitée aussi bien du point de vue des stratégies relatives au VIH/SIDA que du point de vue des stratégies globales de développement.

11- Renforcement des capacités et développement institutionnel

Les populations au niveau local possèdent déjà certains systèmes de connaissances et de compétences et ont établi des institutions socio-culturelles et des méthodes de survie complexes et parfois très sophistiquées.

Les interventions et les actions conçues pour améliorer leur bien-être et leurs conditions de vie ou pour influencer les normes coutumières et comportementales devraient avoir pour objectifs le renforcement des capacités existantes et des compétences et de développer et d'utiliser les institutions socio-politiques traditionnelles.

Cette approche augmentera les capacités de la communauté à prendre des initiatives, à exercer un commandement, à manifester de la confiance, à résoudre de nouveaux problèmes, à mobiliser les ressources nécessaires et à entreprendre de nouvelles actions qui peuvent assurer la durabilité des initiatives relatives au développement qui les affectent.

Claude FABRIZIO
UNESCO Consultant,
Paris, France

PRESENTATION DU PROJET UNESCO/ONUSIDA : CADRE CONCEPTUEL, ACTIVITES EN COURS ET NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS

Reprenant la définition de « l'approche culturelle de la prévention et du traitement –ou comme proposé ici, la prise en charge- du VIH/SIDA » : l'action de prévention, de traitement du VIH/SIDA et plus généralement de sa prise en charge sera plus efficace, mieux adaptée et durable si elle est basée sur une meilleure compréhension des motivations et des références des populations en vue de changer leurs habitudes. C'est de cette manière avant tout que l'on pourra intégrer ce problème aux priorités de leur vie quotidienne et de les conduire à s'engager pleinement dans la lutte contre l'épidémie.

C'est donc en tenant pleinement compte des références culturelles et en s'appuyant sur leurs ressources culturelles et leur énergie propre, que cette action permettra d'atteindre progressivement des changements d'attitudes importants et d'unir leurs efforts avec ceux des institutions et structures concernées. Cela vaut aussi bien pour les autorités nationales, institutions internationales, organisations non gouvernementales, au niveau local, national, régional et international, compte tenu naturellement du rôle majeur des autorités spirituelles.

Il ne s'agit pas d'une réflexion purement théorique. C'est sur cette base qu'ont été réalisées, dans la première phase du Projet, les évaluations par pays, dont ont été tirés le rapport de synthèse et les premières propositions méthodologiques.

Quels sont les principaux enseignements et les recommandations tirés de ce double travail ?
C'est sur cette base qu'a été établi le cadre conceptuel du projet et que les activités réalisées, en cours et prévues, ont été conduites.

I- CADRE CONCEPTUEL DU PROJET

A- Principaux enseignements

La prise en compte des interactions entre culture, VIH/SIDA et développement représente le fondement de toute action pertinente et efficace. Plus précisément, l'expansion de l'épidémie du VIH/SIDA est étroitement liée aux grands problèmes de développement. Ainsi, la problématique médicale ne peut expliquer complètement l'expansion de l'épidémie. L'analyse en profondeur réalisée dans le cadre du Projet montre à cet égard le rôle central des aspects sociétaux et culturels.

- les interactions complexes entre ces différentes catégories de problèmes peuvent être décrites également en termes de crise culturelle mondiale, facteur de déstabilisation économique et sociale. Cette crise atteint les systèmes de valeurs, modes de vie, traditions et croyances et les droits fondamentaux des êtres humains. Elle se traduit par des

difficultés croissantes dans tous les domaines concrets de la vie quotidienne.

- heureusement, ces mêmes composantes de la culture dans son sens le plus large peuvent également susciter les réactions dynamiques des populations, face au problème du développement en général et du VIH/SIDA en particulier.

2- Le deuxième grand constat concerne l'impact sociétal et culturel du changement économique, qui constitue un facteur aggravant dans l'expansion de l'épidémie

- cette crise se reflète dans les domaines suivants où les mêmes interactions se retrouvent:
 - évolution des modèles familiaux ;
 - migrations économiques ou liées à des conflits et la rupture des liens avec la communauté d'origine ;
 - extension de l'agressivité, de la xénophobie et du racisme, formes extrêmes et intolérables de l'incompréhension entre les cultures ;
 - explosion urbaine (SDF et bidonvilles) et déclin concomitant du monde rural, aboutissant à la prédominance du modèle culturel urbain ;
 - aggravation du déséquilibre entre la situation des hommes et des femmes renforcée par l'isolement fréquent des hommes dans les villes et le délaissement des femmes dans les régions rurales ;
 - persistance de la précarité économique, sociale et culturelle chez les jeunes, surtout en milieu urbain, liée aux problèmes d'éducation, de chômage, et aboutissant fréquemment au désespoir et à des dérives de toute sorte: violence, consommation de drogues et sexualité irresponsable.

3- Du fait de la complexité de ces interactions, on se trouve devant un cercle vicieux : l'impact épidémiologique, socio-économique, sociétal et culturel joue tour à tour comme cause et comme effet des autres difficultés constatées. Tout traitement cohérent de la prévention et de la prise en charge de l'épidémie doit donc agir simultanément et de façon coordonnée sur ces différentes catégories de problèmes.

4- Outre ces conclusions, les études par pays ont mis un accent tout particulier sur les distinctions à faire dans l'analyse du rôle des cultures dans la lutte contre le SIDA, entre les références et les ressources culturelles à examiner en profondeur dans les différentes situations possibles.

Les références ne peuvent être considérées exclusivement comme des obstacles à l'éducation préventive et à la prise en charge. En effet, elles sont liées à d'autres considérations aussi importantes par rapport à la maladie. En outre, elles évoluent avec le temps, dans le cadre même des communautés qui s'y reconnaissent.

Par ailleurs, certaines de ces références peuvent être considérées comme de véritables ressources culturelles pour mener une action de prévention et de prise en charge vraiment efficace, adaptée et durable.

Dans cet esprit, il est indispensable d'examiner les traditions culturelles, les représentations culturelles de la santé, de la maladie et de la mort, mais aussi de la guérison, y compris par les médecines traditionnelles. Un autre aspect capital de ces analyses concerne les références culturelles relatives à la sexualité, et de l'écart entre les normes et les pratiques à cet égard.

B- Recommandations méthodologiques

Les principales recommandations faites au terme des études par pays concernent : 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 ressources humaines, le recueil et le traitement des informations et l'approfondissement de la recherche.

1. Contexte

Il est nécessaire d'aller au-delà des limites purement sectorielles afin de construire une image plus cohérente et intégrée du problème du VIH/SIDA. A cet effet, trois observations doivent être faites :

- il faut analyser le contexte de la maladie, du point de vue culturel, social et économique ;
- l'adoption de l'approche culturelle dans la prévention et le traitement est indispensable pour mieux comprendre les situations et, partant, pour renforcer et améliorer l'efficacité et la durabilité des politiques, programmes et projets à venir ;
- une attention spéciale doit être accordée aux interactions entre les comportements à risque, comme la prostitution, la fragilisation culturelle, le chômage, et la création de systèmes informels face aux insuffisances de certains systèmes institutionnels.

2- Elaboration et mise en œuvre des politiques et projets

Afin d'adapter les politiques et les projets aux situations et aux populations concernées, un certain nombre de conditions doivent être réunies :

- la compréhension approfondie des situations des populations par rapport aux causes et aux effets du VIH/SIDA, la connaissance et la prise en compte des possibilités existantes pour mobiliser les communautés dans le combat contre la maladie;
- l'identification précise des facteurs de risque, des besoins des groupes à risque (jeunes, populations rurales, femmes, minorités très pauvres);
- la mise en réseau des institutions travaillant sur le sujet : instituts de recherche (universités, autres centres de recherche), organismes publics, ONGs, etc. ;
- l'insertion de l'action préventive et des soins relatifs au VIH/SIDA dans des projets plus larges 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 à la fois les structures traditionnelles et modernes, les associations, les autorités et les communautés locales, les ONG de terrain, 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 de développement intégré au niveau des communautés locales, par exemple grâce à des discussions et des activités de conseil en étroite

coopération avec les chefs communautaires et les "gardiens" de la culture traditionnelle (auxquels l'information requise doit être transmise également).

3- Information/ éducation/ communication

La communication culturellement adaptée: information par les médias, éducation, dialogue direct avec les populations, forme un tout, qui représente l'éducation préventive et le développement de la solidarité, quels que soient ses moyens de transmission. En outre, elle prendra des formes différentes, selon la population concernée: ensemble des habitants du pays, groupes vulnérables (pauvres, femmes et filles, jeunes) ou à risque proprement dit (travailleurs migrants, professions mobiles, familles désintégrées), et plus spécifiquement encore, les groupes marginalisés, homosexuels et travailleurs sexuels.

En ce qui concerne l'éducation, l'action à entreprendre ne doit pas se limiter à l'école; elle doit viser également et, dans de nombreux cas, surtout, la population non scolarisée et analphabète. Elle doit utiliser tous les acteurs et situations d'éducation sous toutes ses formes. L'action des médias, même s'ils touchent un vaste public, doit également être relativisée et adaptée.

Néanmoins, le dialogue direct avec les populations constitue un moyen tout aussi important. Il représente, en effet, un processus interactif et, au niveau local, une source d'information irremplaçable et une voie efficace de la sensibilisation et de la participation des communautés concernées.

L'éducation mutuelle représente elle aussi un processus adapté et efficace : elle peut se réaliser par groupes d'âge, s'appuyer sur les rapports des femmes entre elles et des hommes entre eux, se développer dans les milieux de travail ou de loisirs, et enfin concerner les groupes directement exposés à la maladie (séropositifs, prostitués, consommateurs de drogues, homosexuels).

4- Formation, sensibilisation, recyclage

Dans la prévention, les soins et la prise en charge psychologique et humaine des séropositifs, et plus encore des malades proprement dits, la formation, la sensibilisation et le recyclage des différentes catégories d'intervenants constitue l'un des points cruciaux de la lutte contre l'épidémie et l'approche culturelle représente un outil méthodologique essentiel à cet égard. Elle permet en effet, de bien mettre en lumière les implications et les déterminants culturels de leurs différentes tâches.

- Cette formation doit se réaliser à tous les niveaux, de la base jusqu'aux centres de décision et décideurs au niveau stratégique et politique. Les domaines concernés ne se limitent pas au secteur médical et sanitaire, ils englobent également l'éducation scolaire et extra scolaire, l'action des médias, surtout les médias de masse, la sécurité et l'action sociale, et même les différents domaines du développement rural et urbain, et le secteur économique. Parmi les acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge de la maladie, il convient de tenir compte, au niveau local, du rôle des chefs communautaires et des guérisseurs traditionnels, qui doivent recevoir les informations nécessaires grâce à des processus de communication bilatéraux.

- C'est tout au plus de sensibilisation qu'il faut parler - et non de formation, évidemment

– s’agissant des autorités spirituelles, dont le rôle actuel et potentiel peut être déterminant. On méditera à cet égard l’exemple stimulant de l’Ouganda, où l’ensemble des Imams du pays s’est engagé dans un effort d’éducation préventive et de recommandation à l’entourage des personnes infectées et malades sur la base de la spiritualité islamique.

Formulée en termes généraux, 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.

Outre ces critères généraux, la formation/ sensibilisation des différentes catégories de partenaires de la prévention et du traitement du VIH/SIDA doit être ajustée et précisée selon les niveaux et types de personnels concernés et l’environnement culturel dans lequel ils travaillent.

5- Information et recherche

- Il est indispensable que les données existantes soient recueillies, traitées et diffusées, soit par des centres d’information spécialisés, soit grâce au développement de réseaux entre les chercheurs et centres de recherche compétents dans ce domaine. Ces données doivent donc être rendues publiques et mises à la disposition de tous les utilisateurs potentiels: décideurs, initiateurs de projets et programmes et chercheurs en activité.

- La recherche doit se poursuivre sur les problèmes déjà en cours d’étude et aborder les nombreux problèmes qui se posent encore, du fait des lacunes multiples que l’on constate si l’on veut faire aujourd’hui un état complet de la question de l’approche culturelle appliquée à la prévention et à la prise en charge du VIH/SIDA.

6-Implications méthodologiques

L’adoption de l’approche culturelle conduit à formuler les principes méthodologiques suivants:

- procédures de planification montante (bottom-up) ;
- processus participatif à tous les niveaux et à tous les stades : préparation/réalisation/évaluation ;
- adaptation et ajustement des projets en fonction des situations ;
- cadre chronologique réaliste pour atteindre des résultats concrets et durables;
- adaptation des documents classiques de planification sous forme de plans-cadres pour les institutions et d’ensemble de projets de terrain.

Au niveau instrumental, ces principes entraîneront les changements suivants :

- élaboration de stratégies et politiques globales, multidimensionnelles, trans-institutionnelles et, par conséquent, mieux coordonnées et intégrées aux niveaux international et national ;
- adaptation des méthodes de conception/réalisation/révision et évaluation des stratégies, programmes et projets concernant la prévention et le traitement ;
- élaboration d'outils pédagogiques plus efficaces pour la formation/sensibilisation de toutes les catégories d'agents impliqués dans la lutte contre la maladie ;
- élaboration conjointe des matériels et des méthodes d'information/éducation/communication culturellement adaptées ;
- systématisation de la collecte et du traitement des données : documents et centres de recherche existants, notamment en sciences humaines et sociales, sur les sujets suivants : le contexte de l'action préventive, de la gestion du risque, de la vulnérabilité, des soins et de la prise en charge, réduction de l'impact médical et général de la maladie ;
- évaluation périodique de l'action menée et des situations sur le terrain, en utilisant les concepts et instruments proposés par le Projet, en les testant dans des projets pilotes et en travaillant sur l'élaboration d'indicateurs culturels appropriés à l'observation des changements de comportement.

ACTIVITE REALISEES, EN COURS ET PREVUES

1- Première phase du projet (1998-1999)

Le travail a été axé sur la recherche et l'analyse, fondées sur l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA dans neuf pays des régions suivantes :

- **Afrique australe et Afrique de l'Est** : Angola, Malawi, Ouganda, Afrique du Sud et Zimbabwe;
- **Asie du Sud-Est** : Région du Haut Mékong (Thaïlande et pays frontaliers) ;
- **Caraïbes** : Cuba, Jamaïque, République dominicaine.

En outre, huit documents de présentation des situations nationales ont été réalisés pour les pays suivants : Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibie, R.D. Congo, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

Les évaluations nationales proprement dites (dont la plupart peuvent être consultées sur le site www.unesco.org/culture/aids) ont été réalisées à deux niveaux :

- *évaluation* de la prise en compte des aspects culturels dans l'action institutionnelle menée : les programmes et projets de prévention et de traitement du VIH/SIDA ;
- *enquête* approfondie sur les réactions des différentes populations, compte tenu de leurs références et ressources culturelles, face au risque de contamination, à la maladie et à la nécessité de changer leurs comportements, sexuels et non sexuels.

Les résultats de ces travaux ont été discutés lors de trois ateliers sous-régionaux qui se sont tenus à La Havane, Cuba, au Zimbabwe et à Chiang Mai en Thaïlande, entre avril et juin 1999.

Ces évaluations et les discussions qui ont suivi ont permis :

- de dégager, du point de vue sociétal et culturel, les tendances communes et les diversités à prendre en compte et, sur cette base, de définir les groupes fragiles, particulièrement menacés par la maladie.
- d'identifier et formuler, dans une approche culturelle, des concepts de base, des orientations et des méthodes d'élaboration de stratégies, de politiques et de projets visant à créer des conditions d'action plus efficaces, mieux adaptées et permettant d'atteindre des changements plus durables. Ceux-ci sont résumés dans la *Synthèse des Etudes par Pays* et dans le *Manuel d'élaboration de projets*.

La Conférence Internationale réunie à Nairobi (Kenya, Octobre 2000) a permis de conclure cette première phase du Projet et d'atteindre des conclusions pratiques. Elle a abouti à un ensemble de recommandations et à un Plan d'Action pour la période à venir, concernant plus particulièrement les points suivants :

- formation/sensibilisation des différentes catégories de parties prenantes en matière de prévention, de soins et de solidarité ;
- lancement de projets de terrain sur une base communautaire ;
- élaboration et expérimentation de formes adaptées d'éducation préventive, d'information par les médias et de communication directe avec les populations ;
- publication des résultats, diffusion et échange d'information ;
- coordination de l'action menée par les divers intervenants ;
- poursuite et approfondissement de la recherche en fonction des besoins identifiés.

II- Deuxième phase du projet (2000 – 2001)

La première année de la phase II du projet, marquée par la nécessité de passer de la recherche à l'action, a donné lieu aux activités suivantes :

Deux ateliers sous-régionaux de formation ont été organisés en collaboration avec le Collège itinérant africain pour la culture et le développement, les institutions nationales spécialisées et les Commissions nationales pour l'UNESCO.

Le premier atelier s'est tenu à Kampala, Ouganda (8-12 mai 2000) pour la sous-région d'Afrique de l'Est. Il a réuni 80 participants.: outre l'Ouganda, les pays suivants avaient été invités : Djibouti, Erythrée, Ethiopie, Kenya, Tanzanie.

Le second atelier, organisé également dans le cadre du projet conjoint UNESCO/ONUSIDA, en collaboration avec le Collège Itinérant Africain pour la culture et le développement, l'Institut égyptien de la planification nationale et la Commission nationale égyptienne pour l'UNESCO, à l'intention des pays africains arabes a eu lieu en Egypte (Le Caire, 20-24 mai

2000). Il a réuni 31 participants originaires des pays suivants : Algérie, Egypte, Libye, Tunisie.

Deux projets expérimentaux ont été également menés au cours de l'année 2000 :

- la version indienne du manuel méthodologique général sur l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA (Indian Handbook). La finalisation de ce document est en cours ;
- au niveau local un premier projet pilote a été lancé à Kampala, Ouganda, pour tester les résultats et les propositions de la Phase I du Projet (évaluation et recherche).

En troisième lieu, quatre manuels pratiques ont été réalisés ou entrepris sur les sujets suivants :

- communication culturellement adaptée pour le changement des comportements (information/éducation/communication)- élaboration et transmission des messages,
- élaboration de stratégies et de politiques ;
- préparation, réalisation et évaluation de projets ;
- travail de terrain et projets locaux.

Pour l'année 2001, les activités suivantes sont en cours de préparation ou prévues :

- **Ateliers de formation :**

- atelier sous régional pour l'Afrique du Nord Ouest, en vue de former des responsables de la prévention et de la prise en charge à l'utilisation de l'approche culturelle (Fez, Maroc, 30 Mai- 3 Juin 2001) ;
- atelier sous régional de formation sur le même sujet pour les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale (Dakar, Sénégal, août 2001).

D'autres réunions sont prévues ou envisagées :

- au Vietnam, atelier national de sensibilisation, centré sur les liens entre le VIH/SIDA et l'usage de drogues par injection, en coopération avec l'Agence spécialisée des Nations Unies (UNDCP) ;
- en Inde, si possible, atelier d'experts pour évaluer les résultats et applications du Indian Handbook.

- **Publications et information**

- neuf évaluations nationales sont déjà publiées en anglais et/ou français pour les pays suivants : Ouganda, République dominicaine, Zimbabwe, Cuba , Jamaïque, Thaïlande, Malawi, Afrique du Sud, Angola ;
- la nouvelle version, enrichie de nombreux exemples, du rapport de synthèse des études nationales, sur les tendances communes, les diversités, les enseignements attirés et les propositions méthodologiques ;
- les Actes de la Conférence internationale de Nairobi sur les conclusions attirées de la première phase du projet et les nouveaux développements à mettre en œuvre ;
- les Actes de l'atelier sous régional de formation de Kampala ;
- les manuels pratiques, mentionnés ci-dessus, concernant les méthodes à utiliser pour appliquer l'approche culturelle dans l'élaboration ou la révision des stratégies, politiques, projets, le travail de terrain, la communication et l'éducation préventive concernant le VIH/SIDA.

Enfin une évaluation nationale des politiques menées et de la situation actuelle au Botswana a été lancée.

Claude FABRIZIO
UNESCO Consultant
Paris, France

***L'APPROCHE CULTURELLE ET LE VIH/SIDA : RISQUE,
VULNERABILITE, PREVENTION / SOLIDARITE ET REDUCTION DE
L'IMPACT***

Comme l'a souligné l'ONUSIDA, la réponse à l'épidémie à tous les niveaux nécessite un diagnostic préalable posé en termes clairs. Le risque proprement dit et la vulnérabilité qui en constitue l'environnement sont les deux grands défis à reconnaître dans toutes leurs manifestations afin de rechercher des solutions viables. Le développement de systèmes de prévention et de solidarité appropriés et l'atténuation de l'impact de l'épidémie dans tous les domaines représente des problèmes clés au niveau des stratégies, des politiques, des projets et du travail de terrain.

Ces problèmes doivent être analysés en détail, séparément et dans leurs interactions, en prenant scrupuleusement en compte leurs déterminants et effets socio-économiques, sociétaux et culturels, quel que soit le niveau d'action considéré. Ils doivent être reflétés dans l'évaluation de la situation actuelle concernant l'action institutionnelle et la réponse appropriée à apporter en termes de stratégies nationales, d'initiatives régionales et de réponse locale.

1- Le risque

Les comportements à haut risque proprement dits sont directement liés au contact physique entre des gens infectés et non infectés. Ce constat vaut pour toutes les situations et régions considérées. Néanmoins ces comportements diffèrent de façon significative en fonction des différents contextes.

- l'infection est avant tout liée aux relations sexuelles à risque, hétérosexuelles, bisexuelles ou homosexuelles. Le risque est aggravé par certaines pratiques sexuelles : la multiplicité des partenaires sexuels successifs, les relations sexuelles passagères, la violence sexuelle et la prostitution. Il est aussi lié à d'autres maladies sexuellement transmissibles, passées, simultanées ou confondues avec le VIH/SIDA ;
- la transmission mère/enfant apparaît comme un autre risque majeur, pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou du fait de l'allaitement au sein. Ce dernier représente la moitié de ces cas d'infection, surtout pour les femmes qui ont de nombreux enfants et conservent l'habitude d'allaiter leur nourrisson. Ce risque est, d'autant plus grand que, très fréquemment, la disponibilité en lait pasteurisé pour les bébés est insuffisante voire inexistante.

- l'usage croissant des drogues intraveineuses avec des aiguilles infectées, le partage des seringues et la consommation simultanée de drogues et d'alcool sont aussi des causes d'infection importantes ;
- la contamination peut se faire également par le sang : transfusion de sang contaminé, saignements liés aux bagarres et à la violence sexuelle, rituels d'échanges de sang, excision, circoncision, tatouage, piercing faits sans précautions d'hygiène. Toutefois, des recherches récentes montrent que la circoncision masculine peut diminuer les risques de contamination sexuelle.

Les questions posées par l'identification de ces différentes situations à haut risque sont également d'une nature plus sociétale et culturelle.

- prise de conscience personnelle, familiale et communautaire du risque et, en conséquence, choix de rapports protégés, abstinence sexuelle, fidélité/sincérité dans le couple ;
- acceptation et reconnaissance publique du risque et de ses implications par le groupe, la communauté, la société ou les pouvoirs publics, par opposition au silence et à la dénégation.

2- Vulnérabilité

La recherche épidémiologique récente n'accorde que peu de place aux facteurs sociaux, économiques et culturels qui influencent les comportements vis-à-vis du risque. Les conditions économiques et sociales ainsi que les caractères sociétaux et culturels spécifiques doivent être analysés tour à tour, aux différents niveaux puis comme ensembles imbriqués de causes et d'effets.

a) Conditions socio-économiques

L'analyse de ces conditions doit se faire à deux niveaux :

- niveau macro : crise économique, mondialisation, développement des transports et communications à longue distance, internationalisation des marchés dans tous les domaines, y compris la drogue et la prostitution, perturbations de l'environnement, guerres, déplacements des populations, migrations internationales, tourisme de masse ;
- niveau micro : pauvreté, chômage, conditions de logement, insuffisance de l'accès aux soins de santé et à l'éducation, exode rural, violence urbaine.

b) Etat et évolution des références culturelles et sociétales

Tout en gardant à l'esprit l'aspect multiforme de beaucoup de références culturelles, on peut constater que certains aspects des cultures locales induisent des comportements à risque, d'autres manifestations entraînant au contraire des comportements de précaution, directe ou indirecte, liés à la conception des rapports humains et à l'observation de règles spirituelles et éthiques. On peut citer à cet égard :

- structures des sociétés nomades ou sédentaires, rurales ou urbaines ;
- déséquilibre dans les relations homme/femme et sous-estimation de la capacité des femmes en matière de continuité et de changement dans les conditions de la vie quotidienne.

- perspectives, difficultés et problèmes des jeunes ;
- contrôles social et familial stricts ;
- persistance ou effondrement des normes et systèmes de valeurs traditionnels ;
- représentations de la santé, de la maladie, de la vie et de la mort, du destin et de la responsabilité humaine ;
- prescription d'attitudes et de normes sexuelles qui font partie de certains rituels, traditions et croyances religieuses.

c) Environnement politique et social : dimension historique et actuelle

Même si elles ne sont pas directement liées aux aspects matériels et médicaux du risque, les conditions sociales et institutionnelles générales, au niveau national, ont un impact puissant sur l'ampleur et la faisabilité des politiques de prévention et de soin. Des problèmes plus spécifiques peuvent apparaître à cet égard :

- faiblesse de certaines structures décisionnelles et administratives ;
- défauts dans les processus de communication entre les pouvoirs publics et la population ;
- manque de coordination entre les centres de décision internes et externes ;
- poids excessif de la dette extérieure et des politiques d'ajustement structurel ;
- absence de prise en compte des besoins humains fondamentaux : alimentation, logement, revenu familial, santé, sécurité, dignité et éducation.

d) Identification des groupes vulnérables

De façon générale, la définition des groupes vulnérables doit prendre pleinement en considération la situation des populations dans le contexte global du développement : pauvreté, insécurité, conditions de vie inhumaines. A ce point de vue dans de nombreux pays, les pauvres, les femmes, les jeunes, les garçons et les filles non-scolarisés, les analphabètes, ainsi que, plus particulièrement, les enfants abandonnés, les réfugiés et les minorités, sont en situation de risque maximum. De façon plus précise, des groupes plus segmentés peuvent être définis.

Groupes culturellement déstabilisés :

- familles désintégrées ;
- sans emploi et chômeurs ;
- jeunes entraînés par les sous-cultures urbaines (violence, drogue, irresponsabilité sexuelle) ;
- réfugiés et personnes déplacés ;
- migrants nationaux et internationaux ;
- professions mobiles.

Groupes à haut risque:

- groupes et communautés marginalisés ;
- consommateurs de drogues, notamment par injection ;
- homosexuels ;
- travailleurs sexuels.

3- Prévention et solidarité

Pour faire face aux situations de risque et de vulnérabilité décrites ci-dessus, des stratégies et des politiques doivent être élaborées et mises en œuvre au niveau national dans les domaines suivants :

- politique de santé et de soins ;
- information/éducation/communication préventive pour la prise en charge médicale et le renforcement de la solidarité dans le cadre de politiques nationales adaptées ;
- suivi médical, social et psychologique pour les séropositifs ;
- dans le cadre des politiques sociales, prévision d'actions concrètes pour atténuer l'impact social de la maladie.

L'ampleur de ces politiques et l'importance des populations en situation d'éducation et de prise en charge, nécessite une action coordonnée, non seulement entre les pouvoirs publics nationaux, mais aussi, de manière plus précise, avec toutes les catégories d'acteurs impliqués :

- institutions de coopération internationales ;
- organisations non-gouvernementales, internationales, nationales et locales.

A cet égard, aucune politique n'atteindra le seuil d'efficacité si elle ne se complète pas de l'engagement de toutes ses composantes de la société. Les différentes catégories d'acteurs économiques, sociaux et culturels (mouvements sportifs et culturels, organisations patronales et syndicats, partis politiques, chefs communautaires traditionnels, guérisseurs, sages-femmes et, naturellement, communautés religieuses) sont des partenaires importants dans la mobilisation conjointe contre l'épidémie.

Bien entendu, les personnels médicaux et de santé à tous les niveaux sont des partenaires importants dans l'effort général pour développer les moyens de dépistage et les soins aux séropositifs et aux malades.

Une autre catégorie professionnelle impliquée concrètement dans l'éducation préventive est le personnel des médias, dans la presse écrite et l'audiovisuel, notamment la radio. La formation/sensibilisation de ces personnels aux implications culturelles de leurs tâches demeure encore largement insuffisante.

4- Atténuation de l'impact du VIH/SIDA

1- Impact économique

Les taux élevés de morts par le SIDA dans les principaux secteurs d'activité de la population adulte, surtout à l'âge, où ils fondent leur propre famille et s'engagent dans la vie productive, ont un effet dévastateur sur presque tous les aspects de la vie sociale et économique. Alors qu'il est difficile de mesurer avec précision l'impact du virus au niveau national dans la plupart des pays, une information abondante existe sur les effets désastreux, directs et indirects, de l'épidémie sur les ménages comme dans les secteurs public et privé de l'économie.

Mais les politiques de réduction de l'impact de la maladie ne doivent pas se limiter exclusivement aux ruptures économiques qu'elle entraîne en matière de main d'œuvre et de baisse de la production. Le secteur de l'éducation est également très touché par la maladie. Les enseignants dont le nombre est déjà insuffisant pour faire face aux classes surchargées et

les enfants et adolescents non scolarisés sont décimés par le virus. Il en va de même pour les nouvelles générations de spécialistes qualifiés dans les autres secteurs du développement.

2- Impact social

La réduction de l'impact social de la maladie est également un défi majeur pour le développement et les politiques d'aide sociale. Le soutien aux femmes abandonnées ou veuves, qui ne peuvent plus fournir le minimum de soins à leurs enfants, la solidarité à l'égard des orphelins du SIDA et, plus largement, des enfants et jeunes abandonnés dans la rue, ajoutent un fardeau supplémentaire à des budgets publics nationaux souvent fragiles et peuvent imposer des révisions budgétaires importantes.

3- Impact sociétal et culturel

L'impact sociétal et culturel de l'infection et de la maladie peut aboutir à un effondrement général des énergies et des espoirs dans la lutte contre le virus, chez les séropositifs et dans leur entourage. Le tabou proprement dit, et la loi du silence largement répandus peuvent entraîner des effets désastreux, soit pour la personne infectée, soit pour sa famille, en cas de révélation de l'infection. Stigmatisation et rejet ont été observés en de nombreux endroits, surtout dans les zones rurales et les populations les plus pauvres. En outre, il est fréquent que les personnes infectées n'osent pas mettre au courant de leur séropositivité leur conjoint ou leurs partenaires sexuels ou affectifs. A l'inverse, certains n'accordent pas l'attention nécessaire au fait que leur l'infection est transmissible à chaque contact sexuel.

Au niveau gouvernemental, dans la première phase de l'épidémie du moins, hésitations et dénis ont été constatés dans la reconnaissance de l'étendue et de la gravité du problème .

Le caractère pressant de cette situation nécessite évidemment une action urgente, mais celle-ci doit se développer selon des approches différentes. Pour les populations, même s'il est impératif de rompre le silence, cela doit se faire avec le respect nécessaire de leurs normes sociétales et culturelles et aussi de leurs droits humains fondamentaux. En outre, il peut exister des malentendus importants à propos de la langue et du vocabulaire utilisés en matière de sexualité. Ceci peut conduire des agents de prévention et de soin extérieurs à la population à croire que les femmes ignorent leur fonctionnement physiologique et, en conséquence, à agir de façon inappropriée.

Cheikh Ibrahima NIANG
Institut des Sciences de l'Environnement
Université Cheikh Anta Diop,
Dakar, Sénégal.

LA CULTURE ET SON IMPACT SUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA : ETUDE DE CAS SUR L'EXPERIENCE SENEGALAISE

Introduction

Le fait que l'épidémie du VIH/SIDA touche sévèrement l'Afrique au Sud du Sahara est de nos jours largement documenté (Caldwelk J.C, 1993 ; ONUSIDA, 2000). Selon les statistiques de l'ONUSIDA, l'Afrique au Sud du Sahara regroupe à elle seule plus de 70 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde. Pour la seule année 2000, 3.200.000 des individus y ont été nouvellement infectés et 2.400.000 sont morts du SIDA. Le taux d'infection moyen pour les pays d'Afrique sub-saharienne était estimé à 8,57 % avec des chiffres particulièrement élevés dans les pays comme l'Afrique du Sud, le Zimbabwe, le Botswana, la Côte d'Ivoire (ONUSIDA, 2000).

En relation avec le développement de l'épidémie, la situation des enfants africains est particulièrement cruciale : 80 % des enfants vivant avec le VIH/SIDA dans le monde sont africains. Il y a également dans plusieurs pays africains, une massification du nombre d'enfants orphelins du SIDA. Ainsi, par exemple, en Ethiopie, le nombre cumulé d'orphelins du SIDA était estimé en 1999 à 1.200.000 ; en Côte d'Ivoire, ils est de l'ordre de 420.000 ; en Ouganda, 1.700.000 et au Zimbabwe, 900.000 (ONUSIDA, 2000) . L'US Census Bureau prévoit qu'en 2010, les enfants orphelins du SIDA vont constituer jusqu'à 25 % de la catégorie d'âge des moins de 15 ans dans au moins 8 pays d'Afrique au Sud du Sahara.

Des travaux rendent compte de l'impact de l'épidémie du SIDA sur la situation démographique et socio-économique des pays africains. Dans certains cas, on a enregistré une remise en cause des efforts menés jusque là dans sens de la réduction de la mortalité infantile. Dans d'autres cas, c'est l'espérance de vie qui a enregistré un net recul. Les travaux rendent compte également de changements au niveau de la structure démographique économique (réduction de la proportion d'adultes, augmentation des dépendants), ainsi que d'une augmentation du stress et des travaux effectués par les femmes ou d'un appauvrissement des communautés. L'impact du SIDA sur les économies et sur l'allocation des ressources des Etats a aussi été analysé dans plusieurs travaux (World Bank, 1997, Ainsworth et als, 1994 ; Over M., 1992 ; Anderson P., 1991 ; The World Bank, 2000). De manière générale, ces travaux indiquent que l'épidémie du VIH/SIDA hypothèque très fortement le développement des pays africains. La survie du développement dépend, de ce fait, de la réussite à faire face et à triompher de cette pandémie.

Plusieurs modèles de changement de comportement ont été mis à profit pour orienter les interventions contre le VIH/SIDA. Parmi ceux-ci on peut noter : le modèle de croyance de la

maladie (Health Belief Model), la théorie de l'action raisonnée, l'apprentissage social et les théories cognitives, le modèle de réduction des risques du SIDA, le marketing social...

L'efficacité de ces modèles semble avoir été fortement remise en cause en Afrique, en égard aux progrès enregistrés par le VIH/SIDA. L'influence de la culture occidentale (notamment la place centrale accordée à l'individu) sur ces modèles est souvent évoquée pour rendre compte de leurs insuffisances. C'est la raison pour laquelle de nouveaux cadres de communication commencent à être mis en chantier. On peut citer en exemple celui élaboré par ONUSIDA/PENNSYLVANIA. Ce cadre met l'accent sur les domaines d'analyse suivant :

- le domaine du politique ;
- les conditions socio-économiques ;
- la culture ;
- les relations de genre ;
- la spiritualité.

Il apparaît ainsi plus nettement, la nécessité de prendre en compte le contexte culturel de l'épidémie et les ressources que les cultures locales peuvent mobiliser pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Il existe cependant des pays qui font exception au constat quasi-général de la situation particulièrement alarmante du SIDA en Afrique. C'est le cas notamment du Sénégal. En effet, les données statistiques depuis le début de la pandémie du VIH/SIDA, et pratiquement toutes les estimations en la matière indiquent que le Sénégal est un pays où le niveau d'infection par le VIH/SIDA est à la fois faible et stable (US Bureau of Census, 1987; ANDERSON, R. M. *et al*, 1991; MEDA, N. 1998).

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cet état de faits. Des facteurs biologiques ont été évoqués à certains moments, pour suggérer que l'infection préliminaire par le VIH2 (qui a été longtemps prédominante au Sénégal) pourrait conférer une protection approximative contre une infection par le VIH1 (MBOUP, S., 1996). Mais, du fait de l'importance du VIH2 dans des pays africains où l'épidémie du SIDA est en très nette progression (Guinée Bissau, par exemple), cette hypothèse biologique ne semble pas expliquer, totalement, la situation épidémiologique du Sénégal.

Dans le même ordre d'idées, la présence de facteurs socioculturels spécifiques a été envisagée comme hypothèse pour rendre compte de la faiblesse des taux de prévalence du VIH/SIDA (ONUSIDA, 1999). Ainsi, l'universalisation de la circoncision masculine et le poids démographique de la religion musulmane (près de 94 % de la population) et divers mécanismes de contrôle social de la sexualité ont été analysés comme facteurs explicatifs des données épidémiologiques. Mais à ce niveau également, compte tenu de la présence de ces mêmes facteurs dans des pays où l'épidémie du SIDA connaît une nette progression, on peut estimer que les hypothèses socioculturelles n'expliquent pas totalement à elles seules la faiblesse et la stabilité des chiffres du VIH/SIDA au Sénégal.

Au bout du compte, dans la mesure où ni les hypothèses biologiques ou socioculturelles n'expliquent pas totalement la situation épidémiologique du Sénégal, il devient opportun d'étudier les réponses que le Sénégal a mises en œuvre pour faire face à la pandémie du SIDA. D'ores et déjà, une hypothèse importante peut découler d'une analyse de ces réponses. Il s'agit de l'efficacité liée à la construction sociale et culturelle des réponses du Sénégal

contre le VIH/SIDA. Une étude commanditée par l'ONUSIDA présente à ce propos, des résultats de recherche dont est inspirée cette présente communication.

1. LA SITUATION DU VIH/SIDA ET SON CONTEXTE

1.1. Une prévalence faible et stable

Selon les compilations réalisées par MEDA (1998), la séroprévalence du VIH n'a que faiblement oscillé de la fin des années 1980 à la fin des années 1990. Et ceci quel que soit le groupe cible considéré.

Tableau 1 : Evolution de la séroprévalence du VIH dans 3 groupes cibles à Dakar

Années	Séroprévalence chez les prostituées	Séroprévalence chez les femmes enceintes	Séroprévalence chez les patients de MST
1989	5,5	1,1	4,5
1990	12	1,2	1,8
1991	10,4	1,1	2,7
1992	11,7	0,2	4,4
1993	16,9	1,1	6,1
1994	16,5	0,4	3,7
1995		1,3	4,5
1996	17,8	0,3	2,6
1997	16,7		
1998	15		

Source : Bulletin épidémiologique du VIH/SIDA

Comme on peut le constater, l'augmentation du taux de séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes à Dakar (la capitale du Sénégal) a été relativement faible au cours de la période de 1989 à 1996; la prévalence au sein des hommes souffrant de maladies sexuellement transmissibles, elle, se situait entre 1,8% et 6,1% au cours de la même période; chez les prostituées, si le taux d'infection a enregistré une forte augmentation au début de l'épidémie, il apparaît par contre stable à partir de 1993 (MEDA *et al*, 1998).

Par ailleurs, si on se réfère aux données spécifiques du VIH1, on relève que la prévalence du VIH1 chez les femmes enceintes à Dakar a pratiquement tourné autour de 1% ou moins au cours des années du début de l'épidémie à l'année 1998. En dehors de Dakar, la prévalence chez les femmes enceintes est restée aussi faible allant de 0 à 8% pendant la période 1986-1998. Cependant, dans des régions à forte densité de flux migratoires en direction de l'Afrique australe et de l'Afrique centrale, on note des taux de prévalence beaucoup plus élevés (DECOSAS, *J et al*, 1995). La prévalence du VIH1 chez les prostituées à Kaolack et à Ziguinchor a aussi connu une augmentation qui a atteint le taux de 20% en 1998.

De manière globale, la prévalence, tant au niveau de la population générale qu'à celui du groupe à risque, est considérée comme étant faible si on s'en tient aux estimations de 1999.

Tableau 2 : Prévalence du VIH au Sénégal (estimation 1999)

Population générale	1,43%
Zone urbaine	1,2%
Femmes enceintes	1,2%
Malades de la tuberculose	10%
Patients MST	3%
Professionnelles du sexe	20%
Prévalence hospitalière	15%
Population carcérale	3%

Source : ONUSIDA, 2000 (A)

La faiblesse des taux de prévalence du VIH au Sénégal apparaît très nettement si on compare la situation du Sénégal avec celle de la plupart des pays de l'Afrique au sud du Sahara, comme l'indiquent les données provenant des estimations de l'US Bureau of Census .

Tableau 3 : Estimation de la séroprévalence dans quelques pays africains

Pays	Prévalence au sein de populations à faible risque dans la capitale	Prévalence au sein de populations à fort risque dans la capitale
Angola	3,4	19,4
Botswana	43	60,4
Burkina Faso	7,7	28,6
République Centre Afrique	11,7	27,9
Côte d'Ivoire	12,1	60
Ethiopie	17,6	73,7
Guinée	1,5	36,6
Guinée Bissau	2,6	-
Mali	2,5	42,1
Nigéria	6,7	30,5
Sénégal	0,4	6,1
Zimbabwe	28	86

Source : US Census Bureau, HIV/AIDS Surveillance Data Base, 6 /2000 Update.

Comme on peut l'observer, par rapport aux capitales sélectionnées dans différentes sous-régions de l'Afrique subsaharienne, la capitale du Sénégal a les estimations les plus faibles concernant aussi bien la prévalence au sein de la population à faible risque que celle au sein de population à fort risque d'infection par le VIH.

Dans le même ordre d'idées, on note que le nombre de cas de VIH/SIDA déclarés par an est relativement faible. On a relevé 6 cas en 1986, 156 en 1990, 144 en 1999. Les progressions notées pour le nombre de cas de VIH/SIDA déclarés par an ont été surtout enregistrées pour les années 1986-1988, 1992-1994, 1996-1997, bien que, d'une manière générale, ce nombre reste relativement faible.

1.2. Le contexte socio-culturel

Le Sénégal est un pays d'Afrique occidentale avec une superficie de 196.722 km². En 2000, sa population était estimée à 9.200.000 habitants. Il existe une dizaine de groupes ethniques dont les principaux sont : les Wolof (42%), les Pël et les Tukulër (23%), les Sereer (14%), les Joola (5%), les Manding (4%) et les Soninke (près de 2%). Selon les estimations, les musulmans représentent 94% de la population, les chrétiens 5%, et les religions traditionnelles africaines 1%.

La religion musulmane, prédominante au Sénégal, est un Islam de type confrérique. Les principales confréries sont celles des Tidianes, des Mourides, des Layènes et des Khadres. Pratiquement chaque musulman sénégalais entretient des liens d'appartenance ou d'allégeance quasi héréditaires avec l'une ou l'autre des principales confréries. Les différentes confréries ont, à leur tête, un guide (le Khalife général) et ont des corps hiérarchiques de chefs religieux intermédiaires. Les confréries ont leurs structures organisationnelles qui se retrouvent pratiquement dans toutes les localités du pays et fonctionnent, en même temps, comme de vastes réseaux de communication, de solidarité et de mobilisation sociale. Ainsi, les positions des Khalifes sur les questions de religion, de politique ou de santé peuvent avoir des échos considérables.

Le Sénégal est un pays pauvre avec un revenu par tête d'habitant inférieur à 600\$ US. Plus de 60% de la population vit en milieu rural et tire ses revenus de l'agriculture. La pêche et le tourisme sont les plus importantes sources du PIB. Le secteur informel connaît également une nette croissance.

Selon les statistiques officielles, au début de l'épidémie du VIH/SIDA, le Sénégal connaissait une situation économique assez difficile : le rythme de croissance du PIB avait connu une baisse de 3,8% par an entre 1976 et 1983, et de 2,6% par an entre 1984 et 1988 ; en 1994, cette baisse était de 2%. Mais, l'économie sénégalaise connaît, à l'heure actuelle, une relative embellie, avec un taux de croissance de 4,5% en 1995, de 5,2% en 1997 et de 6,2% pour 1998. Cependant, cette amélioration ne se traduit pas encore par une augmentation sensible du niveau de vie des couches populaires car plus de 50% des Sénégalais vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le chômage (celui des jeunes en particulier) reste important. La population du Sénégal est en grande partie analphabète: le taux d'analphabétisme touche 56,1% des femmes et 28,5% des hommes (DPS, 2000). Le taux de scolarisation est aussi faible, il est de 44% pour les filles et 53% pour les garçons.

Les statistiques laissent apparaître une croissance démographique importante. Le taux d'accroissement naturel de la population a été de 2,7% pour la période 1976–1988, avec un Indice Synthétique de Fécondité de plus de 6,5 enfants par femme. La prévalence des méthodes contraceptives modernes est passée de 2,4% en 1986 à 12% en 1997 (EDS III, 1997). Actuellement, il y a un léger infléchissement de la croissance démographique ; en 2000, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) était estimé à 4,8 enfants par femme. Cet infléchissement, généralement, est attribué à la tendance au recul de l'âge au mariage. Les dernières enquêtes récentes indiquent qu'il existe un recul sensible de la précocité des mariages observés surtout parmi les femmes instruites. Ainsi, l'âge au premier mariage est passé de 20,8 ans en 1992-1993 à 28,4 en 1997, chez cette catégorie de femmes. Il convient, cependant, de noter dans la majeure partie des cas, surtout en milieu rural, que la nuptialité des femmes reste précoce. En 1994, 50% des femmes avaient contracté leur premier mariage avant 17 ans (EDS II, 1994). Selon certains auteurs, la précocité de l'âge du mariage est

expliquée par la crainte de la perte de la virginité qui amène les parents à donner, assez tôt, les filles en mariage (DIOP N. J., 1993). On peut aussi relever que la polygamie occupe une place importante dans le système matrimonial car la moitié des femmes en union se trouve dans des ménages polygames (Charbit. Y. *et al*, 1985 ; NDIAYE. S. *et al*, 1994).

Une analyse sociale montre, par ailleurs, un contrôle de la sexualité qui porte surtout sur le refoulement de la sexualité pré-conjugale des jeunes filles dont le culte de la virginité au mariage ; les pressions en vue de l'universalisation du mariage et le mariage précoce constituent des aspects importants. Vis-à-vis de la femme mariée, le contrôle social de la sexualité vise essentiellement le respect de l'interdit de l'adultère; ce contrôle s'accompagne de la promotion du comportement sexuel considéré comme non suspect, et s'exprime, entre autres, par un réseau dense de surveillance sociale. Dans cet ordre d'idées, on peut remarquer que les références religieuses sont souvent utilisées comme les fondements spirituels et moraux sur lesquels se base le contrôle social de la sexualité.

Le renforcement des capacités de négociations sexuelles des femmes est présenté aussi, quelquefois, dans certains travaux, comme pouvant réduire les comportements sexuels à risque. De manière générale, au Sénégal, les rapports de genre restent très déséquilibrés en faveur des hommes ; mais on remarque, surtout cette dernière décennie, l'émergence d'un mouvement de fond très significatif animé par un grand nombre d'associations et d'organisations féminines. Ce mouvement revendique de meilleures conditions et une amélioration du statut de la femme. C'est dans ce sens que des lois ont été adoptées contre l'excision, la violence conjugale et le harcèlement sexuel. Dans cette optique, dans la mesure où, selon certains travaux, les inégalités et la violence contre les femmes accroissent leur vulnérabilité face au VIH/SIDA, on peut supposer que ce mouvement en faveur des femmes au Sénégal peut être versé parmi les facteurs favorables à la lutte contre l'épidémie.

Au bout du compte, on peut noter qu'au moment de l'apparition du VIH/SIDA, il y avait, à la fois, des facteurs de vulnérabilité, favorisant la propagation de l'épidémie, notamment ceux liés à la pauvreté et à l'analphabétisme, mais aussi des facteurs défavorables à l'épidémie tels le contrôle social de la sexualité et l'émergence de mouvements en faveur des femmes. On peut ajouter à ces facteurs d'autres données structurelles pouvant jouer un rôle important dans la mobilisation sociale contre l'épidémie, ce sont notamment :

- d'importants réseaux d'associations et de mouvements de jeunes particulièrement dynamiques dans les domaines de la vie sportive, culturelle et sociale. Il s'agit, entre autres, des ASC (Associations Sportives et Culturelles);
- un grand nombre d'associations féminines (traditionnelles ou modernes) dotées d'une grande capacité de mobilisation. Actuellement, le Sénégal compte plus de 6000 groupements féminins, avec 1.050.000 de femmes.

1.3. Indices de changement de comportement

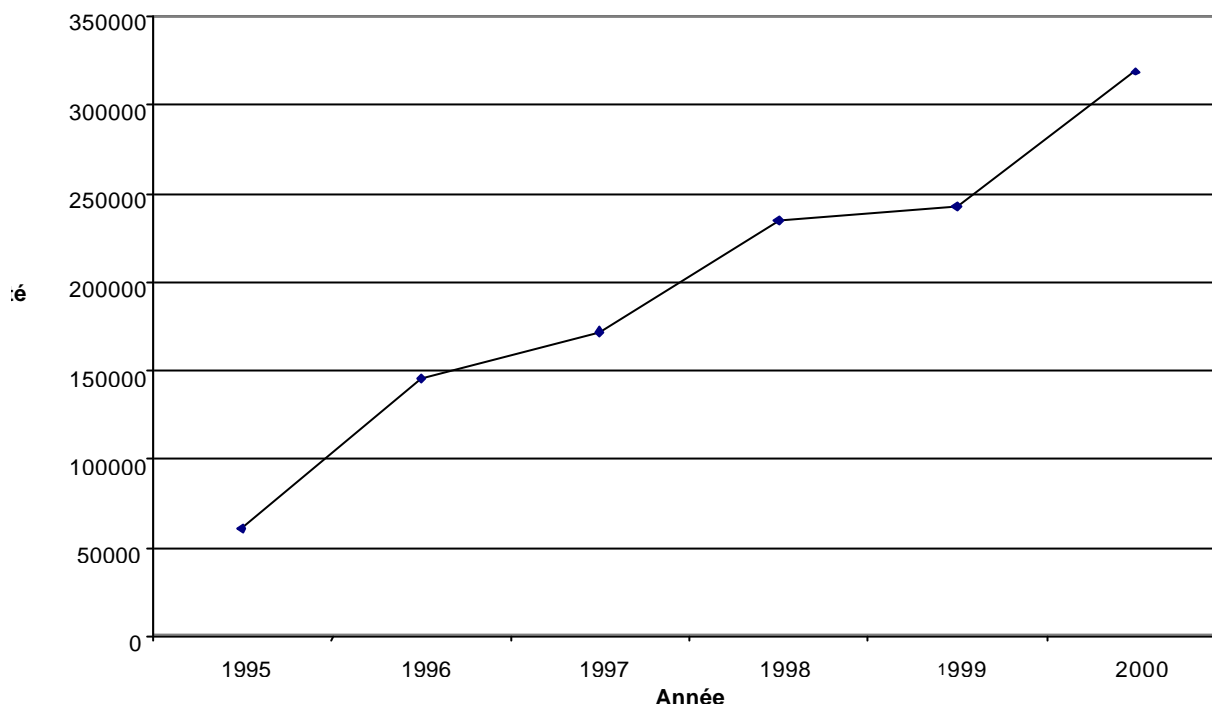
Dans le domaine des connaissances, attitudes et comportements concernant le VIH/SIDA, plusieurs enquêtes ont mis en relief une large connaissance de la maladie ainsi qu'une réduction des comportements à risque dans la société sénégalaise, vers la fin des années 90. Ainsi, l'enquête socio-comportementale, effectuée en 1997 par AIDSCAP/Sénégal avait établi les estimations suivantes :

- 90 % de la population ciblée par les interventions pouvaient identifier au moins deux moyens de prévention contre le VIH/SIDA ;
- entre 1993 et 1997, la proportion de la population qui affirme avoir eu des rapports sexuels avec au moins un partenaire occasionnel pendant les douze derniers mois avait diminué de moitié ;
- en 1997, 70 % des personnes enquêtées affirmaient avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel ;
- par rapport à 1993, les enquêtes de 1997 révèlent une augmentation de plus de 80 % du nombre de personnes qui affirment être capables de se procurer le préservatif ;
- entre 1993 et 1997, il y a également une nette augmentation du nombre de personnes qui se rendent dans les services de santé pour le traitement des MST.

Des enquêtes plus récentes indiquent que des comportements à moindre risque semblent être observés dans certaines catégories de la population. Ainsi, on note, dans les enquêtes de surveillance socio-comportementale, un pourcentage élevé d'élèves filles (90%) et d'étudiantes (79 %) qui reconnaissent n'avoir jamais eu de rapports sexuels ; des changements ont aussi été particulièrement notés chez les jeunes : 84 % des élèves garçons et des étudiants affirment avoir changé de comportement sexuel (avec une utilisation plus systématique du préservatif), 80 % des travailleurs affirment également avoir changé de comportement sexuel dans le même sens.

Dans le même ordre d'idées, on peut retrouver dans la littérature plusieurs indications tendant à confirmer de nets progrès dans l'utilisation du préservatif et dans la réduction du nombre de partenaires occasionnels. Une récente évaluation du principal préservatif vendu au Sénégal indique une courbe exponentielle des ventes entre 1995 et 2000, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 1 : Evolution des ventes de la marque de préservatif "Protec" 1995-2000



Source : Mbengue, S., 2001

La forte progression des chiffres de vente des préservatifs, telle qu'elle apparaît dans ce graphique, est confirmée par les données des enquêtes de terrain. Ainsi, les relais communautaires et les services de santé mentionnent une demande de plus en plus forte de préservatifs par divers groupes sociaux (routiers, jeunes, étudiants, travailleuses du sexe, etc.).

En général, la promotion du préservatif se fait dans le cadre de discussions de groupes, de séances d'animation communautaire ou d'autres formes d'activités collectives. Des supports sont souvent utilisés pour l'éducation au port du préservatif et souvent des distributions gratuites accompagnent les interventions communautaires. Mais, selon plusieurs informateurs, c'est la distribution ou la vente individuelle qui paraît être la plus efficace. Elle se fait dans la discrétion, dans le cadre des relations interpersonnelles aussi bien au sein des structures de santé, d'assistance sociale que dans le cadre des activités des relais communautaires.

Le succès dans la distribution du préservatif est décrit, dans la recherche menée par l'ONUSIDA comme étant une résultante d'une approche intégrant la discrétion (ONUSIDA, 2001). Le concept de « *sutura* » (pudeur, retenue ou discrétion en wolof) est décrit comme étant particulièrement intégré dans la communication relative à la connaissance et à l'accès aux préservatifs. On retrouve le concept dans les termes habituellement utilisés pour désigner les préservatifs. On parle de « chaussette », (*kawas*, wolof), ou même dans certains cas de « comprimé » pour ne pas avoir à utiliser les mots *préservatif* ou *condom* et *capote* qui sont, pourtant, connus. On peut citer, à cet égard, l'exemple de cette femme-relais dans une gare routière qui raconte :

« Quand le convoi de chauffeurs s'apprêtait à aller au Mali avec leurs apprentis, je les ai appelés un à un et j'ai dit que j'avais un « *sunguf* » (nourriture traditionnelle spéciale destinée

aux voyageurs) et leur ai remis à chacun un lot de préservatif. Maintenant, à chaque fois qu'il y a un convoi, ils viennent prendre leur « *sunguf* ».

Ceci pourrait expliquer l'échec relatif des expériences des kiosques de vente des préservatifs qui n'ont pas semblé attirer beaucoup de clients. On note, par ailleurs, des histoires réussies d'intégration de travailleuses du sexe dans la négociation du préservatif. Ainsi, à Kaolack, on cite le cas de groupes de travailleuses du sexe qui organisent les boycotts collectifs des clients qui veulent des rapports sexuels sans utilisation de préservatif. Non seulement elles diffusent en leur sein le signalement de cette catégorie d'hommes, mais, en plus, elles font la promotion d'un pacte d'honneur et de solidarité autour d'un engagement collectif à utiliser le préservatif ; la travailleuse du sexe qui aurait eu des rapports sexuels sans préservatif est alors considérée comme quelqu'un qui aurait trahi une décision collective.

On retrouve également des exemples réussis d'utilisation de préservatifs féminins avec l'intégration des femmes Lawbe dans la promotion de ces préservatifs. De manière générale, les formes de distribution du préservatif, qui semblent avoir réussi, sont celles qui utilisent les bases communautaires déjà existantes (structures de santé, boutiques, chambres à louer dans les cases foyers des groupements féminins, réseaux de relations des relais, etc). Dans ce cadre, plusieurs projets ont d'abord commencé à former les personnes qui se trouvent dans les lieux communautaires et qui seront chargées de la vente des préservatifs. C'est dans ce sens que s'est inscrit le projet ADEMAs dont la démarche de promotion du préservatif s'appuie d'abord sur une profonde connaissance de la population et associe la promotion du préservatif avec la continuation des actions d'information et d'éducation : « Il s'agit de connaître d'abord la cible, de respecter ensuite les valeurs socio-culturelles. Car les populations ont besoin de connaître, de se retrouver dans ce qu'on leur offre, de s'identifier à cela ».

2. La conception et la gestion des programmes

2.1. La rapidité de la réponse et l'esprit d'anticipation

Dans l'organisation de la réponse à l'avènement du SIDA, les structures concernées semblent s'être approprier du dicton Wolof qui dit « fagaru ba la ngay lakkale » (amasse tes effets – pour les évacuer- dès que tu vois l'incendie se propager). Ainsi, à l'inverse de ce qui s'est passé dans un certain nombre de pays africains où, pour des raisons relevant de l'image du pays à l'extérieur, de nécessités économiques ou de la « raison d'Etat », il y a eu des périodes plus ou moins longues de dénégation, au Sénégal, l'Etat a admis que le virus du VIH/SIDA était bien présent dans le pays dès que les premiers cas étaient connus en 1986.

La rapidité de la reconnaissance de la menace du VIH/SIDA par le gouvernement sénégalais résulte, d'une part, des efforts de plaidoyer effectués par les chercheurs, universitaires et responsables des programmes de lutte contre les IST et, d'autre part, de la disponibilité de ces autorités politiques à être à l'écoute des milieux scientifiques.

La reconnaissance rapide de la présence du VIH a enclenché un processus de construction d'une réponse institutionnelle sous la forme de la création, dès 1986, du Comité National Pluridisciplinaire de Prévention du VIH/SIDA (CNPS).

Le Comité National Pluridisciplinaire de Prévention du VIH/SIDA semble avoir pris en compte assez tôt la nature complexe de l'épidémie du VIH/SIDA qui nécessite le recours

combiné à plusieurs domaines de recherche ou d'intervention. Ainsi, la position officielle a été de ne pas faire du VIH/SIDA une question exclusivement du ressort des autorités médicales. C'est pourquoi le CNPS a, dès le départ, eu une composition pluridisciplinaire regroupant des responsables de programmes, des chercheurs et des acteurs provenant de divers domaines (médecins, biologistes, sociologues, membres des ONG et de la société civile, etc).

Dans le domaine de la sécurité transfusionnelle, très tôt, un des objectifs majeurs du PNLIS a été la réalisation de la «sécurisation du sang à 100% ». Le PNLIS s'était appuyé sur le fait que le Sénégal avait déjà accumulé une longue expérience de banque de sang (la première banque de sang avait été créée en 1943) et que des mesures de sécurisation avaient été renforcées au début de l'année 1978. Avec l'apparition du VIH/SIDA, le PNLIS a engagé les autorités médicales à s'assurer que les méthodes transfusionnelles pratiquées soient en accord avec les standards internationaux, le Code d'Ethique de la Société Internationale de Transfusion (SIT) et les recommandations et règlements de l'OMS. Dès 1987, le PNLIS avait mis en œuvre un programme de renforcement de la sécurité transfusionnelle.

En 1989, le PNLIS a également réagi assez rapidement pour mettre sur pied un système de surveillance sentinelle. A partir de 1997, le Sénégal a effectué une expérience pilote pour la mise en œuvre d'un système de surveillance socio-comportementale. En 2000, il a renforcé son système de surveillance par une méthode dite de seconde génération qui combine la surveillance biologique à la surveillance socio-comportementale.

Le même esprit d'anticipation se manifeste, par ailleurs, par le fait que le Sénégal avait engagé des ressources budgétaires et entrepris dès 1998 des négociations avec les compagnies pharmaceutiques pour réduire le prix des antirétroviraux et les rendre plus accessibles. Bien que le nombre de malades du VIH/SIDA ait été relativement faible, comparé à plusieurs pays africains, le Sénégal avait pris cette option de la disponibilité du médicament qui, selon le PNLIS, pouvait avoir des incidences bénéfiques sur les actions de prévention et celles d'encouragement au counselling-testing.

C'est dans cet esprit d'association de la prévention et du counselling, avec la prise en charge, que fut conçu un programme pilote concernant la transmission mère-enfant qui combine la prise en charge systématique de l'enfant de mère séropositive et la mise en place de dispositif d'accès au traitement pour la mère et son partenaire.

Sur un autre plan, la même logique de construction de réponses anticipées a conduit le PNLIS à adopter une démarche dynamique concernant les groupes cibles. Ainsi, très vite, on est parti des travailleuses du sexe, qui paraissaient être le groupe le plus vulnérable, pour cibler les autres groupes en situations de vulnérabilité : jeunes, femmes en situation de risque, migrants, militaires, etc (même si les données sur la prévalence du VIH/SIDA étaient faibles). Pour identifier ces groupes, le PNLIS s'est appuyé sur plusieurs recherches de type ethnographique menées pour identifier les groupes vulnérables et les contextes dans lesquels se trouvent ces groupes.

Dans les processus d'élaboration de stratégies et de programmes, le PNLIS s'appuie sur un corpus de résultats de recherche pluridisciplinaires (recherches épidémiologiques, recherches biologiques, études socio-comportementales, études d'impact, recherche d'intervention, recherche action, recherche opérationnelle, recherche situationnelle, etc). On note d'ailleurs, depuis le début de l'épidémie, que des activités de recherche ont été menées avec intensité.

Ainsi, par exemple, 249 communications ont été présentées dans les conférences mondiales sur le VIH/SIDA et les MST tenues de 1986 à 1998, 493 documents sur le VIH/SIDA au Sénégal ont été publiés de 1986 à 1994 (SARR, 1994). Le Sénégal a également réussi à mettre en place de bonnes bases de données documentaires partout concernant la recherche sur le VIH/SIDA. On peut à cet égard citer le Centre de Documentation de l'ONG Africa Consulting International (ACI) et le Centre d'Information et de Documentation du Réseau africain de Recherche sur le VIH/SIDA. Le soutien du PNLIS à la recherche se manifeste, entre autres, par la commande de travaux de recherche, l'établissement de contacts et de relations dans le cadre de la coopération internationale l'appui pour la participation aux rencontres internationales et pour la diffusion des résultats

Par ailleurs, dans un esprit communautaire et consensuel très familier dans le contexte culturel du Sénégal, on peut noter que le PNLIS a développé des relations de partenariat avec un grand nombre d'ONGs et d'associations, ou d'organisations de base. Ces relations ont été définies dans le cadre du « Programme VIH/SIDA » que ces ONG et associations partagent avec le PNLIS. La collaboration entre le PNLIS, les divers partenaires, et les ONG et associations prennent la forme d'échanges d'expériences, de mise en commun d'objectifs, de facilitation de contacts, d'assistance pour la réalisation de volet technique et matériel ou pour la formation et le recyclage sur le VIH/SIDA, la conception et la production de documents et supports.

Dans le domaine de l'exécution, les responsables au niveau de la région médicale et des districts des services de l'Education pour la Santé (EPS) sont souvent les chevilles ouvrières des interventions à base communautaire. Ils mènent des activités polyvalentes et multisectorielles. C'est par eux que passent pratiquement tous les projets et les programmes, pour effectuer les contacts initiaux avec les populations, impliquer les organisations communautaires, recruter les relais, organiser les interventions. Les responsables de l'Education pour la Santé ont généralement des connaissances très poussées des cultures locales et des tissus de relations communautaires qu'il faut mobiliser pour la réussite des interventions. Ils connaissent aussi pratiquement tous les projets qui interviennent dans leurs zones.

On note sur le terrain qu'il y a souvent très peu d'évaluations quantitatives et de mesures des impacts des interventions. Les évaluations les plus fréquentes sont des évaluations participatives à base communautaire : ce sont les acteurs et les bénéficiaires qui indiquent eux-mêmes qu'est-ce qui a marché, qu'est-ce qui n'a pas marché, comment ils l'expliquent et construisent de nouvelles solutions. Ces formes d'évaluation ont cependant souvent l'avantage de pouvoir introduire, rapidement, les changements adaptés aux réalités du terrain. Dans une très large mesure, elles sont perçues par les communautés de base comme reprenant les formules traditionnelles de discussions communautaires.

3. Stratégies culturellement appropriées

3.1. La construction du dialogue avec les leaders politiques et religieux

Les autorités politiques, au niveau le plus élevé, (ministres, Chef de l'Etat) ont été sensibilisées par des contacts et des démarches de lobbying effectuées par les chercheurs et les responsables de programmes. Mais ce niveau à lui seul ne semble pas avoir suffi pour asseoir et consolider les réponses prises pour faire face à l'épidémie ; il a été important

d'impliquer les multiples maillons et niveaux autonomes ou intermédiaires de l'Etat et de la société civile. Cette démarche ou dialogue politique fut mise en œuvre dès 1987.

Le dialogue politique se définit comme un processus d'information, de sensibilisation et de négociation pour l'implication dans la lutte contre le VIH/SIDA de personnes reconnues comme leaders, guides ou responsables dans leur communauté ou dans la société. Ses objectifs étaient :

- de construire un consensus dynamique et des relations fructueuses et harmonieuses entre, d'un côté, les acteurs politiques et les leaders d'opinion (leaders communautaires, guides, organisations, gouvernement) et, d'un autre côté, les acteurs intervenant dans la conception et la mise en œuvre des stratégies, des programmes et des actions de lutte contre le VIH/SIDA ;
- de renforcer les capacités des acteurs politiques et des leaders pour leur implication dans la lutte contre le VIH/SIDA.

L'approche pour la mise en œuvre du dialogue politique est basée sur des études dont l'objet est de mettre en lumière les connaissances et attitudes des leaders politiques, communautaires et religieux, et d'évaluer leur prédisposition à s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA. Une idée forte du dialogue politique suppose que pour parvenir à des profonds changements de comportement dans la communauté, un consensus pouvait reposer sur les articulations suivantes et permettre une large diffusion et un profond enracinement des messages de prévention :

- les leaders d'opinion et les leaders politiques permettent une grande mobilisation sociale ;
- les agents de santé donnent l'information scientifique de base et en garantissent la fiabilité ;
- les leaders religieux renforcent la crédibilité des messages et enracinent l'adhésion des populations.

Dans la construction du dialogue politique, le PNLIS se base sur la spécification et la diversification des demandes de services en fonction du type de leader. Il était important d'éviter les confusions de genre, et de demander à chaque type de leader ce qu'il peut faire le mieux. Les religieux, par exemple, sont sollicités pour parler de l'abstinence ou de la fidélité, alors que les parlementaires peuvent intervenir en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA au moment du vote du budget de l'Etat.

Dans les phases initiales du processus de construction du dialogue politique, le PNLIS a associé les leaders à toutes les étapes (conception, exécution, suivi des activités). Une démarche de proximité fut privilégiée : se servir de tous les réseaux de relations formels ou informels (réseaux de parenté, réseaux religieux, réseaux professionnels, réseaux affectifs).

Dans la relation à la religion, il était important d'éviter de s'aliéner les pouvoirs religieux ; mais, par la négociation, faire en sorte que la religion soit un allié précieux dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ainsi, entre l'autorité religieuse et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, il a été nécessaire d'établir un consensus sur l'utilisation du préservatif. Ce consensus n'a pas abouti au soutien des autorités religieuses à la diffusion du préservatif, mais il a évité « une guerre contre le préservatif » ; la spécificité de leur discours était d'insister

surtout sur la fidélité et l'abstinence basées sur des préceptes religieux. Les discours non religieux, qui font la promotion du préservatif, sont apparus comme offrant des options complémentaires pour les individus qui ne peuvent pas s'en tenir exclusivement aux préceptes religieux. Un autre point de consensus a été l'engagement des leaders religieux à lutter pour la prise en charge des malades du VIH/SIDA. L'accès au traitement fut très tôt revendiqué dans les colloques VIH/SIDA et religion comme un impératif découlant des convictions religieuses.

3.2. La primauté des interventions à base communautaire

Un des traits marquants des orientations, des stratégies et des activités de prévention est certainement l'approche communautaire dans laquelle se situent ces stratégies et ces activités. Généralement, les interventions cherchent surtout à prendre pour cibles les communautés, les groupes ou les populations ; dans les cas où les individus sont visés, ils le sont le plus souvent à travers les relations sociales ou communautaires dans lesquels ils s'intègrent. Cette approche conduit à l'instauration de dialogues et d'interactions dynamiques entre les projets de recherche ou d'intervention, et les communautés ou les groupes ciblés.

Très souvent, l'analyse des activités de sensibilisation à base communautaire révèle une grande pluralité de formes : des activités continues ou ponctuelles, discrètes ou spectaculaires, touchant peu de monde à la fois ou touchant simultanément un grand nombre, etc.

3.3. Le « débordement de la cible »

Quand on fait l'analyse des processus d'intervention, on peut se rendre compte que dans plusieurs cas, on semble être parti de certains groupes bien ciblés, tels les travailleuses du sexe, pour intégrer, très vite, tous les groupes qui pourraient soit être en relation avec les groupes identifiés au départ, soit être dans des situations de vulnérabilité : jeunes, femmes, migrants etc.

On peut, aussi, se rendre compte que, pratiquement, à aucun moment une intervention ne s'est limitée à une cible unique. Chaque fois, à partir du groupe initial, on a intégré les autres groupes qui étaient en relation avec lui ou qui partageaient des conditions similaires de vulnérabilité. Ainsi, dans les écoles, on a ciblé les enseignants puis les élèves ; ceux-ci ont, à leur tour, ciblé leurs parents. L'association AWA avait au départ ciblé les travailleuses du sexe officielles, puis a intégré leurs clients ou partenaires. Ensuite elle a intégré les travailleuses du sexe clandestines et enfin s'est élargie aux femmes dans la communauté et aux hommes intéressés par la lutte contre le VIH/SIDA. On peut aussi retrouver « ce débordement de la cible » dans les activités de la SWAA en milieu de travail, que ce soit dans les sites industriels ou dans les marchés.

3.4. L'identification des niches socio-écologiques

On retrouve dans plusieurs interventions la mise en œuvre de démarches visant à toucher tous les groupes sociaux présents dans des milieux ou des contextes qui présentent des situations de vulnérabilité. On peut, ainsi, noter l'exemple des « Nuits du SIDA » organisées à Tambacounda. Au cours de ces nuits, des responsables des EPS et des volontaires visitent tous les bars et les dancings de la ville pour y mener des causeries et des actions de sensibilisation, et procéder à la distribution de préservatifs. Dans ce cas, ce ne sont pas

seulement les travailleuses du sexe qui sont visées, mais, aussi, leurs clients, le personnel des bars et dancings, ainsi que les clients de ces espaces de loisirs.

On peut aussi citer l'exemple des interventions de l'ONG Femme Développement Entreprise en Afrique (FDEA) dans les marchés de Dakar et de Kaolack (1994-1996). Ces interventions avaient ciblé les femmes Sereer qui mènent diverses activités dans les marchés ou aux alentours de ceux-ci (vendeuses, pileuses, lavandières, etc.). Il s'agit d'un groupe très vulnérable en raison de sa forte mobilité, de la forte prévalence de l'analphabétisme, de la précarité de ses conditions d'existence (certaines de ces femmes dorment dans les marchés) et des harcèlements ou de la violence sexuelle dont elles sont l'objet. En outre, ces femmes manquent souvent de temps ou n'ont pas les moyens pour suivre l'information (radio, télé) ou participer aux séances d'IEC dans les quartiers.

Un autre exemple peut être illustré par les interventions menées par l'UGAPS (Union des Groupements Agropastoraux pour la Promotion Sociale) en direction des propriétaires de gargotes, de leurs employés et clients à Koungheul. Ces espaces avaient été identifiés par la recherche ethnographique comme ayant de fortes concentrations de risques de rapports sexuels non protégés.

3.5. L'implication des femmes dans la lutte contre le VIH/SIDA

La lutte contre le VIH/SIDA s'est très puissamment appuyée sur la mobilisation des femmes à travers plusieurs formes d'organisation.

1. Il y a d'abord les vastes réseaux de groupements féminins de production ou de promotion, les réseaux d'associations et de fédérations d'associations féminines modernes qui ont bénéficié de formations de formateurs ou de formations de relais. Une responsable de groupement féminin à Saint-Louis raconte :

« Notre groupement a mené des actions pour sensibiliser les gens du quartier et leur dire que le VIH/SIDA existe. Nous avons commencé à associer le chef de quartier à nos activités, puis nous avons mené des causeries et des projections de films avec le concours des responsables régionaux du Service de l'Education pour la Santé ; d'ailleurs, ces derniers passaient par nous pour mobiliser les femmes. Nous avons pu par la suite bénéficier du soutien de l'ANCS et d'autres ONGs. Nous célébrons également les journées et semaines nationales et nous avons participé à la Marche Mondiale des Femmes. Au départ, le Ministère de la Femme nous avait donné 5 millions de francs, du matériel pour l'agriculture, et des congélateurs, nous avons mis en place un restaurant qui fonctionne. Nous avons des activités aussi diverses que la teinture, la transformation des fruits et légumes, la couture, la location de chaises, bâches, tables, bols ou matelas ; nous louons aussi, quelquefois, nos locaux (une belle villa) aux touristes, à raison de 7.000 F la nuitée. Avec ces sources de revenus, nous parvenons à maintenir et à faire travailler nos relais dans la lutte contre le VIH/SIDA ».

2. Les femmes se sont également mobilisées à travers leurs associations traditionnelles par exemple : les DIMBA (associations traditionnelles de femmes en charge de la reproduction et du bien-être des enfants) à Kolda, les Dahira (associations à fonction religieuse) ou les femmes Lawbe (catégorie sociale assumant des fonctions traditionnelles de communication) qui ont permis de renforcer la mobilisation sociale. Ces associations traditionnelles travaillent quelquefois avec des structures officielles en charge des questions de développement des femmes (par exemple : les cases foyers des femmes).

3. Les ONG se sont beaucoup impliquées dans la formation de femmes-relais qui effectuent des activités de visites à domicile, des causeries et l'accompagnement pour la prise en charge des IST et des questions de santé de la reproduction. Une animatrice (de l'ONG ASBEF à Saint-Louis) explique que, dans le cadre de leurs activités, les relais féminins formés par l'ASBEF sont particulièrement efficaces pour apporter une aide et un soutien moral aux personnes vivant avec le VIH. Non seulement elles les accompagnent dans une bonne gestion de leur situation, mais aussi elles parlent avec l'entourage de ces malades pour à la fois renforcer la connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA et faire changer les attitudes vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH/SIDA : « Moi-même, j'ai accompagné un migrant de retour qui avait le SIDA. J'en avais entendu parlé dans le quartier où je faisais des activités de sensibilisation, je l'ai accompagné pendant deux mois avant qu'il ne décède... puis les gens ont commencé à me fuir croyant que moi aussi j'avais contracté le virus ; mais avec les explications sur les moyens de transmission, les autres femmes du quartier ont été les premières à me comprendre et à briser ce début d'ostracisme ».

3.6. L'approche genre dans les interventions

La SWAA, depuis 1994, a initié des actions dans une perspective d'analyse différentielle des situations de vulnérabilité et de l'impact du VIH/SIDA chez les hommes et les femmes. Dans le cadre du programme FORED, de 1994 à 1996, la SWAA avait produit deux supports didactiques :

- un puzzle portant sur les organes génitaux masculins et féminins. L'objectif était d'amener les femmes à parler des organes génitaux, d'évaluer et de renforcer leurs connaissances à ce niveau ;
- une boîte à image produite pour une information sur les MST. Cet outil a été repris largement par plusieurs organisations comme support dans les activités d'information.

Dans plusieurs cas, les femmes, une fois sensibilisées, avaient demandé à la SWAA d'étendre l'information à leurs fils et à leurs filles; souvent, cela avait permis d'établir une communication mère enfant sur le VIH/SIDA.

La SWAA est présentement en train de réaliser un deuxième programme d'intervention en milieu ouvrier (1997-2001) touchant 6 entreprises dans la zone industrielle (ayant en moyenne 1350 employés dont 75% de femmes). Ce programme s'est d'abord adressé aux femmes; et, à leur demande, des hommes ont assisté aux séances ; par la suite, ils ont accepté d'être formés comme relais. C'est dans ce sens que des kiosques (ayant chacun un homme et une femme) ont été implantés dans la zone industrielle pour rendre disponibles l'information et le préservatif. Le programme avait aussi impliqué le personnel médical de l'entreprise, qui a été formé en counselling, et sur le protocole de prise en charge des MST. Il a aussi procédé (avec des relais femmes et des relais hommes) à la distribution de 10.000 condoms féminins. Les échanges entre les hommes sur leurs attentes et les appréciations du condom féminin avaient permis au programme de développer un argumentaire pour aider d'autres femmes à utiliser le condom féminin.

3.7. L'intégration des réseaux sociaux

On retrouve aussi dans la littérature des cas intéressants de mobilisation des travailleuses du sexe enregistrées pour contacter et sensibiliser celles non enregistrées. La recherche-action

menée par le projet «Migration et SIDA » a, dans ce sens, développé ce qu'elle a appelé les interventions en réseaux effectuées dans la ville de Tambacounda. Ces interventions ont été décrites de la manière suivante :

«A Tambacounda, le projet a suivi avec les travailleuses une démarche qui a consisté à travailler avec des réseaux homogènes, des réseaux binaires, une toile de réseaux féminins et la toile des réseaux de la communication. Le réseau homogène est dans ce cas le groupe de départ de 16 travailleuses du sexe officiellement enregistrées et membres d'une amicale dont le leader a été un partenaire du projet. Pour obtenir l'adhésion de ce groupe, le projet a eu recours aux services des structures de santé au sein desquelles ces travailleuses du sexe étaient enregistrées. A partir du réseau homogène, le projet a travaillé avec les «réseaux binaires» : il s'agissait d'éclater le groupe de départ des 16 travailleuses du sexe en sous-groupes de 4 habitants le même quartier. Ensuite, chacun de ces sous-groupes a été couplé à un groupe de clandestines. Le défi à ce niveau était de convaincre les travailleuses du sexe officielles de recruter les clandestines qu'elles connaissaient pour avoir fréquenté les mêmes lieux de quête de clients, mais vis-à-vis desquelles elles animaient une sourde rivalité. Pour ce faire, au cours des interventions avec le groupe des travailleuses du sexe officielles, le projet a insisté sur le danger pour la santé des travailleuses du sexe officielles, et sur les menaces de leur pouvoir de négociation avec les clients, si les travailleuses du sexe clandestines n'utilisaient pas les préservatifs. Les membres des réseaux binaires se déploient enfin pour mobiliser la toile des réseaux féminins qui existent dans la communauté et dont individuellement elles font partie ou avec qui elles sont en relation. Les regroupements féminins sont ainsi contactés et mobilisés. Il s'agit des *mboyaay* (associations de femmes), des tontines, des groupements féminins, des cercles d'amies, des GIE de femmes, etc. Dans ces contacts, un intérêt particulier avait été accordé aux groupes que les réseaux binaires considéraient comme étant à risque (mères célibataires, commerçantes, itinérantes, épouses de migrants, travailleuses du sexe, élèves...) » (IOA/ONUSIDA, 2000).

3.8. La socialisation de la prise en charge des infections sexuellement transmises (IST) et du VIH/SIDA

Dès les années 1970, l'Etat sénégalais avait élaboré un fichier sanitaire et social du travail du sexe qui relève d'une structure dénommée Bureau des Maladies vénériennes, dans un contexte de légalisation de cette profession. Les travailleuses du sexe enregistrées étaient régulièrement examinées pour la détection et la prise en charge des IST. Le fichier permettait un suivi des cas et rendait le traitement des IST accessibles aux travailleuses du sexe. Ce dispositif a permis de recruter facilement des cohortes nécessaires pour la recherche et la surveillance, en même temps qu'il mettait rapidement à la disposition des travailleuses du sexe enregistrées à la fois les informations sur le VIH/SIDA, les moyens de prévention et les possibilités de prise en charge.

Sur un autre plan, les programmes de santé ont tenté de renforcer l'acceptation sociale des services de prise en charge des IST et du VIH/SIDA. C'est dans ce sens que des efforts avaient été faits pour intégrer la prise en charge des IST dans les services de planning familial et dans les centres conseils pour adolescents. Le CTA du CHU de Fann a réussi non seulement à ne pas couper les PVVIH de leur environnement familial et social, mais, en plus, il a réussi à créer un espace de traitement et de prise en charge à l'abri des discriminations et de la stigmatisation. On peut souligner la socialisation dans les structures qui offrent des dépistages gratuits et anonymes à la population. Ces structures sont, soit implantées dans des milieux populaires, soit sont bien acceptées dans le milieu dans lequel elles se trouvent. Par la

suite, le dépistage des IST ne s'est pas seulement limité aux travailleuses du sexe mais a été étendu aux femmes enceintes, notamment en ce qui concerne la syphilis.

Conclusion

La prévalence du VIH au Sénégal est faible et stable bien qu'il existe des facteurs macro-économiques qui, dans d'autres pays, ont favorisé le développement de l'épidémie (pauvreté, analphabétisme, migration, déséquilibre dans les rapports de genre). A côté de ces facteurs favorables à la propagation du VIH, on en relève d'autres (notamment sur le plan de l'organisation sociale et des politiques de santé) qui auront sûrement contribué à la maîtrise de l'épidémie (réglementation du travail du sexe et une prise en charge des IST chez les travailleuses du sexe, politique de sécurité transfusionnelle, réforme du système de santé pour favoriser l'accès aux soins et la participation des populations à la gestion du système de santé, existence d'un réseau dense et actif de mouvements associatifs de jeunes et de femmes ainsi que d'un maillage religieux susceptible de soutenir la mobilisation sociale).

Cependant, ces facteurs à eux seuls ne semblent pas expliquer la situation du VIH au Sénégal. La réponse mise en œuvre y a également joué un rôle décisif. Cette réponse fonde sa spécificité sur la rapidité de sa mise en œuvre, son approche pluridisciplinaire, multisectorielle et holistique. Il se dégage ainsi des enseignements essentiels dans les domaines suivants :

- la mise en œuvre rapide et le perfectionnement du système de surveillance ;
- la densification et le caractère multidisciplinaire des recherches ;
- l'intégration de la lutte contre les IST dans les stratégies de lutte contre le VIH ;
- des interventions ciblées à l'endroit des groupes les plus vulnérables (jeunes, des travailleuses du sexe, élèves) ;
- une forte implication des communautés de base, des leaders politiques et religieux, ainsi que des ONGs et des associations communautaires ;
- un dialogue politique intense dès 1988 et une volonté politique soutenue.

Cependant au-delà de ces réponses, il convient de mettre en évidence la mise en œuvre de pratiques et de concepts d'approche qui prennent en compte les contextes socioculturels et les potentialités offertes par les cultures locales.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON P. et al, - The spread of HIV1 in Africa : Sexual contact pattern and predicted demographic impacts of AIDS. Nature 352, 1991.
- AINSWORTH, M. and Mead Over " The economic Impact of AIDS on African " In Max Essay, Souleymane Mboup, Phillis J. Kanki and M.R Kalengayi (eds.) AIDS in Africa N.Y Rover Press, 1994
- CALDZELL, J. C and P. Caldwell. "The African AIDS Epidemic" Scientific American 274 (3.):62-68, 1996
- CHARBIT Y., L. GUEYE, S. NDIAYE, 1985, Nuptialité et Fécondité au Sénégal, PUF, Travaux et Documents, Cahier No. 112.
- DIOP A.B., 1981, La Société Wolof :les systèmes d'inégalité et de domination, Karthala.

- DIOP A. B., 1985, La famille wolof tradition et changement, Paris, Karthala.
- DIOP N, J., 1993, La fécondité des adolescentes au Sénégal, Démographie, collection de thèses et mémoires sur le Sahel, Université de Montréal. Juin 1993.
- DIOP I., Bolinger, L. and Stover, J., The Economic Impact of Aids in Senegal, The Policy Project, Futures Group International in Collaboration with Research Triangle Institute and The Centre for Development and Population Activities, 1999.
- NDIAYE S, Diouf Pape D, Ayad Mohamed - Enquête Démographique et de Santé au Sénégal – MEFP, DPS, DSD, DMS.- 1993 et 1997.
- MEDA N, - Contrôle de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique : examen de la situation au Sénégal, ONUSIDA ,1998.
- MANE, P., GUPTA, G.R. & WEISS, E. (1994). Effective communication between partners : AIDS and risk reduction for Women, *AIDS*, 8. pp. 325-331.
- MBOUP, S. (1996) : Mise en évidence d'une immunité croisée HIV1, HIV2, *Le Journal du SIDA* (86-87), pp. 117-118
- NIANG, C. I. (1994): The Dimba of Senegal: A support Group for Women. *Reproductive Health Matters*, Number 4. pp 39-45.
- ONUSIDA/OMS, Le point sur l'épidémie de SIDA. Décembre 2000.
- ONUSIDA. L'expérience senegalaise en matiere de meilleures pratiques dans le domaine de la lutte contre le SIDA. Mai 2001.
- The World Bank. HIV/AIDS : Its Impact on Development, 2000
- UNAIDS, Acting early to prevent AIDS : The case of Senegal.1999 Geneva, Switzerland.

Dr. Abdoulaye SIDIBE WABE
Institut d'hygiène sociale
Dakar, Sénégal

***EXPERIENCE SENEGALAISE DANS LA PREVENTION
ET LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA***

Introduction

Le Sénégal est un rare succès dans la lutte contre le sida en Afrique.

- sur le plan de la prévention : Evaluations ONUSIDA (Thaïlande, Ouganda et Sénégal : des succès) ;
- sur le plan de la prise en charge des PVVIH : succès sur l'accès et la qualité des traitements par ARV.

I- Succès dans la prévention

a) Résultats de l'évaluation au Sénégal en 1998

- maintien de la prévalence du VIH dans la population générale à un faible niveau de 1% après une décennie de lutte ;
- maintien de la prévalence chez les prostituées à un niveau relativement bas (12%-15%).

b) Situation structurelle favorable

- forte cohésion sociale : valeur morale à forte dominante religieuse et circoncision universelle;
- politique transfusionnelle (1970) ;
- établissement d'un système de prise en charge socio-sanitaire de la prostitution (1970).

c) Réponse précoce à l'épidémie du VIH/SIDA

- 1^{er} cas d'infection du VIH diagnostiqué en 1986;
- engagement du chef de l'Etat et du Gouvernement dès 1986;
- création du Comité National de Lutte contre le SIDA (1986);
- renforcement de la sécurité Transfusionnelle (dépistage systématique des dons de sang dès 1986) ;
- programme du SIDA/MST intégré (dès 1986);
- mise en place de systèmes de surveillance de l'épidémie et d'évaluation des interventions (1988).

d) Actions publiques développées à large échelle contre l'épidémie

- ampleur des interventions dès 1988 ;
- approche multisectorielle et pluridisciplinaire ;
- plusieurs centaines d'ONGs et des milliers de relais ;
- engagements des leaders religieux, des experts médicaux et des communautés (1988).

e) Actions publiques développées à large échelle contre l'épidémie

- interventions ciblées sur les jeunes, adolescents et femmes ;
- engagement des enseignants (1988) ;
- interventions ciblées en milieu scolaire, (cellules anti-SIDA, SIDA/MST dans les programmes scolaires).

f) Actions publiques développées à large échelle contre l'épidémie

- interventions ciblées sur les groupes vulnérables (prostituées, migrants...) ;
- décentralisation de toutes les interventions dès 1988 (avec comités régionaux).

II- Succès dans la prise en charge

a) Situation actuelle du VIH/SIDA au Sénégal

- le SIDA est considéré comme une priorité de santé publique et de développement ;
- engagement effectif des nouvelles autorités, du Chef de l'Etat et du Gouvernement (budget doublé) ;
- ISAARV : traitement antirétroviral ;
- traitement antirétroviral préventif :
 - Chimio prophylaxie chez la femme enceinte ;
 - Chimio prophylaxie pour AES : dispositif mise en place.

b) Fonctionnement de l'initiative

- un comité d'éligibilité avec trois comités techniques, médical, social et thérapeutique ont été créés ;
- une ouverture graduelle à travers différentes approches : adultes vivant avec le VIH, enfants et femmes enceintes vivant avec le VIH ;
- élaboration d'un plan d'action de 3 ans en octobre 2000 ;
- développement des projets de recherche : efficacité, tolérance, observance, accessibilité, financière et psychosociale des personnes vivant avec les ARV ;
- ressources financières : Gouvernement, partenaires internationaux et communautés.

c) Evolution de l'initiative jusqu'en avril 2001

- 232 adultes ont reçu un traitement ARV ;
- un suivi médical, coût du traitement selon les ressources financières du patient, une évaluation systématique biologique tous les 6 mois.

d) TME

- début juillet 2000 ;
- 12 000 femmes enceintes dont 18 séropositives ;
- 16 enfants suivis.

e) Dépistage anonyme

- un centre à Dakar

f) Stratégies à court terme

- prévention :
 - renforcer le dialogue politique, religieux et la mobilisation communautaire ;
 - élargir la réponse à tous les niveaux et à tous les secteurs intéressés : publiques, privés et informels à travers des plans sectoriels ;
 - continuer d'éliminer la transmission par la transfusion sanguine et renforcer la prévention des autres modes de transmission sanguine ;
 - renforcer la prise en charge des IST ;
 - prévenir la transmission mère/enfant du VIH et des IST (couvrir toutes les régions avant décembre 2002).
- prise en charge thérapeutique et psychosocial :
 - faciliter le dépistage volontaire (couvrir toutes les régions avant 2002) ;
 - renforcer l'implication des réseaux de PVVIH au niveau national et au niveau régional ;
 - renforcer la politique d'accès au counselling et aux médicaments réactifs : médicaments contre les infections opportunistes, médicaments IST-ARV-Réactifs (couverture de toutes les régions avant décembre 2002).
- surveillance/évaluation :
 - la surveillance deuxième génération « épidémiologique et comportementale » sera promue ;
 - pour évaluer l'impact des interventions : les indicateurs de performance et d'impact seront régulièrement mesurés.

g) Projection et défi

- projection :
 - an 2005 : prévalence dans la population générale estimée à 3%, si les efforts de lutte ne sont pas renforcés. Au dessus de cette prévalence de VIH dans la population générale, l'épidémie sera difficilement contrôlable.
- défi :
 - ne pas atteindre en 2005 la prévalence de 3%.

Conclusion

- la lutte contre le SIDA est loin d'être gagnée. Nous avons pris l'engagement avec tous nos partenaires nationaux et internationaux pour renforcer la réponse afin de ne pas atteindre la prévalence des 3% en l'an 2005 ;
- malgré le succès enregistré par notre pays sur la gestion de l'épidémie du SIDA, nous resterons vigilants et alertes en permanence tant que des solutions viables d'éradication du VIH en Afrique en particulier ne seront pas trouvés.

M. Alagie KOLLEY
IEC co-ordinator
Department of State for Health
The Quadrangle
The Gambia

LE VIH/SIDA EN GAMBIE

1. INTRODUCTION

C'est en mai 1986 que les premiers cas de sida ont été signalés en Gambie. Depuis l'apparition de la maladie, les pouvoirs publics, en collaboration avec d'autres partenaires, prennent des mesures pour freiner la propagation du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles. Un Conseil national multisectoriel sur le sida joue un rôle consultatif dans l'élaboration de politiques et de stratégies de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA.

Le programme national de lutte contre le sida a pour objectifs :

- d'assurer la prévention du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST) ;
- de réduire les conséquences sociales et personnelles de l'infection à VIH pour les personnes infectées par le virus, qu'elles aient ou non déjà développé la maladie.

Dans le cadre du Plan national d'action sanitaire, les pouvoirs publics s'efforcent de réduire la charge que représentent les MST et le VIH/SIDA en proposant des traitements efficaces, en encourageant des pratiques sexuelles à moindre risque et en luttant contre le rejet social que suscitent ces infections.

2. LE VIH/SIDA EN GAMBIE

- 1986 : premier cas signalé
 - 1988 : étude de séroprévalence : 1,7 %
VIH 2 1,6%
VIH 1 0,1%
 - 1991 : étude de séroprévalence : 2,2 %
VIH 2 1,7%
VIH 1 0,5%
 - 1993/1995 : l'infection à VIH chez les femmes enceintes
29.670 femmes enceintes dépistées
séropositives : 1,7 %
nombre de VIH 1 : 168 (0,6 %)
nombre de VIH 2 : 336 (1,1 %)
nombre de VIH 1 + 2 : 16 (0,1 %)
- *Surveillance sentinelle en 2000 : VIH 1 : 0,9% ; VIH 2 : 0,6%**

* Données provenant d'un site sentinelle.

Le premier cas de SIDA en Gambie a été diagnostiqué en mai 1986. Depuis, le nombre de cas signalés ne cesse d'augmenter. En raison de certaines insuffisances dans le dispositif de signalisation, il existe certainement une part de sous-estimation. De même, il est possible que certains patients ne consultent pas les services sanitaires.

Le Ministère de la santé et le Conseil de la recherche médicale (Medical Research Council, MRC) avec l'aide de l'OMS ont réalisé une étude sur la prévalence du VIH et ses conséquences sur les femmes enceintes et les enfants.

Cette étude effectuée en 1993/1995 dans tout le pays auprès de 29.670 femmes a montré que 168 d'entre elles (0,6 %) étaient séropositives au VIH-1, 336 (1,1 %) séropositives au VIH 2 et 16 (0,1 %) présentaient une séropositivité mixte (VIH-1 + 2).

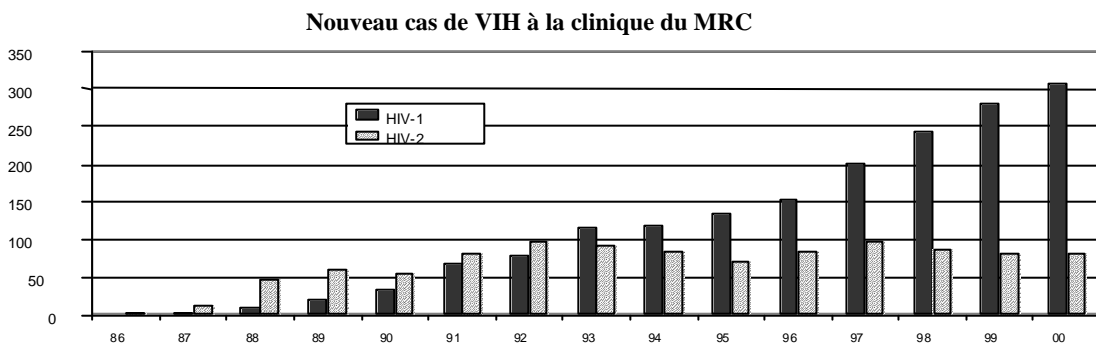
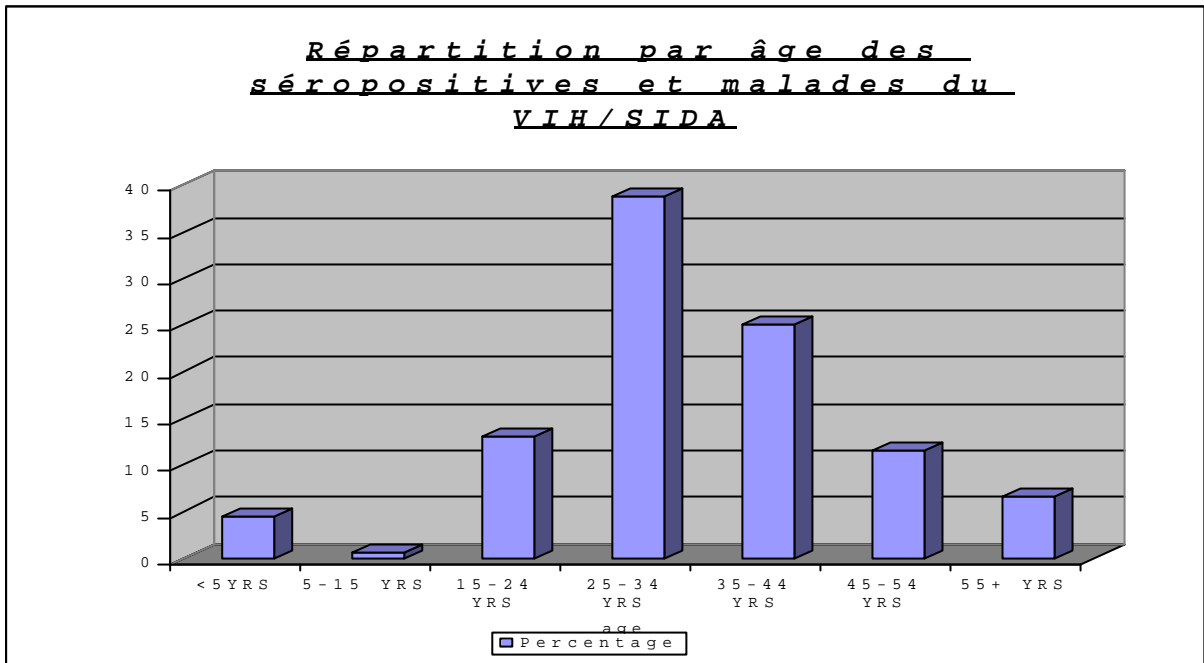
Par ailleurs, des données fournies par le dispensaire du MRC à Fajara, celui de la mission de WEC International à Sibanor et par le Royal Victoria Hospital de Banjul ont montré une augmentation du nombre de cas à l'infection du VIH-1.

Les résultats d'une étude de surveillance sentinelle ont montré que la prévalence du VIH avait légèrement augmenté, passant de 0,6 % en 1995 à 0,9 % en 2000.

Répartition par âge des séropositives et malades du SIDA

AGE	POURCENTAGE
< 5 ans	4,5 %
5 – 15 ans	0,6 %
15 – 24 ans	13,0 %
25 34 ans	38,7 %
35 – 44 ans	25,0 %
45 – 54 ans	11,6 %
55 ans et +	6,6 %
TOTAL	100,0 %

Chez les hommes de plus de 15 ans, l'âge moyen des patients était de 38,4 ans contre 32,5 ans pour les femmes. Les femmes infectées par le VIH sont apparemment plus jeunes d'environ six ans.



3. STRATEGIES

Les stratégies suivantes ont été adoptées

- intensification du programme IEC pour tout ce qui concerne le VIH/SIDA et les MST ;
- promotion de l'utilisation du préservatif ;
- approvisionnement en sang sûr aux niveaux central et départemental ;
- sensibilisation de groupes spécifiques, comme les jeunes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients ;
- mise en place de services de traitement des MST ;
- prévention de la transmission du VIH par la mise en place de structures de soins ;
- coordination, collaboration et partenariat avec des institutions phares ;
- action de sensibilisation par des personnalités influentes.

4. ACTIVITES / RESULTATS

Dans le cadre de ce programme mise en oeuvre en collaboration avec des partenaires, toute une série d'activités ont été menées à bien afin de sensibiliser davantage l'opinion au VIH/SIDA et aux MST, et à assurer la sécurité transfusionnelle.

4.1 Engagement politique au plus haut niveau

- premier Forum national sur le sida, inauguré par Son Excellence le Président Alhagie Yahya A.J.J. Jammeh en 2000 ;
- atelier sur le VIH/SIDA et le développement pour hauts responsables ;
- atelier sur le VIH/SIDA pour rédacteurs en chef et responsables de médias ;
- production d'un grand nombre de documents et de programmes concernant l'action des pouvoirs publics qui font de la prévention et de la lutte contre le VIH/SIDA une priorité :
 - politique de la santé et plan d'action;
 - politique de l'éducation ;
 - politique nationale de la jeunesse et plan d'action ;
 - politique nationale en matière de démographie ;
 - politique nationale de la transfusion sanguine ;
 - politique d'amélioration de la condition féminine ;
 - programme de réduction de la pauvreté ;
 - Projet de réaction rapide au VIH/SIDA en Gambie (HARRP) ;
 - coopération sous-régionale : Health For Peace Initiative and West African Health Organization ;
 - mise en place par l'Assemblée nationale en juin 2001 d'une commission interparlementaire sur le VIH/SIDA.

4.2 Contrôle du sang et promotion du don du sang :

Le laboratoire du Royal Victoria Hospital et les principaux centres sanitaires ont procédé à des contrôles du sang à des fins transfusionnelles. Des tests VIH sont également pratiqués au dispensaire de Sibanor et au MRC de Fajara.

Dans le cadre du processus d'approvisionnement en sang sûr, l'Association gambienne des donateurs de sang, en collaboration avec le programme, organise dans les villages des semaines de promotion du don du sang afin de sensibiliser le public à la nécessité de cette démarche bénévole. Ces activités promotionnelles contribuent à la constitution d'un « pool » de donateurs bénévoles.

4.3 Activités à l'échelon local

- afin d'inciter les jeunes à s'impliquer dans la prévention du VIH/SIDA et des MST, une stratégie d'éducation par les pairs a été adoptée dans le cadre du Plan national d'action sanitaire, en collaboration avec des organisations de jeunes. Plus de 600 jeunes éducateurs ont été formés à la prévention du VIH/SIDA et des MST et diffusent des informations à leurs congénères aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des écoles. Cette forme d'éducation par les pairs a permis de sensibiliser les jeunes au problème du sida et à d'autres préoccupations de la jeunesse ;

- des artisanes de la région de Banjul et de Brikama ont été formées pour devenir éducatrices dans le cadre de leur activité professionnelle ;
- des communicateurs traditionnels ou travaillant dans des groupes de soutien ont été formés dans tout le pays pour diffuser des informations sur le VIH/SIDA et les MST dans leurs villages ;
- le projet "Stepping Stones" a été mis en œuvre en collaboration avec le Ministère de la santé, le GFPA, Action AID, le MRC et la mission de WEC International. Il a pour objectif d'élaborer à l'échelon local un programme de réduction des risques sexuels ;
- mise en œuvre du projet d'intervention auprès des professionnel(le)s du sexe qui vise les intéressés et leurs clients et dont l'objet est de les responsabiliser pour qu'ils pratiquent une sexualité à moindre risque. Les représentants de la loi et les services chargés de la faire appliquer ont également été sensibilisés aux problèmes du VIH/SIDA et des MST ;
- le Programme national de lutte contre le sida, en collaboration avec le Conseil suprême islamique et le Conseil des chrétiens de Gambie ont organisé des ateliers de sensibilisation à l'intention des responsables religieux dans toutes les circonscriptions administratives du pays ; des équipes sanitaires régionales (DHT) travaillent avec des guérisseurs pour la prévention du VIH/SIDA ;
- des groupes locaux d'art dramatique ont également été formés et aidés pour donner des représentations dans les villages ;
- des musiciens locaux ont composé des chansons ;
- un concert de rap sur la prévention du VIH/SIDA a été organisé pour les jeunes.

4.4 Utilisation des médias et de la presse écrite

- le Service de radiodiffusion rurale et d'éducation des adultes de Radio Gambie a produit une série de messages radiophoniques sur le VIH/SIDA ;
- prévention et contrôle ;
- GRTS TV a produit une série de messages et a organisé des groupes de discussion sur le SIDA ;
- des affiches, dépliants, autocollants et brochures contenant des messages de prévention du VIH/SIDA ont été produits et distribués ;
- des tableaux d'affichage comportant des messages sur le VIH/SIDA et les MST ont été loués pour sensibiliser le public.

5. DIMENSION CULTURELLE

Certaines pratiques culturelles peuvent favoriser la transmission du VIH/SIDA, à savoir notamment :

La veuve donnée en héritage

Il convient de reconsidérer cette pratique en tenant compte du fait que le défunt dont la veuve est donnée en héritage peut être décédé des suites du VIH/SIDA. Des cas d'infection de membres de la famille par la veuve donnée en héritage ont été signalés.

Le mariage précoce

Les jeunes filles mariées à l'âge de 15 ans à des hommes plus âgés sont plus exposées au VIH/SIDA, les hommes plus âgés ayant plus d'expérience.

La polygamie

L'inconvénient de la polygamie est que si l'un des partenaires est infecté, il contaminera les autres. Si un membre d'une famille polygame a des relations sexuelles extraconjugales, les autres membres de la famille sont en danger.

Les perçages et/ou incisions cutanées

Certaines personnes, pour des raisons esthétiques, procèdent à des perforations et incisions de la peau telles que scarification, tatouage, etc. La circoncision et l'excision sont des pratiques répandues qui peuvent favoriser la contamination par l'échange de couteaux, de lames, etc.

De nombreuses personnes font encore appel aux thérapies traditionnelles comme la saignée, les incisions ou opérations mineures. Il faut donc éviter l'utilisation commune d'instruments coupants.

L'allaitement

Le problème de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant est aujourd'hui très important. Avec l'existence de la névirapine, l'allaitement constitue un dilemme pour les femmes séropositives. C'est une pratique culturelle qui est en train d'être remise en cause. Il est capital de se pencher sur ce problème en tenant compte du fait que l'absence d'allaitement risque d'avoir un effet négatif pour l'enfant.

Les "Lumos", marchés hebdomadaires

De nombreuses personnes de toutes les régions du pays et de pays voisins viennent une fois par semaine vendre leurs produits sur les marchés des grandes villes, ce qui suscite des comportements à risque, notamment la veille ou le soir du "lumo".

Il existe aussi des valeurs culturelles qui peuvent contribuer à prévenir la propagation du VIH/SIDA.

La chasteté

la virginité des jeunes filles jusqu'au mariage est une valeur positive pour la prévention du VIH/SIDA.

La polygamie

Si les époux sont fidèles, il n'y a pas de problème.

L'unité familiale

Pour les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS), la famille joue un rôle très utile. Elle fournit soutien, encouragements et soins, ce qui peut prolonger la vie des malades. L'unité familiale contribue également à assurer la garde et le soutien des orphelins.

6. OBSTACLES

Nous sommes confrontés aux principaux obstacles suivants :

- un des problèmes majeurs demeure le déni du VIH/SIDA. Le sentiment subsiste que le VIH/SIDA et les MST sont du ressort du Ministère de la santé, ce qui conduit parfois notre approche multisectorielle à une impasse ;
- les malades du SIDA craignent la discrimination et la stigmatisation et refusent de révéler le diagnostic ne serait-ce qu'aux membres de leurs familles et à leurs proches ;
- des inhibitions d'ordre culturel empêchent de parler ouvertement et franchement des questions liées au sexe et à la sexualité ;
- les ressources matérielles et humaines, en particulier les personnels qualifiés, sont insuffisantes.

7. L'AVENIR

Pour renforcer la lutte contre le VIH/SIDA et les MST, les mesures ci-après sont à l'étude :

- intensification de la campagne du projet IEC ;
- octroi par l'Etat d'un crédit de 15 millions de dollars dans le cadre de l'action internationale de la Banque mondiale pour la prévention du VIH/SIDA (MAP) pour un projet d'intervention rapide (HARRP). Ce projet permettra de transposer le passage à une plus grande échelle d'action nationale contre le VIH/SIDA. Un Conseil national du sida a été créé et doté d'un secrétariat. Des comités régionaux et municipaux sont en train d'être mis en place ;
- action de sensibilisation de tous les groupes ayant des comportements à risque ;
- promotion accrue du préservatif et des pratiques sexuelles à moindre risque ;

- poursuite de la mise en place d'un environnement favorable à la prise en charge des personnes infectées et touchées par le VIH/SIDA et les MST ;
- lutte contre l'ostracisme et la discrimination à l'égard des personnes atteintes du VIH/SIDA et traitement du problème du déni ;
- traitement et prise en charge appropriés des maladies sexuellement transmissibles et gestion syndromique des MST
- amélioration de la surveillance du VIH/SIDA et des MST ;
- mise en place sur le lieu de travail de programmes de prévention du VIH/SIDA et des MST.

Dans l'esprit de la Health for Peace Initiative, les activités suivantes seront entreprises à l'échelon sous-régional (Sénégal, Guinée-Bissau, Guinée Conakry et Gambie) :

- coordination et harmonisation des actions en faveur des populations itinérantes vulnérables, notamment :
 - les professionnel(le)s du sexe,
 - les routiers,
 - les réfugiés,
 - les travailleurs migrants.
- projet international de recherche en commun;
- échange d'informations, de matériels et réunions conjointes ;
- action de sensibilisation par les responsables politiques à tous les niveaux.

CONCLUSION

Les questions soulevées dans la présente communication montrent à l'évidence que le VIH/SIDA menace sérieusement notre santé mais aussi notre développement économique et social.

Des progrès ont été accomplis dans la lutte contre le VIH/SIDA comme il ressort des nombreux documents sur les actions qui ont été menées. Par ailleurs, on observe aujourd'hui un engagement politique renouvelé.

La création du Conseil national du SIDA (NAC) et de son Secrétariat national (NAS) ainsi que le projet représentant plusieurs millions de dollars en sont la preuve. Pour l'instant, il est urgent de concrétiser davantage ces politiques sociales par des actions positives cohérentes et unifiées.

Dr. Nâ-Bintou BENON
Chargé de la planification, suivi-évaluation
Comité national de lutte contre le SIDA
Ouagadougou, Burkina Faso

LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA
AU BURKINA FASO :
LA SITUATION, LES STRATEGIES

I - SITUATION DU VIH/SIDA AU BURKINA FASO

1-Historique

C'est en 1986 que le Burkina Faso a reconnu officiellement l'existence de cas de VIH/SIDA sur son territoire. Très tôt, le Gouvernement a pris la ferme résolution de faire face à cette épidémie du VIH/SIDA, en mettant en place un cadre institutionnel et des structures chargées de développer et d'appliquer une politique de lutte contre le VIH/SIDA.

Ainsi, le chemin poursuivi pour mener à bien cette mission a abouti à la naissance du Plan à Court Terme (PCT) en 1987, puis suscité l'élaboration du premier Plan à Moyen Terme (PMT I) de 1989 à 1992, ainsi que le deuxième Plan à Moyen Terme (PMT II), élaboré et exécuté de 1992 à 1995. Ce PMT II s'est caractérisé par une intégration plus nette du contrôle de toutes les Infections Sexuellement transmissibles (IST) et un abord multisectoriel de la lutte contre le VIH/SIDA. Il a également été marqué par l'émergence de nombreuses associations pour la prévention et la prise en charge communautaire des PVVIH. L'extension du PMT II (1995-2000) a permis de jeter les bases de l'élaboration du plan à moyen terme de troisième génération à savoir le Plan National Multisectoriel (PNM).

Si dès les premiers instants la riposte au niveau national à l'émergence de ce fléau visait la prévention de la transmission sexuelle, sanguine et materno-fœtale, la nécessité d'intensifier les activités de prise en charge des malades et des séropositifs s'est avérée indispensable.

Malgré la mise en place de ce dispositif, le nombre de cas de SIDA cumulé a connu une augmentation au cours des quinze dernières années.

2- Situation actuelle

Les données épidémiologiques actuelles du VIH/SIDA au Burkina Faso indiquent une prévalence globale de l'infection à VIH autour de 7,17%.

La lutte contre le VIH/SIDA est actuellement organisée autour des volets suivants : i) la prévention, ii) la prise en charge, iii) la surveillance de l'épidémie ainsi que iv) l'élargissement de la réponse, le partenariat et la coordination. En rapport avec le thème du présent atelier sous régional portant sur "l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA", la surveillance ne sera pas développée dans cette partie.

La stratégie de la prévention du VIH/SIDA s'est articulée autour des activités suivantes :

- la sensibilisation de la population s'est faite à travers l'IEC par les membres des associations de lutte contre le VIH/SIDA et les agents de santé.

L'approche culturelle de la prévention a toujours constitué une préoccupation dans la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina Faso. En effet, dans un contexte culturel caractérisé par la coexistence de plusieurs ethnies ayant chacune sa spécificité, la dimension culturelle constitue un facteur déterminant de la réussite de toute action visant un changement de comportement des communautés.

C'est ainsi que des films de sensibilisations ont été conçus dans les trois langues prédominantes dans le pays (le mooré, le dioula et le fulfuldé).

La campagne multimédia qui a débuté en janvier 1998 visait à sensibiliser les jeunes sur la santé de la reproduction et la prévention du VIH/SIDA. La population prioritaire était les adolescents et les jeunes des milieux rural et urbain de 13 à 25 ans. Durant et après cette campagne, des supports audio et scripto-visuels (des séries radiophoniques, des spots radiodiffusés et télévisuels, des affiches, des boîtes à images, des dépliants, des bandes dessinées, des livrets etc....) adaptés au contexte ont été développés et diffusés. Ces supports ont été édités en français et dans les 5 principales langues nationales du pays. La présentation de pièces de théâtre dans toutes les provinces par des troupes locales a également constitué un moyen de prévention.

Dans la région de Gaoua qui est une zone pilote en matière de participation communautaire et de multisectorialité dans la lutte contre le VIH/SIDA, les plans d'actions des communautés prévoient la réalisation de pièces de théâtres, de causeries, d'émissions radiodiffusées (sur la radio locale) et de chansons en langues locales.

Les autres volets de la prévention sont :

- la promotion de l'utilisation du préservatif à travers le Projet de Marketing Social des Condoms (PROMACO), qui a assuré la disponibilité des préservatifs de qualité à des prix subventionnés;
- la prise en charge des IST selon l'approche syndromique dans les formations sanitaires;
- la sécurisation de la transfusion sanguine par les examens suivants: sérologie VIH, sérologie syphilitique, recherche d'anticorps anti hépatite B et C effectuées sur le sang à transfuser dans les structures où la transfusion sanguine est effective;
- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME): dans ce volet un programme de PTME a été élaboré en collaboration avec la DSF et les activités de mise en œuvre devront débuter au cours de cette année 2001 dans 4 sites retenus (2 à Ouaga et 2 à Bobo) pour commencer ;
- la formation, et la sensibilisation du personnel de santé sur la prévention de l'infection par le VIH en milieu de soins ainsi que l'équipement des structures de santé en matériel de protection et en consommables.

La prise en charge :

- le dépistage étant la première étape de la prise en charge des patients, le Centre d'Information et de Documentation sur le VIH/SIDA (CICDOC) avec ses associations membres et le Centre Anonyme de Dépistage et d'Information (CADI) assurent le Conseil Dépistage Volontaire Anonyme et Confidentiel ;
- dans le domaine de la prise en charge médicale des malades, des efforts sont faits pour améliorer la prise en charge des infections opportunistes depuis quelques années en mettant à la disposition des formations sanitaires des médicaments pour le traitement des malades ;
- Ouagadougou dispose aujourd'hui d'un Centre de Traitement Ambulatoire (CTA). Le Centre d'accueil et de Solidarité de Ouagadougou contribue également à l'amélioration de la prise en charge des malades ;
- la médecine traditionnelle burkinabé est également valorisée au niveau de l'unité expérimentale de phytothérapie de Saint Camille à Ouagadougou ; elle mettra à la disposition du public les résultats préliminaires de cette expérimentation d'ici la fin de l'année 2001 ;
- l'ouverture d'un centre similaire est prévue dans la deuxième ville du pays (Bobo) en 2001. Un des objectifs du Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles est d'impliquer les tradipraticiens dans le réseau de soins des régions sanitaires ;
- la prise en charge psychosociale est assurée par les Organisations à Base Communautaire (OBC) et les associations de lutte contre le SIDA à travers le pays. Ces associations bénéficient du soutien technique et matériel du SP/CNLS et des partenaires au développement ;
- des négociations avec un groupe de laboratoires pharmaceutiques ont abouti à la réduction du coût des médicaments ARV est intervenue le mois de mai 2001.

Elargissement de la réponse et promotion du partenariat:

- dans le cadre de l'élargissement de la lutte, une approche multisectorielle a été adoptée et a abouti à l'élaboration de plans sectoriels de lutte contre le SIDA par :
 - les Ministères de: l'Agriculture, l'Environnement et de l'Eau, des Ressources Animales, la Défense, l'Enseignement de base, l'Enseignement secondaire supérieur et de la recherche scientifique, l'Action Sociale et la Solidarité Nationale, la Promotion de la Femme, des transports et du tourisme, la Jeunesse et des Sports ;
 - Les entreprises et sociétés suivantes : SOSUCO, SODIBO/ BRAKINA, SOFITEX, GMB, OST, ONEA, CNSS & FASO FANI.
- des journées de plaidoyer sur le VIH/SIDA et les IST ont été organisées en direction de la communauté musulmane et la chambre des représentants et sont programmées pour le Conseil Economique et Social, les membres du gouvernement, les parlementaires, les magistrats et les syndicats ;
- la lutte contre le SIDA a été prise en compte dans l'initiative PPTE par l'allocation d'un budget de 3, 69 milliards de F CFA sur 3 ans (2001 – 2003) soit 1,19 milliards en 2001,

1,23 milliards en 2002 et 1,27 milliards en 2003 ; cette allocation représente 8, 8 % du budget alloué à la santé ;

- le Burkina Faso a participé à la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA, tenue du 24 au 27 juin 2001 à New York. Il a déjà pris part aux 2 réunions préparatoires ;
- les partenaires au développement ont été associés au processus d'élaboration du Cadre Stratégique 2001-2005 et le Plan d'action 2001 de Lutte contre le VIH/SIDA.

II- LES STRATEGIES

La lutte contre le VIH/SIDA bénéficie d'un engagement politique fort, qui est manifesté au plus haut niveau de l'Etat. En effet, des initiatives gouvernementales, comme la création du Fonds de Solidarité envers les Malades et les Orphelins du SIDA en 1998, ou plus récemment la création du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST le 9 mai 2001 et son enclavement à la Présidence du FASO sont le témoignage de la volonté politique des autorités Burkinabaises de réduire la propagation du VIH/SIDA dans notre pays.

Le Cadre Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001-2005 donne les orientations du gouvernement pour une réponse conséquente à l'épidémie sur les cinq prochaines années. Il entend renforcer les stratégies déjà appliquées. Il a été élaboré selon le processus de planification stratégique avec la participation des différents acteurs de la lutte. Les partenaires au développement ont également participé à ce processus.

Le Cadre Stratégique s'articule sur quatre axes stratégiques subdivisés en domaines d'actions prioritaires qui sont :

- le renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH ;
- le renforcement de la surveillance de l'épidémie ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées ;
- l'élargissement de la réponse et la promotion du partenariat national et international et de la coordination multisectorielle.

Au titre du renforcement des mesures de prévention de la transmission des IST et du VIH, Il s'agira de :

- renforcer les comportements à faible risque ;
- assurer la promotion des préservatifs ;
- promouvoir la promotion de la sécurité transfusionnelle et l'hygiène dans les milieux de travail ;
- prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- renforcer le dépistage et le traitement précoce des IST ;
- promouvoir le conseil dépistage, volontaire, confidentiel et anonyme.

Pour le renforcement de la surveillance de l'épidémie, l'accent sera mis sur :

- la notification syndromique des cas d'IST et de SIDA ;
- l'organisation de la sérosurveillance sentinelle et sur les groupes spécifiques ;
- l'organisation d'études épidémiologiques et comportementales et d'études sectorielles d'impacts socio-économiques.

Sur le plan de l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées on y verra :

- l'organisation du soutien psychosocial, socio-économique des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ;
- la formation à la prise en charge et la dissémination de guides nationaux de prise en charge ;
- le développement du conseil et du dépistage au niveau des structures de santé ;
- le développement des services sanitaires de base au niveau communautaire ;
- l'approvisionnement en médicaments essentiels ;
- l'organisation des soins à domicile ;
- le développement des services de traitement ambulatoires ;
- la prophylaxie et le traitement des Infections Opportunistes et par les AntiRétroviraux ;
- le renforcement des services diagnostiques biomédicaux.

Au titre de l'élargissement de la réponse, de la promotion du partenariat national et international, et de la coordination multisectorielle on s'occupera :

- du renforcement de la coopération régionale et internationale ;
- du renforcement de la coordination multisectorielle des acteurs et partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA ;
- du renforcement des capacités organisationnelles des institutions nationales et des OBC ;
- du développement du plaidoyer pour la mobilisation en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA,
- du renforcement de la décentralisation des structures ;
- de la promotion de la recherche.

Le Cadre Organisationnel et Institutionnel de la lutte contre le VIH/SIDA sera constitué de structures centrales et de structures décentralisées.

➤ Les structures centrales comprendront :

- Le Conseil National de Lutte contre le VIH/ SIDA et les IST qui est l'organe supérieur de coordination. Il est rattaché à la Présidence du Faso et est composé des représentants des structures suivantes :

- les Ministères ;
 - le Conseil Economique et Social (CES) ;
 - l'Association des Maires du Burkina Faso (AMBF) ;
 - la chambre des représentants ;
 - le secteur privé, (Santé et Entreprises) ;
 - la société civile, les ONGs nationales et les associations ;
 - les ONGs Internationales ;
 - les communautés religieuses ;
 - les Communautés coutumières ;
 - les Organisations multilatérales et Bilatérales ;
 - Groupe thématique ONUSIDA.
- Le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST
 - les Structures décentralisées comprennent les comités sectoriels, les comités provinciaux, les comités départementaux et communaux et les comités villageois.

Le Plan 2001 représente la traduction opérationnelle des orientations données dans le cadre stratégique. Il est donc balisé par les objectifs, les axes stratégiques, et les domaines d'intervention prioritaires du cadre stratégique. Il vise principalement à accélérer et à intensifier les activités du programme national multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA. Ce document de synthèse procède à l'intégration des plans sectoriels des secteurs suivants :

- le secteur ministériel comprenant le ministère de la santé et les autres ministères ;
- le secteur privé représenté essentiellement par des entreprises ayant élaboré des plans spécifiques ;
- le secteur communautaire et des projets, spécifiques aux groupes vulnérables ;
- le secteur décentralisé représenté par les provinces dont certaines sont à un stade avancé du processus de planification voire de mise en œuvre de plans ;
- la structure nationale de coordination de la lutte VIH/SIDA.

Ce plan charnière devrait constituer le tremplin pour l'accompagnement, la formulation et la mise en œuvre du Plan National Multisectoriel pour les années à venir.

Mme. Evelyn QUAYE
National AIDS Control Programme
Counselling and Care Coordinator
Ghana

HIV/AIDS PREVENTION CARE AND SUPPORT IN GHANA

AIDS SITUATION IN GHANA

The first AIDS Case in Ghana was reported in 1986 and by the end of 1986 the total reported cases were 42. The cumulative total reported cases as at the end of December 2000 was 43,587. 90% of reported cases aged between 15 and 49 years and the average adult prevalence is 4.6%. About two thirds of the reported cases are females between age 15 and 24 years.

The Peak ages of AIDS cases are 25 - 34 for females and 30 - 39 years for males. This is due to earlier sexual activity by young females and the fact that they often have older men as their sexual partners. Ages 4 - 14 years are our window of hope and therefore there is the need to protect them from acquiring the infection.

The main modes of transmission are Heterosexual 75-.80%, vertical 15%, blood and blood products 5%. The serotypes are HIV 1 approx. 84%. HIV 2 4% HIV 1 + 2 12%. The awareness level is very high but has not been translated level is very high but has not been translated into behaviour change.

NATIONAL RESPONSE

The government of Ghana responded quickly to the epidemic planning for HIV/AIDS prevention in 1985, before the first case was reported.

In 1985 the National Advisory Committee on AIDS (NACA) was established. The government established the National AIDS/STI Control Programme (NACP) in 1987 to coordinate the national response to the epidemic. The NACP led in the development of a Short Term Plan (STP) for the prevention and control of HIV/AIDS/STIs that ran during 1987 – 1988. Subsequently NACP developed the first Medium Term Plan (MTP) that guided HIV/AIDS prevention and control efforts over the period 1989 – 1993 then MTP 2 from 1996–2000. National Strategic Plan – 2001 to 2005 was developed and the key components are :

- expanded multisectoral approach ;
- supportive policies and laws ;
- greater community participation ;
- effective surveillance, evaluation and research;
- improved STI diagnosis and treatment ;
- increased support services for HIV-infected and affected ;
- continued social and economic development.

In 1997, NACP led the drafting of a Policy document on HIV/AIDS. The purpose of the policy is to create a favourable environment for all HIV/AIDS control and prevention programmes, and to mitigate the social and personal consequences of HIV infection on those living with the infection and those who have already developed AIDS. (The policy is still in draft, yet to be adopted formally).

In September 2000 The Ghana AIDS Commission was established to co-ordinate the implementation of the National Strategic Framework..

The Ministry of Health had primarily been responsible for implementing the early programmes, as was typical in other African countries. However, other public sector ministries, the Private Sector, non-governmental organizations (NGOs) and People Living with HIV/AIDS (PLWHA) became more involved in the programme implementations. The priority interventions as covered in the Strategic Framework are :

- promotion of safe sex ;
- condom promotion ;
- management of Sexually Transmitted Diseases ;
- blood safety ;
- infection control ;
- nursing and clinical care ;
- counselling and home based care ;
- voluntary Counselling and Testing ;
- prevention of Mother to Child Transmission.

As at now more multisectoral approach is being taken to slow down the spread. HIV/AIDS prevention, care and support has been mainstreamed into other sector ministries, the private sector and other civil societies' activities.

HOW SOCIETAL AND CULTURAL ISSUES HAVE BEEN INTEGRATED INTO NATIONAL POLICIES AND PROGRAMMES FOR HIV PREVENTION

Since the onset of HIV epidemic in Ghana both the District Health Management Team (DHMT) Mission hospitals and some NGOs have carried out HIV/AIDS educational programme. However Health Care Providers have always been at the fore front of these campaigns, thus denying the community of the sense of ownership. With the stigmatisation and the negative attention that the communities showed over the past few years these efforts by Health workers and NGOs have not always achieved the desired results.

With the introduction of expanded multisectoral approach and the other components of the strategic program (listed above) there is greater involvement of other sectors within the society.

Under The Ghana AIDS Commission/NACP sectoral plans have been developed for each sector to institute AIDS prevention programme and thus there is greater involvement of partners from the society as whole.

Religious leaders, employers, chiefs and Queen mothers have taken up the integration of HIV/AIDS care and support into their activities. Some have put together policies and prevention strategies which fall in with the national policies and strategies for prevention.

In the introduction of new strategies and interventions NACP takes, the impact on the society and culture into consideration. Research is undertaken before such major interventions are implemented. An example is the prevention of mother to child transmission (PMTCT) Research was conducted in some communities to find out if it could be introduced. Majority of the community members responded positively and thus, this was an indication that PMTCT would well be accepted and should be implemented.

TRADITIONAL MEDICINE

Under NACP the Noguchi Research Institute is collaborating with herbalist in Akwatia one of the districts in Eastern Region of Ghana for Herbal Medicine for PLWAs. The research institute is looking into the efficacy of the medicine and its effects on the health and survival of the PLWAs.

QUEEN MOTHERS ASSOCIATION HIV/AIDS PREVENTION, CARE AND SUPPORT INITIATIVE

The Queen mother's Association in one of the districts in Ghana whose prevalence rate is above 5% (sentinel site) recognized the need to spear head the campaign to curb the rising HIV/AIDS epidemic.

Queen mothers as traditional leaders are responsible for the development and welfare of women and children within their communities. They are also responsible for arbitration in domestic and community problems, and referral of issues of higher dimensions to the chiefs. A key responsibility is the education of women, and children in societal and cultural norms, including woman hood and puberty rites in their communities.

The Primary target groups for this project were the young girls and boys within their communities. The Paramount Chief of the Traditional area requested that the education is started at an early age (12 years) as possible.

They also initiated modification into some traditional practices to reduce practices that would serve to enhance the spread of HIV/AIDS.

CAPACITY BUILDING

Capacity building in HIV/AIDS prevention counseling and home caring was conducted for 60 Queen mothers and other women leaders through an adult learning process in two batches of thirty in one of the most affected districts in Ghana.

They were taken through the following topics;

- basic facts about HIV/AIDS/STIs ;
- impact of HIV positive status on individuals family and community ;
- values, cultural and sexual practices as they relate to safer sex ;

- perception of illness and death in Ghana ;
- behaviour Change ;
- basic counseling and counseling skills ;
- pre and Post test counseling
- condom promotion and correct use including negotiation skills.

The methodology used for the training was lecture discussions, role plays, group work, discussion and Video shows. The local language was used for the training.

COMMUNITY EDUCATION

The Queen mothers have embarked on Community education on HIV/AIDS/STIs in their communities during funerals and other gatherings. They seek permission to have one hour at gatherings for HIV prevention and care education also to deal with their misconceptions and fears through questions and answers.

The Queen mothers at the performance of puberty rites, during which the young girls from age 12 years and above are confined for one week as part of their initiation into womanhood, grabbed the opportunity to include HIV/AIDS/STIs and their complications into the traditional training that are given to the girls.

They engage the youth and children in discussions, which would lead to abstinence, delaying sexual intercourse and practicing safe sex and encourage affected families to provide care to their infected relations.

They have also taken up the issues relating to HIV/AIDS orphans, by taking inventory of AIDS orphans in their community and planning to set up an income generation activities to support the orphans.

They have also linked with other sectors working on AIDS i.e churches, NGOs etc in their communities thus enhancing continuum of care.

CONDOM PROMOTION

The Queen mothers Association are promoting safe sex and proper condom use for those who cannot be faithful to their partners or abstain. Members of the association who manage shops, bars etc. are now selling both male and female condoms also.

REFERRAL SYSTEM AND LINKAGES

The Queen mothers Association are collaborating with Ministry of Health (District Health Management Team) in their community for referral purposes and clinical support; and condoms supply for sale.

Ghana Social Marketing Foundation also supplies them with condoms for condom promotion. Indeed the queen mothers are playing an active role in the District Response Initiative {DRI}.

TRADITIONAL LEADERS

Traditional leaders are presently taking the lead in advocacy. Many of them have been trained and are involved in AIDS education and prevention in their communities. They are mobilizing the community members to formulate steps in slowing down the epidemic.

An excellent example is the Asanteman AIDS prevention programme.

THE ASSANTEMAN AIDS PREVENTION PROGRAMME

The Asantehene, the strongest and highly respected Chief of the Ashantis, mobilized resources to set up the Asanteman HIV/AIDS prevention programme in the year 2000. This programme is covering all the 18 districts in the Ashanti region. Sensitisation and training of trainers to help in community mobilization and counselors have been trained and started work in some districts. The other districts will be dealt with pretty soon.

CONCLUSION

The National Strategic Plan and the policies took cognizance of the cultural practices and beliefs of the society at large. This is enhancing the incorporation of HIV/AIDS prevention and care, e.g. Traditional leaders playing advocacy role in their communities leading to community ownership.

It is expected that if all the components of the strategic plan are adopted by all partners the spread of HIV infection will reduce and the quality of care will improve for both infected and affected and Ghana will be a better place to live in.

M. Honorat ASSOHOUN
Chargé d'IEC
Côte d'Ivoire

L'EXPERIENCE DE LA COTE D'IVOIRE

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire, pays carrefour de l'Afrique de l'Ouest compte 15 366 000 habitants avec environ 38% de population musulmane, 34% de catholique, 18% de protestant, 5% d'animiste et 5% de sans religion.

Une soixantaine de langues nationales sont parlées en Côte d'Ivoire. Le français demeure la langue officielle mais les langues les plus parlées sont le Dioula et l'Agni-Baoulé.

Environ 30% de cette population est exposé au média. Ce chiffre atteint 80% à Abidjan.

La Côte d'Ivoire est, également un pays marqué par de grande mobilité de population.

C'est dans ce contexte multiculturel que la lutte contre le SIDA, doté aujourd'hui d'un Ministère, s'exécute au quotidien.

Il s'agit avant tout de promouvoir les comportements à moindre risque chez les jeunes, réduire la vulnérabilité de la femme face au VIH/SIDA, limiter l'incidence des IST, juguler les problèmes liés au préservatif, promouvoir la défense des droits et devoirs des PVVIH, réduire la transmission du VIH/SIDA chez les prostituées et les migrants.

Combattre les aspects négatifs de la culture populaire, promouvoir la lutte contre les facteurs socio-économiques responsables de la propagation du VIH et enfin assurer une prise en charge efficiente des malades.

La Côte d'Ivoire oeuvre également pour :

- une meilleure perception du VIH ;
- la promotion du dépistage volontaire ;
- réduire l'influence de l'environnement sociale dans le choix de la survie du nourrisson pour les mères infectées.

Pour cela d'énormes efforts ont été déployés au plan humain et matériel.

I- ANALYSE DE LA SITUATION

1.1- Situation épidémiologique

En 1999, la situation de la Côte d'Ivoire, après un analyse de la situation se présentait de la façon suivante :

- de 500 cas en 1987 on compte un total de 64 000 cas cumulés en 1999 ;
- la Côte d'Ivoire notifie à l'OMS et à FONUSIDA environ 6000 cas/an avec la présence du VIH- 1 et du VIH-2 ;
- de 1981 - 2001 : le VIH/SIDA est devenu la première cause de décès chez les hommes en Côte d'Ivoire ;
- les adultes jeunes (20-49 ans) représentent les principales victimes ;
- le sex ratio s'est inversé pour donner aujourd'hui 1,5 femmes pour 1 homme au lieu de moins de 2 hommes pour 1 femme en 1999 ;
- comme ailleurs, les femmes sont infectées à un âge plus précoce que les hommes ;
- une séroprévalence globale supérieure à 10 ;
- elle pourrait atteindre 12% à l'horizon 2005 ;
- chez les femmes enceintes en consultation prénatale, dans les dix régions sanitaires du pays, la séroprévalence se situe entre 9,5 et 14 % ;
- la séroprévalence chez les prostituées d'Abidjan est passée de 89% en 1992 à 32% en 1999 ;
- 25 % des malades des IST sont séropositifs ;
- 50 % des tuberculeux sont séropositifs ;
- projection statistique pour l'an 2000, 600 000 orphelins du SIDA.

1.2- Les groupes de population particulièrement affectés et/ou vulnérables

Quatre groupes majeurs ont été identifiés:

- les jeunes ;
- les femmes ;
- les professionnels du sexe ;
- les migrants.

Le jeunes

Elèves et étudiants des deux sexes, jeunes déscolarisés, les orphelins du SIDA qui gonflent le rang des enfants de la rue, les jeunes ruraux ainsi que les mineurs en prison. Cette frange importante de la population paie le plus lourd tribut au VIH/SIDA (80 % des victimes au VIH/SIDA ont entre 20 et 39 ans). Mais la réponse est insuffisante à leur niveau.

Les femmes

Triple vulnérabilité : psychologique, culturelle et socio-économique ;

Sous le poids de la tradition, le statut de subordination, d'infériorité des femmes a pour conséquence leur marginalité sociale, économique et politique actuelle ;

Plus dépendantes parce que moins instruites, à l'écart des nœuds de communication, de décisions, des secteurs d'activités gratifiantes, les femmes subissent la loi des hommes et de la société. La réponse nationale en faveur de la gente féminine est timide.

Les professionnels du sexe

Catégorie ayant des comportements à risque par excellence dans les années 1992, on constate une baisse notable de la prévalence du VIH/SIDA dans les sites prostitutionnels encadrés, grâce à des actions pertinentes mais assez limitées. Face à la diversification du monde de la prostitution il y a nécessité de mettre un accent particulier sur les mineurs, les prostitués masculins, les clients fidèles et les partenaires stables des prostituées.

Les migrants

C'est un groupe composé de travailleurs saisonniers, de routier et de réfugiés. La immigration est un facteur à haut risque pour la propagation du VIH/SIDA d'autant plus que 4 migrants sur 5 sont analphabètes et de niveau école primaire et 41,56% des hommes sont célibataires.

Les facteurs déterminants importants de la propagation du VIH/SIDA

- la pauvreté (matérielle, psychologique, intellectuelle et morale) ;
- la rupture des liens familiaux (déstabilisation et fragilisation de l'individu, conséquence ou cause de la pauvreté) ;
- les exigences culturelles (sororat, lévirat, excision, polygamie etc.).

Par rapport au thème de l'atelier, on peut entendre par culture l'ensemble des productions matérielles (économie, édifice) non matérielles (institution coutumière, croyance, religions, droit, morale) qu'un groupe se donne et qui ont un sens historiquement situé et daté. Cette culture organise et oriente la vie quotidienne des individus.

C'est en cela que la culture ne manque pas de devenir selon certains domaines ou certaines circonstances un facteur de risque. Elle impose ou interdit, en fonction de l'âge ou du sexe, du statut matrimonial et du degré d'inculturation, des rôles, des attitudes et des pratiques, hier sans conséquences mais, aujourd'hui à très haut risque, en rapport avec le VIH/SIDA. On peut citer par exemple le sororat, le lévirat, l'excision, la polygamie, les scarification raciale etc. Une des conséquences de la pratique culturelle est le statut d'infériorité actuelle de la femme, lequel statut est en partie responsable des risques encourus par la femme face au VIH/SIDA.

En effet, d'après une étude « SIDA et propagation du VIH en Côte d'Ivoire » menée par les professeurs TAPE Goze et DEDY Sery en 1995, l'homme et la femme ne se considèrent pas égaux au sein du couple. La femme étant dans une situation de subordination. Le fondement essentiel du mariage est la perpétuation du lignage d'où la procréation de type nataliste avec la condamnation de la stérilité et de l'avortement. On admet qu'un homme répudie son épouse pour cause de séropositivité et on trouve anormale qu'une femme quitte son mari pour la même raison. D'où la réticence des femmes à adhérer au projet de planning familial. Par ailleurs, l'on note également une mauvaise lecture du phénomène SIDA au sein des communautés rurales qui l'assimile à une ancienne IST et pense (par ignorance) facilement le guérir. Les IST étant considérées comme des maladies de femmes et pour femmes auxquelles

les hommes seraient étrangers. De ce fait, la femme est tenue pour responsable de tout cas de SIDA dans son foyer. D'où la forte marginalisation/stigmatisation de la femme dans le couple.

II - REPONSE NATIONALE

La Côte d'Ivoire compte parmi les pays pionniers de plusieurs interventions de pointe, notamment :

- le projet de Prévention et de Prise en charge des IST/SIDA chez les Femmes Libres et leurs Partenaires (PPP) ;
- le projet régional visant les migrants ;
- le projet d'appui aux communautés à travers l'encouragement d'activités génératrices de revenus ;
- la mobilisation rapide des personnes vivant avec le VIH pour obtenir leurs contributions à l'effort national de lutte.

Pourtant, des faiblesses ont été constatées dans la réponse nationale à l'épidémie :

- multisectorialité partielle et timide ;
- décentralisation en panne des moyens financiers.
- instabilité institutionnelle pendant deux années. Cependant, de nombreuses actions ont été menées au niveau de la prévention et de la prise en charge.

2.1- Au niveau de la prévention

Soutien marquant du groupe thématique ONUSIDA

- le PNUD en milieu rural ;
- le FNUAP avec les femmes ;
- l'UNESCO avec les jeunes scolarisés, les déscolarisés, les enseignants et les corps habillés ;
- UNICEF avec la prévention de la transmission mère-enfant (RETROCI et FSTI) La Banque Mondiale au niveau de l'agriculture et de l'enseignement.

Intervention des acteurs

Une floraison d'ONG de droit ivoirien est apparue avec le VIH/SIDA. Cependant certaines n'ont pu résister au désastre de l'inorganisation du manque d'expérience et de moyens financiers. Pour palier à cela, une cellule a été créé au Ministère de la santé publique pour appuyer les 197 ONGs identifiées dont celles des PV VIH un des exemples les plus remarquables est ESPOIR CI avec son centre de dépistage volontaire et anonyme (CIPS) :

- les ONGs de droit étranger contribuent a la promotion de comportements sexuels à moindre risque (Population Service Internationale a vendu plus de 20 000 000 de préservatifs en l'an 2000) ;

- le secteur privé s'implique de plus en plus dans la lutte contre le SIDA, on peut citer par exemple la CIE-SODECI dont les actions de lutte sont prises en charge par la caisse de solidarité de l'entreprise, FILTISAC, le PORT AUTONOME, CAPRAL, NESTLE etc... Ces entreprises perçoivent de plus en plus l'intérêt pour elles d'investir dans la lutte contre le SIDA.

On peut également citer parmi les intervenants :

- les structures religieuses Catholiques (CARITAS, la communauté ABEL) Musulmanes (secours médical islamique, la league des prédicateurs musulmans), les protestants qui apportent leur appui à la prévention ;
- les artistes musiciens sensibiliseront à travers leurs chansons : exemple : Alpha Blondy, Waby Spider, Meiway, Gadji Celi, Savan Alla, Sidonie etc... ;
- les associations corporatives : les associations de femmes, le Syndicat des Enseignants du Primaire avec un projet de sensibilisation pour 40 000 enseignants ;
- la réponse dans les régions est surtout celle de quelques comités régionaux et de quelques ONG appuyées par les bailleurs :
 - Bouaké (RSB, SAS) (France, Canada et Unicef) ;
 - Daloa (GTZ) ;
 - Abengourou (le Projet Ivoir-Belge) ;
 - Bondoukou, Aboisso et pour San-Pédro (le projet d'appui du PNUD).

2. 2- Au niveau de la prise en charge

Afin d'assurer des soins complets (médicaux) et une prise en charge psycho-sociale et économique aux personnes atteintes, la stratégie de prise en charge s'est fixé 5 actes d'interventions :

- la formation du personnel ;
- l'accès au dépistage (disponibilité et accessibilité) ;
- l'accès aux médicaments : traitements des infections opportunistes et antirétroviraux ;
- la réduction de la transmission mère-enfant ;
- les soins à domicile.

Formation

- des actions ont été entreprises pour former le personnel de santé à la prise en charge clinique, biologique et psychosociale de l'infection à VIH. Aujourd'hui de nombreuses compétences sont disponibles et les structures existent ;
- élaboration des algorithmes de traitement des infections opportunistes sous la base de la liste des médicaments essentiels disponibles à la PSP et les guides réalisés : Prise en Charge mère-enfant, Prise en Charge psychosociale, Soins infirmiers, Stratégie nationale de diagnostic biologique ;
- décentralisation des activités de PEC de dix régions sanitaires avec 27 cellules créées à l'intérieur du pays et 16 cellules à Abidjan. 850 agents ont été formés pour l'animation de ces structures ;

- promotion et soutien des actions communautaires: création du Centre SAS à Bouaké avec la réalisation de projets générateurs de revenus appuyé par le PNUD.

Accès au dépistage

- création d'une sous- commission biologie à l'ex-PNLS et élaboration de stratégie visant le choix des réactifs et tests rapides ;
- une politique de tarification sociale unique de 1000 Francs CFA par test ;
- création en plus du CIPS de 2 CIDV à Bouaké et Korhogo.

Disponibilité et accessibilité des médicaments

Disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires pour le traitement des infections opportunistes. Politique de recouvrement des coûts pour le renouvellement des réactifs. Arrêté ministériel classant le malade du SIDA comme malade hospitalisé lui donnant ainsi accès à la pharmacie des hôpitaux publics pour l'achat des médicaments à prix réduit (PSP). Mise en place de l'Initiative ONUSIDA pour l'accès aux traitements antirétroviraux en 1997.

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

- en 1993 mise en place de la cellule mère-enfant ;
- élaboration des recommandations de politiques de prévention PTME 1993-1995 ;
- formation du personnel de santé des PMI et maternités à la proposition de test de dépistage aux femmes enceintes en consultation prénatale ;
- application des résultats des essais pilotes sur l'AZT (Projet Ditrane et Projet RETROCI) ;
- mise en place du fond de solidarité thérapeutique international (FSTI) dans quatre formations sanitaires publiques d'Abidjan (Koumassi, Marcory, Yopougon Attie et Yopougon wassakara) ;
- mise en oeuvre du programme de prévention de la PTME avec comme site pilote la FSU d'Abobo et l'Hôpital Général de Port-Bouët (Abidjan).

Au delà des structures centrales, l'ex-PNLS aujourd'hui Ministère, il faut reconnaître la contribution de certains autres acteurs qui apportent un appui considérable à la prise en charge des malades. Ce qui a permis de mettre en place un dispositif comprenant les centres accrédités (disponibilité des médicaments et suivi biologique) les centres de suivi (thérapeutique et biologique) les centres de prise en charge pour le traitement des infections opportunistes (intérieur du pays).

Parmi ces structures on peut citer :

- les ONGs : Espoir Côte d'Ivoire (visite) Ruban Rouge (Centre Plus de Yopougon), AMEPOUH, Hope Worlwide CI (CASM), Médecin du Monde etc ... ;
- les groupes religieux: CARITAS CI, Communautés ABEL VIA, Hôpital Baptiste, Hôpital protestant de Dabou, le Centre OASIS (Congrégation des soeurs de la charité), le CESDA (Centre d'éducation sanitaire des sœurs Dorothées d'Alépé) ;

- les tradipraticiens ou naturothérapeutes.

Soins à domicile

Des actions sont menées pour:

- la finalisation d'un guide de soins à domicile ;
- la formation des acteurs de cette activité ;
- réflexion sur les stratégies de mise en place.

III- LE PLAN D'ACTION 2001-2002 DU MINISTERE DELEGUE AUPRES DU PREMIER MINISTRE CHARGE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Janvier 2001 : création du Ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé de la lutte contre le SIDA (MLS).

Cinq domaines d'actions prioritaires :

- prévention ;
- prise en charge ;
- multisectorialité et décentralisation ;
- mobilisation des ressources ;
- recherche et formation.

3.1- Prévention

- il s'agit de : promouvoir des comportements sexuels à moindre risque ;
- promouvoir le dépistage volontaire, gratuit et anonyme ;
- promouvoir la prévention de la transmission mère-enfant ;
- promouvoir des programmes de prise en charge des prostituées et leurs partenaires ;
- promouvoir l'utilisation des préservatifs Assurer la sécurité transfusionnelle ;
- assurer la prévention de la tuberculose chez les PVVIH ;
- mettre en oeuvre les résultats porteurs de recherche par action déjà menée au niveau de tous les axes migratoires du pays ;
- renforcer la sensibilisation des personnes mobiles (routiers, commissions, réfugiés, travailleurs saisonniers, corps habillés, personnel en séminaire) ;
- sensibiliser sur les pratiques d'hygiène lors d'actes à caractère vivasif (pratiques culturelles) ;
- élaborer et mettre en oeuvre le plan de communication du Ministère délégué ;
- organiser à l'échelle nationale la journée nationale du SIDA (1 décembre).

3.2- Prise en charge

- rendre accessible les ARV et les médicaments traitant les infections opportunistes
- sensibiliser les PVVIH pour la redynamisation du réseau et leur implication dans la prise en charge ;
- renforcement de la prise en charge psycho-sociales des PVVIH ;
- renforcement des prises en charge économique des PVVIH
- renforcement de la prise en charge des orphelins ;
- organisation de la défense et de la protection des PVVIH et des personnes affectées ;
- promouvoir l'accès aux soins des routiers et camionneurs par la création de case de santé aux frontières et aux escales.

3.3- Multisectorialité et décentralisation

Elaborer une plate forme de concertation multisectorielle ;

- organiser des rencontres avec tous les acteurs ;
- renforcer le processus de décentralisation ;
- installer les comités régionaux, départementaux, sous-préfectoraux, communaux et villageois ;
- renforcer la participation des associations, ONG, OAC.

3.4- Recherche et formation

- renforcer le dispositif national de recherche ;
- étudier les déterminants socio-comportementaux et économiques ;
- promouvoir la recherche sur le vaccin ;
- assurer la surveillance épidémiologique ;
- former les acteurs de lutte contre les IST, le VIH et la tuberculose ;
- assurer le suivi et l'évaluation.

Mobilisation des ressources (humaines, financières, techniques)

Organiser le plaidoyer en direction :

- du Gouvernement ;
- des parlementaires ;
- des partis politiques ;
- des partenaires au développement ;
- des préfets de régions ;
- des Maires ;
- de la chefferie traditionnelle ;
- des chefs religieux ;
- du Patronat ;

- des syndicats.

Renforcer le partenariat (à travers la création d'un fond de solidarité et en assurer le suivi et institutionnaliser des lignes budgétaires anti-SIDA des Ministères et des Entreprises avec un suivi bien assuré.

CONCLUSION

Au regard de tout ce qui précède, la lutte contre le SIDA a été bien amorcée en Côte d'Ivoire. Cependant de nombreux écueils restent à surmonter. Ce qui n'empêche pas les acteurs de fonder de nouveaux espoirs dans :

- le démarrage prochain des essais cliniques d'un vaccin avec la mise en place d'une cellule vaccin ;
- la transformation en programme des nombreux projets pilotes ;
- l'extension du programme de prise en charge des prostituées et leurs partenaires ;
- la généralisation de l'accès aux soins.

Le SIDA est bien un défi pour tous.

M. Jean Benoît GONDA
Sociologue de la Santé PNLs/RCA
République Centrafricaine

L'EXPERIENCE DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

I- PRESENTATION DE LA RCA

1.1 Situation géographique

La République Centrafricaine est limitée au Nord par le TCHAD, à l'Est par le SOUDAN, à l'Ouest par le CAMEROUN et au Sud par les deux Congo. Elle couvre une superficie de 623.000 KM². La configuration du pays révèle que c'est un pays enclavé dont la capitale Bangui se situe à 1000 km à vol d'oiseau des ports de Pointe Noire au Congo et de Douala au Cameroun.

Ces deux ports constituent les principaux débouchés sur l'océan atlantique où transitent les produits manufacturés qui alimentent le pays.

Sur le plan administratif, la République centrafricaine est subdivisée en 16 préfectures, 69 sous-préfectures, 174 communes et 8000 villages et quartiers.

1.2 Situation démographique

Avec un taux d'accroissement naturel de 2,5 %, la population centrafricaine est estimée en 1999 à 3.768.000 habitants. La densité moyenne est de 6 habitants au km².

La population jeunes représente 55 % de la population totale, la population adulte c'est à dire les 20-59 ans 40 % et les personnes âgées 5 %. On peut donc conclure que la structure de la population centrafricaine se caractérise par sa jeunesse. Selon l'ONUSIDA, l'espérance de vie était estimée à 44,9 ans en 1997 contre 48,3 ans en 1995 et 54 ans en 1990.

1.3 Les indicateurs de développement

Malgré la richesse de nos multiples ressources naturelles (diamant, or, uranium, bois etc ...) la République Centrafricaine reste l'un des pays les moins avancés du continent. Elle se classe au 166^{ème} rang selon l'indice de Développement Humain Durable du PNUD de 1999. Son Produit National Brut s'est détérioré entre la fin des années 80 (480 Dollars US) et la fin des années 90 (280 Dollars US).

- taux brut de natalité = 41,6 ‰
- taux de mortalité = 16,7 ‰
- taux de mortalité infantile = 97 ‰
- taux de mortalité infanto – juvénile = 157 ‰

- taux de scolarisation = 53,8 %
- taux d'analphabétisme = 46,6 %

II- SITUATION DE L'INFECTION AU VIH EN RCA

2.1- Epidémiologie et dynamique de l'épidémie de l'infection AU VIH

Les premiers cas du SIDA ont été identifiés en République Centrafricaine en 1984, à partir d'une étude randomisée de séroprévalence montrant un taux de 2 % dans la population de 15-45 ans. Des enquêtes sanitaires menées entre 1986 et 1988 ont confirmé une prévalence à la hausse de 4 % à 8 % suggérant que l'épidémie a véritablement débuté à la fin des années 1970. Le mode principal de contamination du VIH/SIDA en République Centrafricaine est la voie hétérosexuelle, les MST favorisant la transmission du VIH. Compte tenu de la prévalence élevée chez les femmes enceintes, la transmission du VIH de la mère à l'enfant est importante.

Elle associe la transmission in utéro et périnatale et la transmission post natale par le lait maternel. Dans ces conditions, le taux de transmission de la mère infectée à l'enfant dépasse 30 %. La transmission par le matériel contaminé ou du sang non sécurisé n'est probablement pas négligeable, quoique bien difficile à évaluer. Les modes de transmission par toxicomanie intraveineuse ou homosexualité masculine ne sont pas rapportés dans le pays.

La séroprévalence dans la population générale de Bangui est, selon les projections de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) datant de 1994 de 15 %. Elle est toujours selon ces mêmes projections de 8 % dans la population générale urbaine de la République Centrafricaine et de 4 % dans la population générale rurale. Toutes les tranches d'âge sont touchées, surtout la tranche d'âge de 15 à 45 ans, les femmes sont infectées plus précocement que les hommes : ainsi, les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont 5 fois plus infectées que les hommes de la même tranche d'âge. D'un site sentinelle à un autre, la séroprévalence chez les femmes enceintes varie de 5,3 % à 25 % (1998). Au cours des cinq dernières années, les prévalences rapportées variaient de 16 % à 29 % selon les centres de santé chez les patients consultant pour MST ; elles étaient de l'ordre de 15 % chez les travailleurs. Les données épidémiologiques récentes de l'année 1999, estimées à partir des fils actifs des différents centres de prise en charge des MST ou de dépistage sérologique, confirment des chiffres de contamination élevés. Ainsi 26 % des malades consultant au Centre National de Référence des MST, la principale clinique des MST de Bangui sont infectés par le VIH.

Au sein du même centre, l'Unité de Dépistage Volontaire ou « Unité de Dépistage Anonyme » indiquait une séroprévalence de 15,5 % chez les personnes venues se faire dépister ; celle-ci était de 4% chez les personnes dépistées de sexe masculin âgées de 15 à 24 ans et de 18 % chez les personnes dépistées de la même tranche d'âge. Chez les personnes dépistées âgées de 24 à 34 ans la prévalence était de 17 % pour les hommes et de 37 % pour les femmes. le Centre National de Transfusion Sanguine indique que 11 % des donneurs de sang étaient séropositifs en 1999. Depuis 1988, le Programme National de Lutte contre le SIDA a mis en place un système de collecte des données sur les cas de SIDA, défini suivant les critères OMS/Bangui de 1985, grâce à une fiche navette conçue avec la collaboration des cliniciens du Centre National Hospitalier Universitaire et des autres Hôpitaux de Bangui. Le nombre cumulé de cas de SIDA déclarés est passé de 622 en 1988 à 3.313 au 31 Décembre 1991, soit un facteur de 5 sur 3 ans. Le cumul des cas de SIDA avérés notifiés par les

établissements de soins au Service National de Lutte contre le SIDA est en 1990 et 1997 était de 10.208 cas (chiffre largement sous estimé).

2.2- Impact de l'épidémie à VIH/SIDA

Cette épidémie revêt un caractère multidimensionnel qui se traduit par son impact sur les différents secteurs de développement.

2.1.1 Impact sur la santé de la population

L'infection à VIH/SIDA a augmenté la morbidité et la mortalité au sein d'une population dont l'état de santé est déjà précaire.

Ainsi, dans le service de Médecine Interne de l'Hôpital Communautaire l'un des trois hôpitaux référents de la capitale Bangui, 66 % des malades sont admis pour des pathologies opportunistes liées au SIDA avec notamment une co-infection par la tuberculose (78 % des Tuberculeux sont VIH+). 95 % des malades admis étaient ignorants de leur statut sérologique vis à vis du VIH. Le taux de mortalité constaté y est très élevé (24 %).

Dans les structures sanitaires de base (15 Centres de Santé Urbains) on assiste à une augmentation très importante de nombre de consultation qui a triplé sur les trois dernières années. Cependant, les enquêtes épidémiologiques montrent que les actions de dépistage réalisées par le personnel de santé sur cette population restent très insuffisantes, puisqu'à peine 2% de ces patients ont bénéficié d'un test concernant le suivi des femmes enceintes, à peine 6 % d'entre elles ont eu un test VIH dont les résultats, quels qu'ils soient, restent souvent non communiqués. Les frais induits par la maladie deviennent très lourds et le plus souvent incompatibles avec le budget de la famille.

2.2.2- Impact sur le système éducatif (situation très préoccupante)

La réduction du taux d'analphabétisme implique la mise à disposition de ressources humaines suffisantes et expérimentées, matérielles et des infrastructures conséquentes. Les résultats de l'étude UNICEF/PNUD/autres partenaires sur l'impact du VIH/SIDA sur le système éducatif centrafricain et suivi de l'objectif de l'éducation primaire pour tous » est préoccupante : le SIDA est apparu comme la première cause de décès des enseignants en RCA et surtout chez ceux, en pleine activité professionnelle. Au titre des années scolaires 1996 et 1997, l'infection à VIH/SIDA a été responsable de 85, 71 % des cas de décès des enseignants. Projection faite sur la période 1997 à 2005, 71.520 enfants âgés de 6 à 11 ans ne pourront être correctement scolarisés dans cinq des sept Inspections Académiques que compte le pays.

2.2.3- Impact sur les ménages

C'est au niveau de la famille que l'impact de l'infection pèse le plus, de l'installation de la maladie jusqu'au décès par :

- une réduction progressive des revenus du ménage (diminution de la main d'œuvre du ménage invalidité, décès) ;
- une redistribution des responsabilités ;

- un transfert d'une bonne part des revenus pour assumer les frais médicaux sans cesse croissants au détriment des autres besoins du ménage. A titre d'exemple, le coût moyen d'une méningite est de 30.000 F CFA alors que le Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) est aujourd'hui de 18.850 F CFA;
- le coût des funérailles souvent très élevé oblige à des dépenses supplémentaires qui viennent aggraver le déficit du budget familial;
- l'augmentation constante du nombre des orphelins estimé à près de 70.000 fin 1999, souvent livrés à eux mêmes entraîne une exposition croissante à la délinquance : 2640 enfants de la rue recensés pour la même année.

La République Centrafricaine est au 10^{ème} rang des 24 pays les plus infectés en Afrique au Sud du Sahara mais au 1^{er} rang des pays de la Sous Région d'Afrique Centrale.

Aujourd'hui, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA est estimé à 240.000 dont 230.000 adultes (15-49 ans) et 10.000 enfants (0-14 ans) source = ONUSIDA/OMS Juin 2000.

III- LES REPOSES NATIONALES FACE A L'EPIDEMIE

En réponse à cette situation évolutive et préoccupante du SIDA, le Gouvernement de la République Centrafricaine a développé trois plans nationaux de lutte contre l'épidémie : il s'agit du Plan à Court Terme ou plan d'urgence (PCT) 1987 –1988 ; du Plan à Moyen Terme de 1^{ère} Génération (PMT I) 1989-1993 et du Plan à Moyen Terme de 2^{ème} Génération (PMT2) 1995-1999.

Le Plan à Court Terme (PCT) avait pour objectif de mettre en place les structures d'intervention et d'évaluer le niveau de connaissance de la population vivant dans la capitale Bangui ainsi que ses attitudes et pratiques face à l'épidémie.

Des activités de mobilisation et de sensibilisation ont également été développées dans le cadre de ce plan d'urgence et se sont traduits par la production de matériels éducatifs, la formation des acteurs et les campagnes de sensibilisation (actions de masse et ciblées).

Le Plan à Moyen Terme de 1^{ère} génération (PMT I) a mis essentiellement l'accent sur le renforcement des actions de prévention alors que le PMT II a mis l'accent sur le développement de stratégies pour la réduction de l'impact psychologique, médical et socio-économique de l'infection à VIH/SIDA.

3.1- Les actions de prévention du VIH/SIDA

En ce qui concerne les actions de prévention, les domaines d'intervention ont porté sur la promotion de comportement sexuel à moindre risque (entre autre le marketing social de préservatifs), le diagnostic précoce et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST), la sécurité transfusionnelle ainsi que le développement du secteur «Information/Education/ Communication».

Cependant l'approche culturelle et sociétale n'a pas été beaucoup prise en compte par les différentes stratégies mises en place pour mener la lutte contre le SIDA.

a) Sur le plan culturel

En effet, il faut reconnaître que les déterminants culturels et sociaux ont largement contribué à la propagation du VIH/SIDA en République centrafricaine mais, pendant longtemps, elles ont été ignorées ou laissées de côté.

L'analyse de la situation du VIH/SIDA en République centrafricaine a révélé que certaines valeurs socio culturelles traditionnelles liées à la culture centrafricaine qui ont encore cours dans certaines parties du pays et qui s'articulent autour du mariage, de la pratique du lévirat de la circoncision ou du pacte de sang etc ... contribuent à la propagation de l'épidémie.

Le mariage : Est souvent une affaire familiale et donc, il revient aux parents de se concerter à l'insu des futurs conjoints et de décider de leur union. Si cette pratique a l'avantage de consolider les liens entre deux clans/familles et de susciter au sein des différentes cellules familiales fierté et honneur, il n'en demeure pas moins qu'elle constitue une atteinte à la liberté individuelle ou peut aussi concerner deux personnes de différentes générations et renforce la polygamie qui concernait 12 % des familles centrafricaines (RGPH 1994-1995) .

La pratique du lévirat et du sororat

Elle est encore monnaie courante en République centrafricaine pour des raisons de dot versée, de relève dans l'éducation des enfants. Cependant, la plupart des veufs et veuves qui se remarient ignorent tout de leur statut sérologique et même de celui de leur conjoint décédé constituant ainsi des personnes susceptibles de transmettre le virus du SIDA. Cette cause est cependant rarement mise en exergue comme étant à l'origine de décès mais c'est plutôt la sorcellerie, le fétichisme, la jalousie etc... qui sont le plus souvent évoqués.

La circoncision : Elle est obligatoire dans la société centrafricaine. Mais on note aussi qu'une bonne partie des ethnies pratiquent encore l'excision. Bien que ces cérémonies soient un moyen efficace pour la formation des jeunes à la vie adulte, il y a cependant lieu de déplorer leurs méthodes et pratiques (l'utilisation d'un même instrument, l'absence d'aseptie etc...) qui constituent pour les excisés et les circoncis autant de risques d'attraper le SIDA.

Le pacte de sang : Dans certaines ethnies centrafricaines, pour concrétiser une alliance ou faire preuve d'amour ou d'amitié, des couples de personnes procèdent au pacte de sang qui est un symbole de « fidélité ». La persistance de cette pratique dans un contexte de développement du SIDA est un autre facteur de risque.

Enfin il existe des tabous culturels qui sont établis sur l'éducation sexuelle malgré la prolifération des salles vidéo qui projettent des images pernicieuses parfois même obscènes.

b) Sur le plan social :

Comme nous l'avons dit plus haut, la population centrafricaine, caractérisée par sa jeunesse, est composée à 40 % d'adultes âgés de 20 à 59 ans avec une ratio de 91 hommes pour 100 femmes.

L'emploi fourni par la Fonction Publique est occupé à 84 % par les hommes. Dans ce contexte, les hommes sont au centre de la production des biens nécessaires à l'entretien de la famille. Ils dirigent dans 64 % des cas des ménages dont le revenu moyen est de l'ordre de

44.224 F CFA et contractent en toute liberté des rapports sexuels extraconjugaux. En outre, les femmes accèdent peu aux centres de décision aux plans socio-économiques et culturels et éprouvent d'énormes difficultés à négocier les rapports sexuels.

En résumé, la société centrafricaine tolère les rapports extraconjugaux des hommes, lègue en héritage l'épouse du défunt ou la sœur de la défunte aux parents survivants et est composée de femmes en majorité démunies. L'impact de cette organisation sociale est multiple et se traduit de la façon suivante :

- une inégalité entre les sexes aux plans socio-économiques et culturels qui enlève à la femme le pouvoir de décider de ce qui est bien ou mal pour elle ainsi que son entourage et confère à l'homme le pouvoir d'agir à son gré au mépris des normes sociales. Le corollaire en est le libertinage sexuel (multipartenariat violence sexuelle, pédophilie, rapports sexuels non protégés et/ou par contrainte dans le cadre du travail ou des études) et l'absence d'autonomie chez les femmes qui les oblige à pratiquer occasionnellement ou en professionnelle le commerce du sexe, encouragé de diverses manières par les mouvements migratoires de certaines catégories de la population (militaires, transporteurs, travailleurs migrants et miniers etc...) et/ou entretenu par certains hommes financièrement aisés ;
- un déni ou éludation du VIH dans le contexte du sororat ou du lévirat.

Ainsi la polygamie et les relations extraconjugales des hommes sont tolérées aussi bien par les hommes que par les femmes alors que l'adultère de la femme est fortement réprimé.

3.2- Lutte contre le SIDA et médecine traditionnelle

Le gouvernement de la République centrafricaine, conscient de l'importance des tradipraticiens dans la dispensation des premiers soins surtout dans un contexte de recouvrement des coûts de santé appliqué par les formations sanitaires, a initié avec l'appui de la Fondation Mondiale du SIDA, de Health Alliance International et de l'Université de Seattle à Washington un projet de Recherche-Action visant à mobiliser, à former et à impliquer les guérisseurs traditionnels dans la lutte contre le SIDA.

Au départ, 14 guérisseurs traditionnels de Bangui ont été identifiés et formés aux méthodes de prévention et de lutte contre le SIDA comme formateurs des formateurs. Ils ont ensuite été mis à contribution afin d'élaborer un guide pour assurer la formation de trois cent autres guérisseurs de Bangui et des provinces.

Six mois après les formations qui se sont déroulées dans les différentes localités, une évaluation a été faite et a révélé que 70 % des guérisseurs traditionnels formés contre 20 % des guérisseurs non formés avaient acquis une pratique à moindre risque pour la transmission du VIH/SIDA.

Cette action en direction des tradipraticiens a été quasiment l'unique action d'envergure qui a pris en compte l'approche culturelle et sociétale dans la lutte contre le SIDA. Il faut reconnaître que le parcours thérapeutique de la plupart des malades du SIDA en République Centrafricaine, dans un contexte de sorcellerie, de fétiche etc... finit toujours chez le guérisseur traditionnel. C'est pourquoi cette action a connue un véritable succès. Cependant,

la rareté des ressources financières après la fin du projet n'a pas permis au département de la santé de poursuivre cette expérience.

3.3- La prise en charge médicale ou traitement du VIH/SIDA

La prise en charge médicale de l'infection à VIH reste encore très parcellaire : l'accès aux soins est de plus rendu difficile parce que la majorité des personnes contaminées ne connaît pas son statut sérologique. Les malades infectés rentrent dans le système de soins le plus souvent à un stade très avancé de la maladie ou par le biais d'une infection opportuniste fréquente comme la tuberculose. La prise en charge médicale, quand elle existe, se limite généralement à des conseils nutritionnels et à la prévention et au traitement des infections opportunistes comme la tuberculose, la pneumocystose et la toxoplasmose (par le cotrimoxazole) ou encore certaines infections bactériennes indicatrices d'immuno-dépression comme la pneumopathie à pneumocoque.

Par opposition à ce schéma général en République centrafricaine, certaines formations sanitaires, assurent une prise en charge correcte des malades infectés par le VIH à tous les stades de la maladie, notamment la prévention et le traitement des infections opportunistes. Cette prise en charge est effectuée par les deux principaux hôpitaux de Bangui, l'Hôpital Communautaire et l'Hôpital de l'Amitié ainsi que par l'ONG « Amis d'Afrique ». La lutte contre la tuberculose qui est l'une des infections opportunistes les plus courantes est gérée dans le cadre d'un Programme National de Lutte contre la Tuberculose qui dépend du Ministère de la Santé et de la Population.

En ce qui concerne l'accès aux antirétroviraux, un projet pilote de prévention de la transmission mère-enfant à base de Névirapine financé par l'ONUSIDA et l'UNICEF est actuellement entrain d'être exécuté conjointement par le Service National de Lutte contre le SIDA et la Direction de la Santé Maternelle et Infantile.

Un programme d'accès au traitement antirétroviral (trithérapie) a été élaboré par le Gouvernement, l'ONUSIDA et les experts du Fonds de Solidarité Thérapeutique International (FSTI). Cependant, son exécution n'a pas encore commencé parce que les ressources financières n'ont pas encore été mises en place.

Toutefois ce programme devra démarrer incessamment même s'il faut commencer avec des ressources nationales.

Ceci dit, l'approche culturelle et sociétale dans le traitement du VIH n'a pas été beaucoup développée surtout que la République centrafricaine est encore à ses débuts en matière de traitement et de prise en charge des personnes infectées par le VIH.

IV- CONCLUSION

Si les deux Plans à Moyen Terme (PMT 1 et 2) ont donné des résultats mitigés, c'est parce que l'approche culturelle et sociétale très présente dans la propagation du VIH/SIDA en République centrafricaine n'a pas été prise en compte sinon ignorée.

C'est ainsi que dans le cadre du Processus de la Planification Stratégique (PPS), l'accent a été mis dans les deux premières étapes qui sont l'analyse de la situation et de la réponse, sur

l'approche culturelle afin d'arriver à une planification qui tienne compte de tous les aspects de la lutte contre le SIDA, notamment les aspects sociaux et culturels.

**Mme Yassin SOMPO-CEESAY,
Responsable du programme,
Foundation for Research on Women's Health, productivity and the environment
(BAFROW, Fondation pour la recherche sur la santé des femmes, la productivité et
l'environnement)
Gambie**

L'ACTION DE LA BAFROW DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Le VIH/SIDA est aujourd'hui l'infection la plus redoutée et la plus répandue dans le monde. Depuis cinq ans, la BAFROW réalise un grand nombre d'activités visant à freiner la rapidité avec laquelle le VIH et le SIDA se propagent en Gambie. Elle utilise pour cela une approche globale qui inclut les problèmes économiques, l'alphabétisation et la responsabilisation parce qu'elle est convaincue de l'interdépendance de ces trois volets dans l'étude du danger que le VIH et le sida représentent pour la santé humaine.

Information et conseil

Consciente du fait que l'absence ou l'insuffisance des services d'information et de conseil sur le VIH/SIDA risque de donner à la pandémie une chance de continuer à se répandre dans le pays, la BAFROW a créé une Unité d'information et de conseil qui comprend : 1) les groupes de sensibilisation de la jeunesse et 2) les dispensaires. Cette unité encourage la population à demander d'elle-même des conseils de sa propre initiative et à effectuer des tests de dépistage. Elle recueille et accumule des données et des informations qu'elle met à la disposition du public. Elle utilise des matériels imprimés, notamment des prospectus, bulletins, affiches, autocollants et T-shirts, qui contiennent des informations à visées "pédagogique" pour l'ensemble de la nation. Elle a recours aux moyens énoncés ci-dessus pour sensibiliser la population au danger du VIH/SIDA et lui expliquer comment l'éviter. De plus, elle explique dans sa documentation comment entretenir des relations avec les personnes atteintes par l'infection. Les membres du Groupe de soutien des femmes et du Groupe de soutien des hommes dans certains villages reçoivent de l'organisation des informations sur la façon d'être maîtres de leurs corps, autrement des rudiments d'anatomie et de physiologie leur sont enseignés.

Le Groupe de sensibilisation de la jeunesse réunit des jeunes de différentes écoles du pays au Centre d'information et de conseil où il leur parle du VIH/SIDA, des problèmes de santé qui y sont associés et des moyens d'éviter de le contracter. Le groupe possède des antennes dans des écoles de toutes les régions du pays. Il donne aux populations vivant à proximité de ces antennes des informations et des conseils sur le VIH/SIDA. Cette formule s'est révélée extrêmement utile dans la lutte contre le VIH/SIDA.

L'organisation donne aux femmes et aux jeunes- filles et garçons- des conseils sur le VIH/SIDA dans son centre gynécologique, dans son dispensaire itinérant et au Centre de sensibilisation de la jeunesse. Les conseils portent plus particulièrement sur la façon de prévenir le VIH/SIDA et d'y faire face.

Campagne de lutte contre les pratiques à risque

La BAFROW considère que le VIH/SIDA met gravement en danger la santé génésique. Elle s'efforce donc d'en promouvoir la protection et favorise toutes les mesures propres à rendre les parents responsables en organisant des formations par les pairs, des ateliers, des séminaires et des services de conseil individuel et familial. Dans le cadre de ses activités de sensibilisation, elle encourage les individus, et en particulier les jeunes, à l'abstinence. Pour ceux qui ne peuvent s'y résoudre, elle les engage à se protéger en utilisant le préservatif. De même, elle détermine avec précision les pratiques et comportements sexuels, les relations sociales et les valeurs qui permettent de rester en bonne santé. Elle fait vigoureusement campagne contre le mariage précoce qu'elle considère comme une pratique susceptible de mettre les jeunes femmes en contact avec le VIH/SIDA, en particulier lorsqu'on les marie à des hommes âgés et polygames qui ignorent leur état sérologique vis-à-vis du VIH/SIDA.

Parmi les actions qu'elle mène pour empêcher les filles d'être victimes du VIH/SIDA, elle s'oppose vigoureusement aux mutilations génitales féminines très répandues dans le pays. Il est indiscutable que ces pratiques dangereuses sont monnaie courante. Ainsi, 90 % des Mandinka, tribu la plus nombreuse du pays, sont circoncis. En règle générale, 70 % des filles gambiennes subissent des mutilations génitales (Rapport de la BAFROW, mars 1999). Cette coutume traditionnelle très répandue dans le pays favorise la contamination par le VIH/SIDA.

Par conséquent, la BAFROW ne cesse de demander qu'il y soit mis fin. Consciente du fait que la société gambienne accorde beaucoup d'importance aux mutilations génitales féminines car elle les considère comme un rite de passage pour les filles, l'organisation propose une autre forme sans mutilations. A la place elle institue un rite qui consiste à planter un arbre. La cérémonie a lieu à Ndemban et le projet s'intitule "My baby tree" (Mon petit arbre). Il a recueilli une large adhésion, en particulier de la part des jeunes et de ceux qui se sont laissés convaincre par les informations et les conseils de l'organisation procure.

La BAFROW a mis au point des matériels de formation sur le VIH/SIDA à l'intention de ses agents sanitaires, des coordonnateurs du Groupe de sensibilisation de la jeunesse, des formateurs et d'autres membres du personnel sur les problèmes concernant le VIH/SIDA. Ces matériels délivrent des messages qui incitent à renoncer aux pratiques sexuelles inconsidérées et immorales. Ils dissuadent fortement les jeunes d'avoir des relations sexuelles avant le mariage. L'organisation établit un lien avec le VIH/SIDA lorsque des questions relatives à la santé sont traitées dans son Centre pour la jeunesse à Banjul ou dans les établissements scolaires.

La BAFROW dispose également de documentaires sur le VIH/SIDA qu'elle projette au public dans ses centres et lorsqu'elle organise des formations, des ateliers et séminaires. Les Services de radiodiffusion et de télévision de Gambie ont à plusieurs reprises diffusé le film qu'ils ont réalisé conjointement avec l'organisation. Ce film a joué un rôle très positif dans l'action que mène l'organisation pour sensibiliser la population au problème du VIH/SIDA.

L'organisation considère que la pratique de la veuve donnée en héritage comporte un risque de contamination par le VIH/SIDA. Par conséquent, elle fait tout pour la déconseiller si un test de dépistage permettant de déterminer l'état de santé des futurs conjoints n'est pas pratiqué.

L'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales et la prostitution contribuent à la rapidité avec laquelle le VIH/SIDA s'étend dans le pays. La BAFROW collabore avec l'ECPAT et mène des campagnes véhémentes contre ces pratiques. Elle fournit dans son Centre de recherche et de documentation des documents sur les conséquences pour la santé de l'exploitation sexuelle et de la prostitution des enfants. Elle dispose de brochures qu'elle distribue aux parents et aux jeunes pour qu'ils puissent connaître les effets de ces pratiques sur la santé.

Activités du Groupe de sensibilisation de la jeunesse dans les secteurs formel et informel

La BAFROW associe son Groupe de sensibilisation de la jeunesse (YAG) à toutes ses activités pour s'assurer que les jeunes, qui constituent la part la plus nombreuse de la population, ne sont pas mis à l'écart de la lutte contre le VIH et le SIDA. Comme on l'a vu plus haut, ce groupe participe aux activités de diffusion de l'information et de conseil. Ils s'adressent aussi aux écoles qu'aux centres d'éducation non formelle pour sensibiliser la population au VIH et au SIDA. Ils rencontrent les gens dans les "ataya", se mêlent à eux et discutent de ce fléau que sont le VIH et le SIDA. Les membres du YAG mènent leur campagne en ayant recours au chant, aux représentations théâtrales et aux matériels de sensibilisation mentionnés ci-dessus, et ils organisent des ateliers, séminaires, conférences et colloques. Ils font parfois campagne contre l'abus des substances illicites. Sachant que l'abus de ces substances, à savoir le cannabis, la cocaïne ou l'héroïne, l'alcool, etc., peut conduire tout un chacun à ne plus rester maître de lui-même et à commettre des actes risquant de le mettre en contact avec le VIH/SIDA, l'organisation mène une campagne à la fois verbale et écrite contre l'usage de ces substances. Le YAG a déjà sensibilisé plus de 30 % des écoles du pays et a également assuré une formation-formateurs sur les MST et le VIH/SIDA à 327 jeunes pendant l'année écoulée.

Promotion de l'éducation

Sachant que l'éducation est capitale pour comprendre les problèmes du VIH/SIDA, l'organisation met en oeuvre des projets d'alphabétisation à Berefet, Dumbuto, Mandinaba et Ndemba pour sensibiliser les femmes en milieu rural aux maladies sexuellement transmissibles qui risquent de les amener à contracter le VIH et le SIDA. Elle a publié un recueil de textes sur les maladies sexuellement transmissibles (dont le VIH/SIDA) qui a été traduit dans les trois langues locales des Mandinka, Wollof et Fula.

Hygiène de l'environnement

La BAFROW fait prendre conscience aux populations de la nécessité d'une hygiène personnelle et d'une hygiène de l'environnement. Elle va jusque dans les maisons pour parler d'environnement et de santé. Elle sensibilise la population aux moyens d'éviter les risques de contagion que présentent les patients atteints de tuberculose et vulnérables à l'infection par le VIH ; elle pense en effet que faute de soins, ces patients pourraient bien contaminer les autres par leurs crachats et leurs saignements.

Compétences fonctionnelles

Sachant que les femmes, aussi informées soient-elles des problèmes du VIH et du SIDA, risquent, si elles n'ont pas les moyens de subvenir à leurs besoins, de changer souvent de partenaire et d'être ainsi exposées au VIH/SIDA, l'organisation a mis sur pied un dispositif qui les aide à être économiquement autonomes. Elles peuvent ainsi apprendre à fabriquer du savon, faire de la teinture par nœuds, fabriquer de la crème, de la purée de tomates, de la confiture de mangues, etc. Ce dispositif leur propose aussi des prêts et des systèmes d'épargne pour exercer leur métier.

Conclusion

Pour éliminer toute forme de complaisance de la part de la population, la BAFROW s'attaque au VIH/SIDA dans une perspective globale. Pour les personnes qui ont effectué un test de dépistage révélé négatif, il faut conserver le statu quo. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent pouvoir bénéficier de l'aide et des soins dont elles ont besoin, sans discrimination ni ostracisme. La BAFROW estime que cette approche se traduit par des changements de comportement durables.

Mme Aïssatou NIANG FALL
Présidente Nationale
Fédération des Associations Féminines
Sénégal

LE SIDA AU FEMININ

Dès les débuts de l'épidémie, en Afrique, le SIDA a concerné autant de femmes que d'hommes. Pourtant, celle-ci a été pendant plus d'une décennie perçue comme une affaire d'hommes. Aujourd'hui, c'est parmi les femmes que l'infection progresse le plus vite. Chaque jour, 6000 femmes dans le monde sont infectées, 90% d'entre elles vivent dans un pays en voie de développement, et sur 5 femmes vivant avec le VIH, 4 sont africaines.

C'est vers le milieu des années 80, 6 ans après les débuts de l'épidémie dans le monde, que les premiers cas de SIDA ont été diagnostiqués dans la région Maghreb-Moyen Orient. Dans les premières années et jusqu'en 1989, les femmes semblaient peu concernées. Aujourd'hui, leur pourcentage ne cesse d'augmenter. D'après l'OMS EMRO, il était de 17% en 1989, il atteint les 33% aujourd'hui. Au Maroc, ce pourcentage était de 8% en 1988, il est actuellement de 34%.

Les facteurs responsables de cette vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH sont biologiques, sociologiques, culturels et économiques. Je ne ferais que citer les facteurs biologiques pour m'attarder sur les facteurs socio-culturels qui sont le thème de ce colloque.

Certains facteurs se retrouvent partout, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement, d'autres sont plus spécifiques aux pays africains et à notre région.

Facteurs biologiques de vulnérabilité

De nombreuses études ont démontré que lors des rapports hétérosexuels (principal mode de transmission du VIH dans notre région) le risque de contracter l'infection à VIH est de 2 à 4 fois supérieur pour les femmes que pour les hommes. Les raisons de cette plus grande efficacité de la transmission hétérosexuelle chez les femmes sont le fait que, par rapport aux hommes, les femmes ont une surface plus importante de muqueuse exposée aux sécrétions sexuelles et que la concentration de virus est plus élevée dans le sperme que dans les sécrétions vaginales.

Il est également bien établi que le risque d'infection à VIH est plus important chez les adolescentes. Leur col utérin et leur muqueuse vaginale, qui n'ont pas atteint leur maturité physiologique et leurs sécrétions vaginales peu abondantes, font moins obstacle à l'entrée du VIH. Or en Afrique l'âge moyen de la première relation se situe entre 14 et 15 ans pour les filles alors qu'il est de 17 ans pour les garçons. Au Rwanda, plus l'âge du premier rapport sexuel ou de la première grossesse est précoce, plus l'incidence de l'infection à VIH est élevée. Les femmes suivies dans notre service pour infection à VIH sont en moyenne plus jeunes de 6 ans par rapport aux hommes.

Rôle des maladies sexuellement transmissibles

La présence d'une infection sexuellement transmissible (IST) non traitée constitue également un facteur biologique de vulnérabilité à l'infection à VIH. Elle multiplie par 300 à 400 % le risque de transmission du VIH. Or les femmes sont plus vulnérables aux IST que les hommes. De nombreuses études ont montré l'incidence élevée des IST chez les femmes africaines et l'incidence élevée de l'infection à VIH chez les consultant·es des cliniques IST. Les IST sont souvent non diagnostiquées et non traitées chez les femmes parce que dans 50 à 80 % des cas les femmes qui ont contracté une IST ne le savent pas, de par l'absence ou la discrétion des lésions ou des autres signes pathognomoniques, et du fait que les femmes, si elles sont monogames, n'imaginent pas qu'elles puissent être à risque.

L'absence de traitement est aussi liée au fait que les femmes ayant une IST, hésitent à consulter par crainte de la stigmatisation liée à ces infections.

Facteurs spécifiques à la femme africaine et maghrébine

A ces facteurs biologiques de vulnérabilité, qui sont communs à toutes les femmes, il faut rajouter des pratiques très répandues en Afrique et dans notre région, qui augmentent le risque de transmission du VIH. Ces pratiques sont :

L'assèchement des muqueuses

L'assèchement de la muqueuse vaginale, pour la satisfaction du plaisir du partenaire, fragilise la muqueuse vaginale et probablement augmente le risque d'infection à VIH. Cette pratique qui consiste en l'insertion dans le vagin de poudre d'hydroxyde d'aluminium, d'herbes ou d'argile, a été rapportée au Nigeria, au Zaïre, en Zambie, au Malawi, au Zimbabwe et en Afrique du Sud (6). Elle est également pratiquée dans plusieurs régions du Maroc.

La mutilation génitale des femmes

La mutilation génitale des femmes, dite excision, fait partie de l'arsenal mis en place par les sociétés traditionnelles pour maintenir sous contrôle la sexualité des femmes qui fait tellement peur. Cette excision, qui concerne 80 à 110 millions de femmes dans le monde, est encore une pratique courante en Egypte. Contrairement aux arguments avancés par ses défenseurs, cette tradition n'a aucun fondement religieux.

Cette mutilation génitale comporte un risque de transmission du VIH lié à la procédure chirurgicale elle-même et augmente la susceptibilité de l'infection à VIH du fait des brides et de l'altération de la flore vaginale.

La valeur accordée à la virginité

La valeur accordée à la virginité constitue également un facteur de vulnérabilité important, de par les conséquences dramatiques qui peuvent en découler.

Si dans nos sociétés, l'homme se doit d'avoir vécu avant son mariage, la femme, qu'elle ait 15,

30 ou 40 ans, se doit d'arriver vierge à la nuit de noces, point culminant de tout destin féminin.

Dans certains milieux en effet, une femme non vierge n'a aucune chance de se trouver un époux. Parfois, exclue du clan familial, elle n'a d'autre recours que de se prostituer. La peur de perdre cette précieuse virginité explique le fait que de nombreuses jeunes filles choisissent d'avoir des relations anales avant le mariage. Or, il est prouvé que les relations anales comportent un risque important de transmission du VIH.

Myriem, suivie dans notre service pour infection à VIH, était vierge à son mariage. Son époux qui se savait déjà malade, avait même exigé qu'on lui présente au préalable un certificat de virginité pour preuve de sa pureté. Au Maroc, comme dans de nombreux pays africains, il existe en effet une croyance qui veut que le mariage avec une vierge possède des vertus purificatrices: C'est ce qui explique peut-être, qu'à l'instar du mari de Myriem, 15 hommes suivis dans notre service, au fait de leur séropositivité, aient choisi d'épouser des vierges.

Notons par ailleurs que 65% des femmes suivies dans notre service pour infection à VIH ont été contaminées par leur mari et sont probablement arrivées vierges au mariage.

Discours de prévention

Il est très difficile dans notre contexte socio-culturel de concevoir un discours de prévention adapté à la réalité féminine, qui prennent en compte les différents facteurs qui rendent les femmes si vulnérables.

Bien sûr les journaux parlent de plus en plus de cette épidémie, il y a même quelques émissions à la télévision et à la radio. Mais les messages s'adressent en priorité aux hommes. Pour les 60% des Marocaines qui n'ont jamais été à l'école, le langage des médias est souvent incompréhensible. Et combien même elles seraient informées, les femmes n'en demeurent pas moins vulnérables. Car ce sont les hommes et la société qui imposent les règles du jeu. La pression sociale est si forte, l'image de soi si dévalorisée, le pouvoir de négociation si faible, qu'il est difficile, voire impossible, de parler de la nécessité de se protéger.

Dépendance économique

Cette absence de pouvoir de négociation est renforcée par la dépendance économique. Plus de 69% des femmes suivies dans notre service pour infection à VIH sont sans profession (contre 43% d'hommes) et 53% d'entre elles n'ont jamais été scolarisées.

Prisonnières de leur dépendance économique, les femmes sont donc prises au piège et souvent le spectre de la répudiation est plus fort que la peur du SIDA. Même quand le risque est là, proche, quand l'époux a une infection à VIH, les règles imposées par la société sont les plus fortes. C'est l'histoire de Hafida, de Khadija. L'une et l'autre séronégatives, savaient qu'elles devaient imposer le préservatif à leurs époux atteint de SIDA, mais le fatalisme, la violence, la pression des proches, furent les plus forts et l'une comme l'autre, arrivèrent un jour à l'ALCS, enceintes et séropositives.

Infection à VIH et maternité

L'annonce de la séropositivité, au-delà de la souffrance commune aux hommes et aux femmes signifie en plus pour les femmes qu'elles doivent faire leur deuil de ce qui assoit leur statut dans les sociétés de notre région, à savoir la maternité, le professeur Bousebsi psychiatre algérien, assassiné en 1993, disait dans son livre "Psychiatrie société et développement" que pour la femme algérienne, procréer, materner, allaiter, est sa noble fonction primaire. C'est officiellement, sa seule mission, son seul statut reconnu par le groupe. Dans ce contexte, choisir pour cause de séropositivité de ne plus avoir d'enfant peut signifier se couper du groupe, renoncer à son statut social. Peu de femmes arrivent à faire ce choix.

En conclusion, les campagnes d'information, si réussies soient-elles, ne peuvent donner aux femmes le pouvoir de se protéger. La prévention de l'infection à VIH parmi les femmes passe par la lutte contre leur déficit statutaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Global Strategic Plan : Women and AIDS. GPA-WHO, 25 May 1993, Genève.
- Duncan, Elizabeth M. First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease. Lancet, 1990,335 : 338-340.
- Ankrah EM. AIDS and African Women. Int Con AIDS, 1989, June 4-9, abstract n° TH. G.P.19
- Chao A. Risk Factors for HIV-1 Among Pregnant Women in Rwanda.
- Poster N° . MC3097. Int Conf AIDS. Florence. 1991.
- Pattullo AL, Nasio J, Malisa M, Ndinya Achola JO, Ronald AR, Plummer FA.
- Increased HIV-1 seroprevalence in women with genital ulcer disease presenting to an STD clinic in Nairobi, Kenya. Int Conf AIDS 1993, vol: 9 (2), abstract no. PO 20-3091.
- Sandala L, Lurie P, Rosemary Sunkutu M, Cahni EM, Hudes ES, Hearst N. Dry sex'and HIV infection among women attending a sexually transmitted diseases clinic in Lusaka, Zambia. AIDS 1995,9 (suppl 1) : S61-S68.

M. Emile Dally DIOUF
Président de SIDA SERVICE,
Sénégal

PRESENTATION DE SIDA SERVICE-CARITAS

L'expérience de SIDA SERVICE n'est pas ancienne. Quelques repères historiques permettront de s'en apercevoir. Mais, parce que cette action est aujourd'hui une réponse d'Eglise face à la détresse humaine, elle est importante. Les activités que je vais énumérer sont la réponse concrète que les membres de l'association essaient d'apporter aux nombreuses situations que connaissent les personnes infectées ou affectées par ce terrible mal.

La spécificité de SIDA SERVICE tient aussi à ses options fondamentales qui lui permettent de rester fidèle à l'enseignement de l'Eglise mais ouverte à toute collaboration dans cette croisade contre le SIDA où chacun doit pouvoir jouer sa partition. Il y a là un enjeu de cohérence qu'il nous faut pouvoir évaluer sans arrêt.

I- QUELQUES REPERES HISTORIQUES

De SIDA SERVICE, je disais lors du Colloque International SIDA et Religion : « c'est une petite association ». Elle compte plus de 200 membres répartis dans différents diocèses du Sénégal, de la Gambie voisine et de la Guinée Bissau. Se fondant sur une option de pluridisciplinarité, médecins, travailleurs sociaux, enseignants, religieux et religieuses, prêtres, étudiants, sociologues, magistrats, avocats, jeunes (parfois sans emploi) se dévouent à des activités de prévention et d'accompagnement « selon la vérité et dans la charité » une formule qui nous est chère.

SIDA SERVICE est née de la nécessité en mars 1992 d'apporter une information sur le Sida à des élèves du Collège Sacré-Cœur de Dakar qui en demandaient. Les premières séances d'animation sont parties de là, grâce à la disponibilité d'une religieuse, membre de l'Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal (APSPCS) et d'autres personnes informées et disposées pour cette action en milieu scolaire.

De mars à octobre près de 3000 jeunes de la 4^e à la Terminale sont sensibilisés sur le Sida et ses conséquences médicales, sociales, économiques, morales et religieuses, à travers les établissements privés catholiques du diocèse de Dakar.

En Janvier 1993, se tient l'Assemblée Générale constitutive, puis suivent au fil des mois les premiers séminaires de formation pour les membres ainsi que des interventions dans d'autres régions que Dakar.

Surtout en 1994, débutent les activités d'accompagnement, se crée un réseau de partenariat et se met en place un service de documentation et d'information.

En 1995, la Charte de SIDA SERVICE est élaborée, une équipe de volontaires est mise en place devant le développement des activités.

Janvier 1996 marque un moment important dans la vie de l'Association puisque du 9 au 10 de ce mois se tient à Dakar un Colloque National « *SIDA et Religion, Réponses des Eglises Chrétiennes* ». Cette rencontre d'une très grande envergure et riche de ses résultats marque en même temps, la reconnaissance de l'association au sein de l'Eglise où elle bénéficie du soutien des Evêques qui ont participé aux travaux . Eux-mêmes recommanderont la création de comités dans chaque diocèse. Ce qui est aujourd'hui effectif.

Ce colloque marquera aussi, en quelque sorte, la reconnaissance au plan national voire international de SIDA SERVICE. Dès lors se développe une collaboration notamment avec le Comité National de Lutte contre le Sida en direction de diverses actions dont l'organisation à Dakar, en octobre – novembre 1997, d'un colloque international SIDA et Religion qui aboutira à la mise en place d'une alliance des religieux et experts médicaux contre le SIDA. Dans la période, des documents sont élaborés tels que le Guide de l'accompagnement et celui de l'animateur pour les pairs-éducateurs.

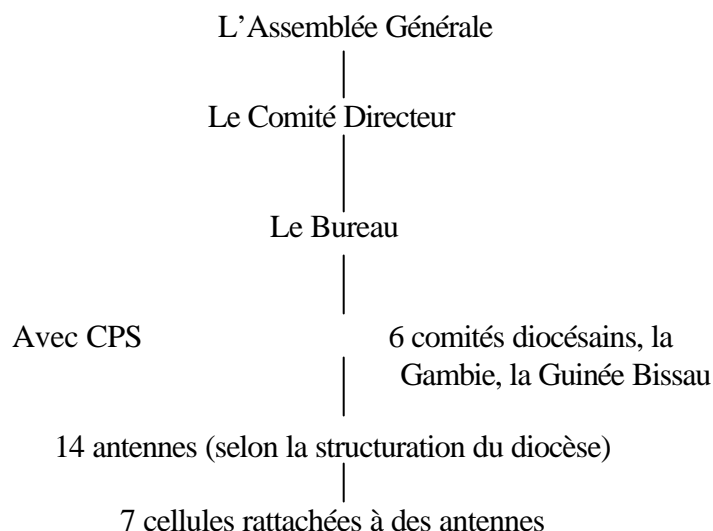
Octobre 1999 voit la création d'un Centre de Promotion de la Santé (C.P.S.), ceci marque définitivement un tournant dans la vie de notre association. Il sera béni en janvier 2000 par le Nonce Apostolique Mgr Jean Paul GOBEL.

3 Janvier 2001 : Inauguration officielle par Mr Abdoulaye WADE, Président de la République en présence des Evêques du Sénégal et du Nonce Apostolique, le parrain est le Cardinal Hyacinthe THIANDOUM.

1 mars 2001 : Installation de SIDA-SERVICE en Guinée Bissau : l'Evêque de Guinée Bissau, Mgr José CAMNATE a installé officiellement SIDA-SERVICE dans le pays qui ne comptait qu'un seul diocèse. Depuis lors, un deuxième est fondé par sa Sainteté le Pape Jean Paul II.

II- ORGANISATION

Comme pour tout corps la naissance de l'association nous conduit à une organisation conséquente. La création, en janvier 1998 du poste de Secrétaire Exécutif permet une meilleure gestion de l'association, de ses activités et de ses relations. L'organigramme se structure ainsi :



III- ACTIVITES

1-IEC : je le disais, SIDA SERVICE est née de la nécessité de donner l'information la plus complète et la plus juste possible sur le Sida. C'est ainsi que dans tous les comités diocésains, se mènent des activités d'information, éducation, communication (I.E.C.) en milieu carcéral, scolaire, comme associatif et actuellement, à Dakar, à l'intérieur du Centre de Promotion de la Santé et en dehors, dans les quartiers.

2- ACCOMPAGNEMENT : Il occupe une place importante dans les activités ; Il est spirituel, médical et psycho-social. Des religieux(es), des médecins, des assistantes sociales assurent respectivement ces types d'accompagnement. Une pharmacie permet d'apporter une aide en matière de médicaments.

L'accompagnement psycho-social intègre aussi des projets générateurs de revenus de manière à rendre les personnes vivant avec le VIH plus autonomes, notamment face à leurs frais de santé, et même à leurs moyens de subsistance. Vingt (20) personnes, aujourd'hui, bénéficient de ces projets.

3- FORMATION : La formation est une préoccupation majeure en particulier celle des membres. Elle porte généralement sur les techniques d'animation, le counselling, l'esprit et la philosophie de SIDA SERVICE, la formation religieuse et spirituelle. Au sujet de l'adhésion à SIDA SERVICE, c'est un processus qui consiste à présenter aux personnes qui la sollicitent la charte de SIDA SERVICE et son commentaire. Selon leur accord ou pas leur sont présentés les statuts et le règlement intérieur. La personne signe alors le formulaire d'adhésion puis vient la formation requise.

D'autres formations sont assurées dont celle des relais communautaires ; Ce sont les pairs-éducateurs dans le milieu des jeunes surtout, mais aussi les enseignants en sciences naturelles et en économie familiale qui peuvent ensuite prendre le relais.

4- Le C.P.S. : Le Centre de Promotion de la Santé mérite une présentation spéciale au regard de sa nouveauté dans la démarche de SIDA SERVICE et du rôle qu'il est appelé à jouer dans la stratégie nationale de lutte contre le SIDA. Il comporte deux pôles d'activités :

1- *Pôle des activités spécialisées* comprenant :

- un service d'accueil, d'écoute, de conseils, d'orientation ;
- un service de Santé Maternelle et Infantile, de conseil conjugal et d'éducation à vie familiale ;
- un service sur les infections sexuellement transmissibles et le SIDA ;
- un service de formation de relais communautaires ;
- un service de documentation.

2- *Pôle du laboratoire* : un laboratoire équipé pour le dépistage anonyme et gratuit du VIH/SIDA.

- les conseils pré et post – tests
- les analyses médicales (hématologie, sérologie, bactériologie, biochimie).

Un personnel spécialisé travaille dans ce service qui est en relation avec le laboratoire de référence du professeur Souleymane Mboup à Dakar.

Cette expérience est très suivie au Sénégal par les différents acteurs de la lutte contre le Sida puisqu'il y a une volonté de créer des centres de dépistage du VIH/SIDA à travers le pays avec la collaboration de SIDA SERVICE.

IV- LES OPTIONS FONDAMENTALES DE SIDA SERVICE

C'est sans prétention aucune que nous parlons de ces options qui guident notre action ; elles procèdent de notre choix à rester dans une certaine cohérence par rapport à notre vision de l'homme inspirée par la foi. Elles déterminent la manière dont nous sommes perçus (ce que nous avons à assumer) mais aussi notre manière d'agir et d'être au sein de l'association. Le texte fondamental de ces options est la charte de SIDA SERVICE. Sans en faire une présentation exhaustive, elle nous indique que :

- 1- le SIDA lance à tous un double défi que l'Eglise, pour sa part, veut accueillir à travers des actions de prévention et d'assistance aux personnes qui en sont atteintes. Nos actes posés sur le SIDA se veulent inspirés des valeurs prônées par l'Evangile et l'Enseignement de l'Eglise, dans une vision constructive de la dignité humaine et de son destin transcendant ;
- 2- l'engagement à SIDA SERVICE est missionnaire, il est vécu comme un envoi, dans la société pour porter, dans ce contexte précis, la bonne nouvelle de l'Evangile faite d'espérance, de solidarité, de respect de la vie humaine, de compassion devant la souffrance. Adhérer à SIDA SERVICE, c'est accepter de porter la responsabilité de guider les jeunes générations vers une authentique culture de l'amour, d'éduquer à la liberté et à la responsabilité ;
- 3- les champs de la prévention et de l'accompagnement liés à la pandémie du SIDA appellent des réponses claires. D'où adhérer à SIDA SERVICE c'est « s'engager à exposer résolument les convictions religieuses et éthiques de l'Eglise catholique, ancrées dans le message évangélique et actualisées par un enseignement spécifique ». Dans un souci de clarté nous recherchons une information adéquate, c'est-à-dire qui soit vraie, adaptée, large et complète, respectueuse aussi des personnes, de leurs croyances et de leurs convictions. Pour les mêmes raisons, nous nous efforçons d'exprimer une position claire sur la question du « préservatif » et de l'avortement, et de marquer un respect absolu de la confidentialité ;
- 4- l'esprit qui est à la base de tout cela cherche à promouvoir au sein de l'association, l'amitié, l'entraide, le bénévolat, la compétence et la disponibilité aux personnes marquées par le Sida et à leurs familles.

C'est fort de ce que nous venons d'exprimer comme convictions que SIDA SERVICE cherche à poursuivre sa mission avec tous les autres en tenant la place qui est la sienne, spécifique, mais complémentaire des autres pour l'éradication de la pandémie du SIDA.

V- LES DIFFICULTES

SIDA-SERVICE s'est organisé sur la base du bénévolat, mais petit à petit, les exigences de la demande suscite une présence et une professionnalisation accrue d'où le recours au bénévolat et au salariat.

1. Les limites du volontariat

Le bureau a créé un corps de volontaires composés essentiellement de jeunes chômeurs ou étudiants. Ces volontaires mènent de plus en plus l'essentiel des activités de SIDA SERVICE mais le volontaire, indemnisé sans être salarié, quitte l'association ou abandonne ses activités pour une raison d'emploi. Ceux qui restent longtemps mettent à rudes épreuves les responsables devant leur impuissance à augmenter l'indemnisation ou à transformer le volontariat en salaria.

2. Le recours au salariat contractuel

Pour certaines fonctions, SIDA-SERVICE a été obligé de recruter un secrétaire exécutif permanent dont le salaire est jusque là soutenu par le Secours Catholique de France.

La création du Centre de Promotion de la Santé Cardinal Hyacinthe THIANDOUM a nécessité le recrutement de professionnels. Un projet fait avec le Catholic Relief Service (CRS) permet de prendre en charge 16 personnes pour trois ans. Le recrutement se fait parmi les membres de SIDA-SERVICE.

Il y a une situation de précarité de l'emploi qui ne rassure pas toujours les jeunes collaborateurs de SIDA-SERVICE ;

3. Le fonctionnement des comités diocésains

Les Évêques mettent à la disposition de SIDA-SERVICE des locaux pour mener ses activités mais ne peuvent pas louer des moyens financiers. C'est là où le bénévolat est le plus exploité malgré ses limites.

CONCLUSION

Je dois dire que cette expérience n'est pas menée sans difficultés. Celles d'une motivation suffisante pour certains, d'organisation parfois ; la limite des moyens est aussi un handicap. Mais l'association continue son chemin grâce à l'appui technique et financier particulier du Catholic Relief Services (CRS), de l'aide financière de MISEREOR, du Secours Catholique France, du Ministère de la Santé et d'autres partenaires locaux.

Je dois mentionner les relations particulières entretenues avec l'APSPCS qui a, en quelque sorte, « donné naissance » à SIDA SERVICE et l'a conduite à la maturité. Un aspect qui mérite aussi d'être souligné c'est la collaboration avec la communauté musulmane, par le truchement de l'ONG « JAMRA » avec laquelle nous sommes en accord sur un certain nombre de principes et d'activités.

M. Emmanuel HAIZEL
Coordonnateur du programme
Christian Health Association of Ghana
Accra, Ghana

CONTRIBUTION DE LA CHRISTIAN HEALTH ASSOCIATION OF GHANA (CHAG) A LA PREVENTION ET AU TRAITEMENT DU VIH/SIDA

Généralités

Par rapport à de nombreuses autres maladies infectieuses connues depuis la nuit des temps, le SIDA est celle qui a de loin le plus de conséquences morales, sociales et économiques non seulement sur les individus et les familles mais aussi sur toute la société. Elle impose donc un engagement de la part des individus mais aussi de la communauté internationale qui doit assumer sa propre responsabilité en toute connaissance de cause.

Le rôle des organisations confessionnelles est de mener une action pastorale en prenant des initiatives diverses et en s'efforçant d'informer et d'éduquer de façon appropriée pour développer une maturité responsable qui amène les individus à redéfinir les valeurs spirituelles qui donnent une signification essentielle à l'existence. Cette approche incite les personnes à trouver en elles les capacités de surmonter les comportements à risque. L'information sur la sexualité a aussi pour effet de préparer l'individu à une vie sentimentale fidèle et responsable dans son intérêt bien compris. Par conséquent, les organisations confessionnelles ne se préoccupent pas seulement de dire non à tel ou tel comportement, elles proposent aux individus un mode de vie qui a un sens et s'inscrit dans la perspective de certains codes de comportement moral.

Aussi, ces organisations ont mis sur pied des programmes qui renforcent l'espoir dans la lutte pour prévenir la propagation du VIH et traiter les personnes malades. Une de ces initiatives a été prise par la Christian Health Association of Ghana (CHAG) : il s'agit d'un programme de soins à domicile lancé en 1998 avec l'aide de l'ONUSIDA et de l'OMS.

Christian Health Association of Ghana (chag)

Composition :

- Seize (16) groupes confessionnels ;
 - Catholiques, protestants et pentecôtistes
- Cent vingt-huit (128) institutions sanitaires ;
 - Quarante-neuf (49) hôpitaux et soixante-dix-neuf (79) dispensaires.

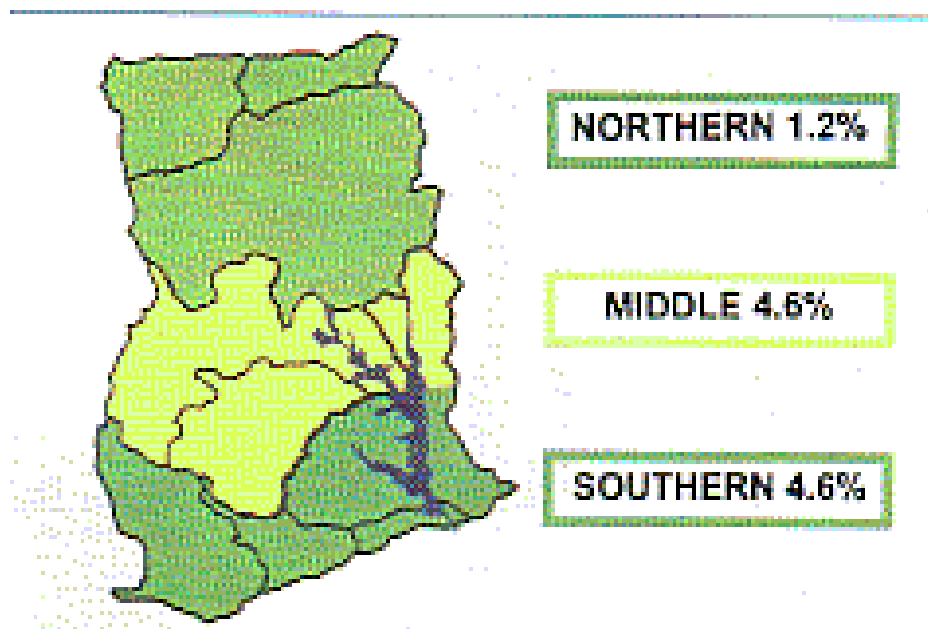
Portée et champ d'action :

- Assure 40 % des services de médecine traditionnelle au Ghana ;
- Travaille dans les zones rurales et à l'échelon local ;
- Couvre onze (11) districts pilotes dans quatre régions du Ghana : Brong-ahafo, Ashanti, la région orientale et celle de la Volta.

REGIONS GEOGRAPHIQUES

PREVALENCE DU VIH/SIDA CHEZ LES PERSONNES AGEES DE 15 A 49 ANS

HIV Prevalence, Ages 15 to 49, by Geographical Region, 1998



Objectifs :

Assurer une prise en charge globale des individus les plus pauvres, l'organisation considérant que le VIH/SIDA est un problème de santé qui a des incidents sur le développement.

Stratégies :

1. Promouvoir les pratiques sexuelles à moindre risque :
 - mettre l'accent sur l'abstinence ;
 - retarder les premiers rapport sexuels chez les jeunes ;
 - promouvoir l'utilisation du préservatif dans les cas où elle n'est pas incompatible avec les convictions religieuses.
2. Prendre en charge les maladies sexuellement transmissibles (MST) :
 - développer les services de traitement des MST ;
 - renforcer les capacités du personnel institutionnel ;
 - faciliter l'accès aux médicaments.
3. Promouvoir la lutte contre l'infection :
 - renforcer les capacités des personnels de santé ;
 - fournir des moyens logistiques et matériels.

4. Renforcer les services communautaires de soins et d'appui :
 - mobiliser une attitude positive de la part des professionnels de santé ;
 - développer le soutien de conseillers et de bénévoles pour les soins à domicile ;
 - fournir une aide matérielle et morale aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS) qui n'ont pas les moyens de payer des services médicaux.
5. Promouvoir les soins à domicile pour les PVS :
 - utiliser des méthodes de type participatif pour associer la communauté à l'appui médico-social.

La majeure partie des activités de la CHAG dans le domaine du VIH/SIDA à l'échelon local consiste à diffuser l'information, à assurer une formation, à mobiliser la population locale et à mettre en oeuvre des programmes générateurs de revenus pour les PVS. Les institutions membres de l'association sont donc bien placées pour fournir l'aide matérielle, sociale, psychologique et spirituelle nécessaire pour favoriser des pratiques sexuelles à moindre risque dans la population. D'une façon générale, l'action de la CHAG inclut les volets suivants :

- formation ;
- mobilisation de la population ;
- soins à domicile ;
- soins médicaux et conseils ;
- création de revenus/groupes de soutien.

Formation

- 122 conseillers venus de 11 institutions pilotes (1998-2000) ;
- 82 % des personnels de santé et 18 % des travailleurs sociaux ;
- 170 bénévoles et/ou amis de malades dans 44 localités (1998-2000) ;
- en moyenne, 11 bénévoles par localité ;
- 70 % des bénévoles sont encore en activité après deux ans de service ;
- 22 coordonnateurs dans le cadre de 11 projets pilotes (1999) ;
- compétences en mobilisation communautaire ;
- élaboration et étude de programmes de formation (1998-2000) ;
- conseillers/personnels de santé ;
- bénévoles à l'échelon locale/amis des malades ;
- commission sanitaire locale.

Impact

- coordination des grandes orientations en matière d'appui et de soins aux PVS, à l'échelon communautaire et institutionnel ;
- développement du processus de responsabilité partagée dans la prévention et les soins, au niveau communautaire.

Défis à relever

- inscrire dans la durée l'adhésion à l'action communautaire et institutionnelle.

Mobilisation de la communauté

- mobilisation de 44 communautés en faveur d'activités de prévention et de soins.

A l'étude

- lancement d'un programme visant à inciter les populations locales à se prendre en charge ;
- participation de la communauté ;
- mesures visant à limiter la propagation du VIH/SIDA et à aider les PVS.

Activités

- diffusion de l'information sur le VIH/SIDA par les professionnels de santé et les bénévoles ;
- sensibilisation à l'aide de méthodes de type participatif ;
- diffusion de documents sur l'état des connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques dans le domaine du VIH/SIDA ;
- planification et mise en oeuvre de l'action commune ;
- sélection et formation des bénévoles et des membres de la commission sanitaire ;
- éducation et soutien des malades ;
- surveillance continue et soutien.

Impact

- les bénévoles sont bien informés et compétents, et savent mobiliser leurs propres communautés pour fournir sur place des services sanitaires ;
- existence de collaborateurs motivés recrutés dans les communautés pour mener à bien des activités de prévention, de soins et de soutien ;
- sens aigu de la propriété collective ;
- intérêt et engagement soutenus ;
- développement d'une attitude positive à l'égard des PVS au niveau de la communauté ;
- incitation à l'action collective par les pairs.

Défis à relever

- la pauvreté et les pressions exercées sur les partenaires du programme pour obtenir des aides ;
- fort ostracisme et discrimination.

Soins médicaux et conseil

- création d'un environnement hospitalier et communautaire favorable dans le cadre de 11 projets pilotes ;
- diagnostics et examens cliniques pour les patients atteints du VIH/SIDA et de MST ;
- pas de patients mis à l'écart dans des pavillons hospitaliers spécialisés ;
- professionnels de santé dûment formés à la gestion des MST et à la gestion syndromique ;
- cinq centres pilotes associant la médecine traditionnelle et la phytothérapie ;
- création d'un fonds pour les PVS indigents ;
- services de conseil et de suivi au niveau communautaire ;
- l'amour comme thérapie ; les personnes vivant avec le SIDA en tant qu'image sacrée de Dieu ; centres pastoraux (cinq centres pilotes).

Soins à domicile

- aide matérielle et psychosociale à proximité immédiate des patients ; deux visites par mois auprès de la moitié des patients dont le diagnostic a été posé ;
- aide matérielle : nourriture, vêtements et médicaments ;
- évaluation de la situation économique et sociale des patients en vue de leur fournir un appui et de leur d'assurer une formation professionnelle ;
- évaluation de la part prise par la famille et la communauté dans les soins et le soutien ;
- création de réseaux et coopération avec les accompagnateurs locaux: chefs religieux, médecins traditionnels.

Impact

- meilleure intégration familiale de 46 % des personnes vivant avec le SIDA ;
- espérance accrue et amélioration des perspectives de survie des PVS grâce à un appui matériel et psychosocial et à des mesures d'adaptation.

Défis à relever

- faible taux de divulgation parmi les PVS ;
- déni parmi les patients dont la séropositivité a été médicalement confirmée ;
- taux élevé d'infection par le VIH et coût de plus en plus élevé du traitement des maladies opportunistes ;
- incapacité des familles et des membres de la communauté de faire face aux besoins économiques et sociaux des PVS.

Programmes générateurs de revenus/groupes de soutien

Une des caractéristiques du programme de la CHAG est l'apparition de groupes de soutien aux personnes vivant avec le SIDA qui échangent des expériences et s'aident mutuellement. Ces dispositifs, mis en place dans cinq institutions pilotes, font de l'atténuation de la pauvreté chez les PVS une stratégie permettant de faire face aux problèmes non médicaux associés à la maladie.

Dans trois (3) institutions sur onze (11), une formation professionnelle à des activités génératrices de revenus est organisée : teinture au nœud, fabrication de batiks, de coussins, de cartes postales et de napperons. Dans certains cas, des prêts à faible taux sont consentis à des particuliers qui souhaitent se lancer dans des activités génératrices de revenus, comme la vente au détail de produits alimentaires.

Dans un modeste bâtiment de Nkawkaw, situé dans le district sud de Kwahu, des personnes vivant avec le sida travaillent du lundi au jeudi, prennent ensemble leurs repas et ont des activités communes. Le produit des ventes permet de financer leur rémunération et leurs frais de transport hebdomadaires. Il est rare qu'elles parviennent à vendre des produits alimentaires parce que la crainte de l'infection suscite à leur égard un manque de confiance. Ainsi, il a fallu renoncer à cultiver des légumes et à élever des escargots. Le rejet social important dont ces personnes ont fait l'objet les a empêchées de défricher un terrain pour en faire un potager.

Entre 1998 et 2000, 25 PVS ont été recrutées dans des sites de projets mais aujourd'hui, deux seulement sont encore en vie. Les efforts fournis pour renforcer les effectifs sont entravés par l'attitude négative des membres de la communauté.

Ce projet a servi de point de ralliement pour les personnes vivant avec le sida car elles ont pu ainsi échanger des points de vue avec d'autres personnes et d'autres institutions et montrer ce qu'elles pouvaient faire quand elles étaient motivées et coordonnées. De plus, grâce à l'action des groupes de soutien, des visages ont pu être mis sur la maladie qui n'est plus désormais anonyme, ce qui a contribué à rétablir parmi les patients une bonne image d'eux-mêmes.

Dans le cadre de ce processus engagé dans les institutions de la CHAG, deux patients sont devenus « les ambassadeurs » de la maladie. Cette démarche a sensibilisé l'opinion publique et a eu un effet persuasif qui a permis de modifier les comportements négatifs des individus à l'égard du VIH/SIDA et des personnes qui en sont atteintes.

Défis à relever

- la fragilité des personnes vivant avec le sida par rapport aux programmes générateurs de revenus ;
- la discrimination et l'ostracisme importants à l'égard des PVS ;
- le rejet des produits fabriqués et préparés par des PVS, en particulier des produits alimentaires ;
- trouver des aides pour des financer des programmes générateurs de revenus à l'intention des PVS.

Atouts et perspectives

- volonté des pouvoirs publics de lutter contre la menace que représente le SIDA ;
- engagement de nombreux acteurs : églises, communautés, société civile et ONG souhaitant participer à la lutte contre ce fléau ;
- connaissance et prise de conscience très développées du VIH/SIDA (95 %).

L'avenir

- inciter un plus grand nombre de communautés à prendre part à la prise en charge et au soutien des personnes atteintes du VIH/SIDA ;
- améliorer l'environnement hospitalier pour assurer la prévention et les soins ;
- susciter une plus grande participation des personnes vivant avec le SIDA.

Mme. Oumou Diodo Ly KANE
Psychologue, chercheur
Association pour la Promotion des traditionnelles (PROMETRA)
Sénégal

ASPECTS SOCIO-PSYCHOLOGIQUES DES PATIENTS

INTRODUCTION

Selon l'adage peul, «tel on est en bonne santé, tel on tombe malade». Cette formule ramassée nous renvoie à l'univers socio-psychologique du patient face à sa maladie. Avant d'aborder notre sujet, nous allons souligner l'importance du corps dans la pratique et la symbolique de la pensée africaine, et aussi le vécu paradoxal de la maladie, notamment chez les patients de Malango tels que nous les avons observés.

1. LE CORPS DANS L'UNIVERS AFRICAIN

Dans la pensée africaine, le corps constitue l'entité matérielle de notre présence au monde parmi les autres. Il est le support de notre humanité spirituelle qui s'est forgée depuis notre conception, se parachevant, à partir de la naissance, au cours de notre développement physique, intellectuel, affectif, global en somme ou intégral. Le corps comporte aussi des ouvertures grâce auxquelles nous sommes en relation avec le monde visible et invisible, le monde matériel et le monde de notre entourage. Ces ouvertures, si elles sont les modalités de notre mise en relation, en communication avec les autres, avec tout ce qui est extérieur à nous, constituent aussi des voies par lesquelles l'agression de la maladie pénètre en nous, que la cause soit physique, physiologique, par la sorcellerie ou le maraboutage.

Selon les préceptes et les connaissances ésotériques de l'Islam, l'homme est un concentré de l'univers et surtout de la planète Terre, composé des 92 éléments naturels, car l'homme est la dernière créature de l'univers. Il est donc naturel que l'homme trouve ses remèdes dans un univers proche et dans les règnes animal, minéral, végétal. En ce sens, relativement, la maladie ne l'effraie pas car dans les croyances, elle revêt aussi plusieurs significations.

2. LA CONCEPTION PARADOXALE DE LA MALADIE

Dans les croyances africaines, l'homme qui tombe malade reçoit un message qu'il faut décoder avant de lui administrer un traitement. A ce niveau, il est important de mettre l'accent sur la notion de vulnérabilité de l'être humain pendant la maladie. Cette vulnérabilité peut être un état d'extra-lucidité facilitant la réception d'un message divin, d'une connaissance exceptionnelle (don de guérisseur), d'une alliance à établir avec un esprit, d'une transgression à réparer ou d'une punition fatale ou d'une agression par autrui, esprit ou personne. C'est pour cela que la première réaction du malade africain est de faire établir une voyance.

Quand il s'agit d'une maladie-agression, et si sous sommes d'accord que le psychisme et le corps sont indissociablement liés et fonctionnent de façon unifiée, la maladie est couramment

interprétée comme une dissociation et un clivage entre ces deux entités. Le corps, ou un organe, est perçu comme prenant son indépendance par rapport à cette unité et fonctionnant de façon tout à fait rebelle comme un microcosme corps-esprit habitant l'individu lui refusant toute obéissance, le narguant même.

Le discours de l'individu, pour traduire l'état de maladie utilise des expressions telles que :

- « le corps refuse...
- « la tête refuse...
- « le ventre n'accepte rien...
- « sa tête est tournée (vers un ailleurs)...
- « le bras ou la jambe dit non à tout traitement....

Cet anthropomorphisme se double d'une reconnaissance de caractère à la maladie. « La maladie a la tête dure », « la maladie a fait rechuter... »

Dans le cas fatal, « la maladie a terrassé l'individu » après « l'avoir fait coucher ». Dans le cas où le malade a conservé des ressources psychologiques positives, il va engager, avec l'aide de son entourage familial et des thérapeutes, une véritable bataille contre l'ennemi-maladie. Lui-même dira : « Je l'ai combattue avec des armes-médicaments ou par l'indifférence », refusant ainsi la soumission. Son refus de la soumission, sa tentative de maîtrise de la maladie lui permettront de ramener l'organe malade sous le sceau de l'unité de fonctionnement de la personne dans toute son intégralité.

Cette transcription du vécu psychosocial et psycholinguistique de la maladie, nous l'avons toujours retrouvé dans le discours des patients de Malango, tel que nous l'avons relaté dans le périodique de PROMETRA, *Médecine verte* N°8. Là encore, nous avons constaté des différences subtiles par rapport aux sexes. La femme a plus de maîtrise et de sérénité par rapport à la maladie, malgré le risque vital que la maladie comporte. A l'opposé, l'homme est très vite débordé, perdant ses moyens à la fois physiques et émotionnels devant une quelconque maladie, surtout si elle est reconnue grave (diabète, hépatite).

3. L'ABORD THERAPEUTIQUE

Ici, il est intéressant de souligner certains aspects jouant un rôle fondamental dans le processus de guérison. Nous l'avons signalé dans le discours des patients.

- l'accueil constitue un prélude aux relations positives que le malade pourra nouer avec les thérapeutes et l'équipe soignante. Un bon accueil préserve la confiance, la dignité et le narcissisme du malade déjà fragilisé, inquiété par la maladie. Plusieurs patients de Malango ont relaté longuement la façon positive dont ils ont été pris en charge depuis le transport de Dakar et des autres villes jusqu'à Malango dans une ambiance africaine de fraternité, de parenté à plaisanterie, d'évocations de sujets divers (monogamie, polygamie) de spiritualité. Le tout concluait par une remise en confiance à Dieu, qu'on soit malade ou thérapeute ;
- le soutien psychologique que l'équipe soignante offre à chaque malade, jusqu'à la nourriture et le « yobal » montre que la dominante ici est l'échange interhumain fait de

cordialité où la maladie se trouve ainsi minimisée, voire banalisée, prouvant encore que l'homme est le remède de l'homme » ;

- le contexte particulier de la remise solennel des sachets de traitement aux malades aura participé au réveil des fonctions vitales du processus de guérison du malade. Celui qui remet le sachet le fait presque dans un contexte de sacré. Le patient reçoit son sachet de plantes médicinales avec l'espoir incommensurable que tout se passera très bien. Le rituel y est : il consacre l'alliance thérapeute-patient sous le regard attentif et bienveillante de Dieu le Tout-Puissant. En termes psychologiques, on parlera de la « bulle contenant le couple thérapeute-patient » au bénéfice de celui-ci. La guérison est là, toute proche puisque la psyché est presque totalement guérie par ce traitement psychologique ;
- la fonction du groupe : comme nous l'avons déjà montré, le groupe a constitué une enveloppe globale pour les corps et la psyché des membre du groupe. Cette enveloppe groupale a été renforcée par le « repas mythique » partagé, scellant ainsi la confiance réciproque, la solidarité et la fraternité. Le groupe symbolise la bonne mère offrant une nourriture-santé-vie.

Cette organisation a favorisé une fonction régressive chez les patients, les replongeant inconsciemment et agréablement dans l'ambiance familiale de convivialité, de nourriture-vie partagée entre les membres du groupe, renforçant ainsi leur sentiment d'appartenance et d'identité à leur groupe d'origine.

CONCLUSION

C'est le lieu d'insister sur le fait qu'il ne faut pas considérer le traitement comme une simple mécanique des instruments. Il n'est pas non plus dans le silence solennel des salles d'attente, ni dans l'attitude de toute-puissance du soignant. Son efficacité tient, comme nous l'avons constaté, dans une relation humaine de reconnaissance de modestie, de dialogue, de respect entre patient et thérapeute. Tous deux oeuvrant à la faveur du patient et sous la coupole de Dieu, seul capable d'accorder la guérison. En ce sens, à partir de nos observations nous pouvons prendre le risque d'avancer que Malango est dans le bon chemin... (Prophète Moussa Aleyhi Salam).

M. Dieudonné BASSONON
IPC SIDA
Chargé de Programme Prévention IPC/BF
Burkina Faso

PRESENTATION DE IPC¹

L'Initiative Privée et Communautaire de lutte contre le VIH/SIDA est une organisation de liaison créée en 1995 par l'Alliance Internationale contre le SIDA une ONG dont le siège est à Londres. Elle a pour vocation de garantir une réponse adaptée aux besoins des prestataires locaux dans un contexte fortement dominé par la pauvreté (plus de la moitié de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté) et de l'analphabétisme.

Dans cette situation particulière, l'IPC assure l'appui technique et financier continu d'une trentaine d'associations ONG et OBC impliquées ou désirant s'impliquer dans la lutte contre le VIH/SIDA.

I- PRINCIPAUX AXES D'INTERVENTION DE L'IPC

Le Burkina apparaît de nos jours très vulnérable face à l'épidémie du SIDA. L'impact de l'épidémie est de plus en plus ressenti dans la société et dans la vie quotidienne des burkinabés. En 1997, l'ONUSIDA situait déjà le Burkina au 2^{ème} rang des pays de la sous région fortement touchés par le VIH/SIDA avec un taux de prévalence moyen de 7,11 %.

C'est dans ce contexte que des réponses communautaires ont apparu pour renforcer et accroître les efforts de l'Etat afin de contrer la pandémie. De nombreuses OBC, associations et ONGs se sont lancées dans des activités de lutte contre le SIDA. Il existe donc des structures spécialisées dans la sensibilisation sur le terrain, d'autres dans la prise en charge des personnes concernées par la maladie.

L'IPC se positionne comme une structure d'encadrement, d'appui technique et financier des OBC, associations et ONG dans la lutte contre le VIH/SIDA. C'est donc une structure qui recherche des fonds et des expériences novatrices pour les mettre à la disposition des intervenants sur le terrain.

Les interventions sur le terrain se font à travers trois programmes majeurs : un Programme Prévention mis en place depuis la création de la structure, un Programme Prise en Charge Communautaire des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA à partir de 1997, et un

¹ Liste des principales abréviations

IPC Initiative Privée et Communautaire de lutte contre le VIH/SIDA au Burkina

BF Burkina Faso

PVVIH Personne vivant avec le VIH

OEV Orphelin et Enfant Vulnérable

CNLS Comité National de Lutte contre le SIDA

ONG Organisation Non Gouvernementale

OBC Organisation à Base Communautaire

CCC de proximité Campagne de Proximité pour le Changement de Comportement

Programme de Mobilisation Communautaire en faveur des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) depuis seulement l'an 2000. Ses interventions sont bâties sur 4 axes principaux :

Axe 1. Une vision intégrée de la lutte contre le VIH/SIDA au Burkina

Convaincu qu'il vaut mieux prévenir que guérir, l'IPC, tout en cherchant à intensifier et optimiser ses interventions dans la prévention tous azimut du VIH/SIDA, s'engage de plus en plus dans la prise en charge communautaire des PVVIH et des OEV.

Au niveau de la prévention

En dépit du grand nombre de structures et des interventions dans le domaine, l'infection du VIH continue de gagner du terrain au Burkina. C'est pourquoi la prévention demeure une priorité pour l'IPC. Plusieurs niveaux de prévention sont pris en compte dans les activités de l'IPC.

- la prévention de l'infection ciblant les groupes vulnérables : dans ce cadre, l'IPC apporte un appui technique et financier aux associations/OBC/ONG pour l'analyse de la situation et des besoins de la communauté en matière de prévention du VIH/SIDA, l'élaboration, l'exécution et l'évaluation des réponses ;
- la prévention de l'infection ciblant les accompagnateurs des malades en milieu hospitalier et leur entourage à domicile : l'IPC appuie les associations/OBC/ONG dans la formation des conseillers et volontaires qui assurent les visites à domicile, les permanences dans les centres d'accueil ou en milieu hospitalier ;
- la prévention de la réinfection des PVVIH : l'IPC encadre les associations/OBC/ONG intervenant dans la prise en charge des PVVIH.

Il s'agit d'activités basées sur l'information des cibles sur les risques de réinfections et les conséquences sur l'évolution de la maladie.

Au niveau de la prise en charge

Prise en charge multidimensionnelle des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA avec un accent particulier sur les PVVIH et les OEV. L'intégration de la prise en charge dans les activités de l'IPC se justifie essentiellement par la forte pression des associations / OBC / ONG confrontées aux PVVIH Orphelins et Enfants Vulnérables de plus en plus nombreux dans les communautés ; la peur et les préjugés sur la maladie, ajouté au manque de ressources au niveau des ménages et aux limites objectives du pays en personnel de santé, autant de facteurs qui ont également amené les associations/OBC/ONG à s'impliquer dans la prise en charge des PVVIH ainsi que les OEV.

L'objectif de l'IPC est principalement d'améliorer la qualité des soins et du suivi d'accompagnement à base communautaire des PVVIH au BF et de même que la mobilisation communautaire pour la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables.

Prise en charge des PVVIH

La prise en charge des PVVIH intègre les aspects médicaux, psychosociaux, affectifs, nutritionnels, matériels, juridiques etc. Dans cette perspective l'IPC appuie les associations/OBC/ONG dans:

- l'approvisionnement de médicaments essentiels et génériques dans le traitement des infections opportunistes;
- la mobilisation, la formation et la gestion des volontaires devant assurer les visites à domicile et en milieu hospitalier ;
- la formation en plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles ;
- la motivation des volontaires;
- l'encadrement des PVVIH à leur auto-prise en charge (importance des témoignages et autres actions bénéfiques);
- appui technique et financier à la mise en place des réseaux.

Prise en charge des OEV

La spécificité de ce groupe, ajoutée à la multiplicité des besoins et la longueur de la période de leur prise en charge (0-15 ans) ont amené l'IPC à mettre en place un processus de mobilisation communautaire en faveur de ce groupe. Concrètement, l'IPC accompagne les associations/OBC/ONG dans un processus à l'issue duquel elles deviennent des facilitatrices à la disposition d'une communauté mobilisée pour apporter des réponses appropriées et durables aux besoins des OEV.

Axe 2. Une approche intégrant les méthodes novatrices et efficaces

Les associations/OBC/ONG sont en général très peu outillées pour la mise en œuvre de campagnes visant le changement de comportement. C'est ainsi que l'IPC se donne pour tâche de rechercher et vulgariser au niveau national les approches novatrices ayant fait leurs preuves en termes d'efficacité et adaptées en égard aux besoins des communautés.

Au niveau de la prévention

Les associations OBC/ONG reçoivent de l'IPC des formations en:

- techniques d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour la vulgarisation de messages de base en IST/SIDA (accroître et renforcer le niveau de connaissance des populations sur le VIH, les modes de transmission, les méthodes de protection et leur bonne utilisation etc.);
- méthodes de prévention participative notamment la méthode "PARCOURS";
- les campagnes de proximité tirées de la communication pour le changement de comportement;
- plaidoyer à l'attention de responsables des associations/OBC/ONG.

Il s'agit là de méthodes qui permettent et facilitent la perception du risque personnel et renforce l'appui social et l'adhésion des cibles dans le processus de changement de comportement.

La méthode PARCOURS, par exemple, à laquelle l'IPC initie les animateurs des associations/OBC/ONG, est une série de mise en situation dans lesquelles les participant(e)s sont amené(e)s à parler en toute confiance au sein de groupes restreints de leur vie sexuelle, conjugale, de l'analyser pour voir par exemple quelles sont les situations dans lesquelles ils ont été amenés à prendre des risques et à en analyser les raisons.

C'est une méthode basée sur la communication par paire très appréciée du fait qu'elle permet de respecter les habitudes dans les ménages traditionnels, surtout au niveau de certaines communautés au BF.

Les méthodes participatives ont surtout l'avantage d'outiller les participants dans la négociation et le choix des réponses les mieux adaptées à leurs besoins qu'ils apprennent à mieux connaître.

Ainsi, dans le cadre d'un programme de prévention VIH/SIDA, les associations peuvent être amenées à combiner les activités d'IEC, les activités "PARCOURS" et les campagnes CCC de proximité.

Au niveau de la prise en charge l'IPC vulgarise à travers des ateliers de formation:

- la technique de conseil pour le dépistage volontaire anonyme pour amener les groupes vulnérables à connaître leur sérologie en vue d'une prise en charge précoce et d'une gestion éventuellement plus positive de leur sérologie ;
- les techniques de l'entretien (counseling) pour le soutien psychosocial des PVVIH et personnes affectées à l'adresse des volontaires / bénévoles chargés des permanences au niveau des centres, des visites à domicile et en milieu hospitalier ;
- les techniques de constitution, de conduite et gestion des groupes de parole à l'adresse des PVVIH en vue de renforcer l'auto support et le soutien mutuel entre personnes partageant le VIH ;
- techniques de base en gestion des symptômes et de la douleur dans le cadre des soins palliatifs à l'adresse des volontaires qualifiés (agents socio-sanitaires) pour les soins de base des malades et surtout pour outiller l'entourage immédiat des malades pour leur prise en charge à domicile ;
- réseautage à l'adresse des OBC/ONG associations et des PVVIH ;
- appui à la mise en place de réseaux des PVVIH ;
- plaidoyer à l'adresse des responsables des associations/OBC/ONG.

Axe 3. Une recherche permanente de l'engagement de la communauté dans les réponses au VIH/SIDA

Après une sélection d'associations d'OBC, d'ONG qui passe par les étapes d'appel au partenariat, la présélection sur dossier, l'interview des responsables et une visite de terrain

pour vérifier l'assise communautaire des associations, l'IPC développe un processus de renforcement des capacités des partenaires avant la mise en œuvre des projets sur le terrain.

Le processus de renforcement des compétences et des capacités des associations

Il s'agit de cycles de formations techniques pour mettre l'association dans les conditions de pouvoir mieux connaître son milieu en terme de potentiel existant, opportunités, défis afin de formuler clairement les besoins et élaborer des réponses adaptées, durables et bénéfiques pour la communauté.

Ainsi les associations recrutées sont formées dans les domaines suivants :

- atelier de formation sur l'analyse situationnelle et l'analyse des besoins (objectifs, cibles, stratégies, outils, collecte de données, analyse et synthèse etc.). C'est un atelier auquel participent les membres des structures partenaires, des personnes ressources désignées par la communauté avec l'appui de l'IPC. A la fin de l'atelier les participants sont chargés de la restitution au sein de la communauté et de la mise en pratique de l'analyse. Cet atelier favorise une meilleure implication de la communauté.
- atelier de formation sur l'élaboration, gestion, exécution, suivi et évaluation des projets. Cet atelier concerne les mêmes représentants et est accompagné de restitution et de mise en œuvre sur le terrain avec l'appui technique de l'IPC.
- techniques et approches novatrices à différentes étapes du processus de la mise en œuvre des réponses : il s'agit d'une série de formations dont la quantité et le contenu dépendent de la nature des réponses élaborées par la communauté après l'analyse des besoins (modules sur la prévention, modules sur la prise en charge des PVVIH ou modules sur la mobilisation communautaire en faveur des OEV).

Les OBC délèguent des membres et des personnes ressources qui participent à ces différents ateliers de formation et qui vont à leur tour assurer la restitution et/ou la formation des autres membres avec l'appui technique et financier de l'IPC.

Pour l'IPC, la tâche essentielle d'une association qui se veut moteur de développement dans une communauté donnée, est de s'outiller pour être le vecteur de la mobilisation de sa communauté autour des problèmes cruciaux auxquels elle est confrontée. Car toute communauté, quel que soit son état de pauvreté, d'analphabétisme ou d'enclavement a en elle un potentiel pour son développement.

Un tel potentiel se trouve stocké dans les "savoirs", les expériences, les compétences, les ressources culturelles et les techniques d'organisation sociales que cette communauté possède déjà. Ce potentiel peut être capitalisé et converti en action pour son épanouissement à travers un processus continu d'animation et de réflexion collective.

Il s'agit concrètement d'amener les communautés à reconnaître ce potentiel et partant à prendre des initiatives, des risques et des responsabilités pour transformer ce potentiel en actions organisées afin de résoudre effectivement leurs propres problèmes.

Le rôle de l'IPC est d'appuyer les associations/OBC/ONG dans l'accompagnement qu'elles doivent apporter à leur communauté d'origine dans un processus continu d'animation et de

réflexion collective, dans cet ensemble de services d'animation et de formation dans le but d'atteindre sa participation active et concertée.

Cet accompagnement s'effectue dans un processus continu d'animation et de réflexion collective au sein d'un ensemble de services et de formation afin d'atteindre la participation active et concertée des communautés.

Axe 4. Une prise en compte des aspects d'économie sociale dans la réponse

Partant du principe que la problématique du VIH/SIDA est intimement liée aux problèmes de pauvreté, pauvreté entendu comme facteur de vulnérabilité, l'IPC a initié l'expérience d'intégration de volet développement dans les projets VIH/SIDA.

Des associations pilotes ont greffé des activités génératrices de revenus dans leurs activités de lutte contre le SIDA.

II-LES RESULTATS ET ACQUIS DE L'IPC

Vision plus large de la problématique du VIH/SIDA par les associations

Si au départ les associations menaient essentiellement des activités de prévention, il y a de plus en plus une extension et une intensification du champ de la prévention: prévention des groupes vulnérables, prévention de la réinfection des PVVIH, prévention de l'infection des accompagnateurs. Ce dernier volet a contribué à une vision de l'infection et donné à de nombreux ménages et aux volontaires le courage de s'occuper sans crainte des PVVIH.

La prise en charge est désormais perçue sous plusieurs angles. Des structures associatives qui n'envisageaient la prise en charge que sous l'angle du traitement médical des maladies opportunistes y associent les soutiens psychosocial, moral, matériel etc.

32 projets de prise en charge globale de PVVIH en 4 ans et 78 projets de prévention en 6 ans ont bénéficié de l'accompagnement technique et financier de l'IPC.

Maîtrise par les associations de plusieurs approches de prévention et de prise en charge.

Les associations se sont appropriées les méthodes vulgarisées par l'IPC, ce qui constitue un facteur de plus grande mobilisation communautaire autour du VIH/SIDA. Les groupes cibles que le premier ciblage avait exclu sont à présent en partie touchés.

A Batié, (400 km de Ouagadougou), l'association Benkadi, une association de femmes qui, après avoir maîtrisé et apprécié les résultats de la méthode de prévention participative sur leurs comportements quotidiens, ont élaboré un projet pour leurs maris qui constituent leurs cibles secondaires.

L'Association Nan djigré de Garango (environ 250 km de Ouagadougou) qui, après avoir suivi les cycles de formation à l'IPC est parvenue à mener des activités de prévention participative au niveau de la communauté catholique locale et élaboré avec elle un projet de prévention participative impliquant toute la paroisse de Garango.

A Wakara, (environ 300 Km de Ouagadougou) l'association a mis en place à la suite des activités de CCC de proximité et d'IEC, une troupe d'animation culturelle composée de griots chargés de relayer les messages dans les cérémonies coutumières comme dans les cabarets.

La formation en plaidoyer des associations leur permet de nos jours d'obtenir des ressources additionnelles et surtout d'une meilleure approche des OEV/PVVIH par les autorités administratives et politiques locales, la société civile, les autres partenaires techniques et financiers.

Meilleure prise en compte des spécificités (habitudes, coutumes, langues etc.) et des besoins des communautés dans la réponse au VIH

En prenant comme acteur sur le terrain des membres de la communauté bénéficiaires pour l'analyse situationnelle et des besoins ; pour l'élaboration des projets, leur exécution et leur évaluation, et surtout, en les assistant techniquement tout au long du processus sans se substituer à eux, les coutumes, les pratiques, les spécificités de chaque communauté sont prises en compte dans les réponses au VIH.

A Orodara, (environ 450 km de Ouagadougou), au niveau de l'association ADESCO, des projets de développement entièrement financés ont rencontré des difficultés d'exécution; (production d'huile, jardin, etc.).

L'analyse situationnelle et des besoins avait permis de cibler les vendeuses ambulantes comme groupe vulnérable (Orodara est une ville frontalière) et les besoins de cette cible étaient surtout des micro crédits individuels ; or les projets financés étaient surtout constitués d'activités qui ne répondaient pas aux besoins de la cible prioritaire. Face à cette réponse inadaptée, l'association a choisi de changer de cible pour s'intéresser aux femmes ménagères.

Avec l'appui de l'IPC, l'association est en train de recentrer ses activités pour prendre en compte les besoins de son groupe cible.

On observe également que les aspects linguistiques, les différences religieuses et même les coutumes sont pris en compte dans la réponse au VIH/SIDA.

A LEGMOIN (environ 400 km de Ouagadougou) par exemple, les campagnes de changement de comportement auxquelles l'IPC a initié l'Association SONTI YELABEN sont associées à des fêtes coutumières régulières dans la région.

- meilleur fonctionnement des associations du fait du renforcement des capacités ;
- les associations qui ont bénéficié de l'appui de l'IPC ont une meilleure capacité de mobilisation de nos jours par rapport à leur situation antérieure ;
- augmentation du crédit et de la qualité de travail de ses membres et personnes ressources ;
- la gestion des documents comptables est améliorée par les appuis techniques et les formations dispensées par l'IPC à cette fin en finance et comptabilité.

Meilleure maîtrise de la procédure et des techniques d'élaboration de projets, ce qui leur permet d'octroyer des ressources avec d'autres structures de financement.

Plus grande visibilité et implication des PVVIH dans les activités de lutte contre le SIDA.

L'un des résultats les plus satisfaisants cette année pour l'IPC, c'est d'avoir contribué activement à la mise en place du réseau national des PVVIH. En effet, durant le mois de Juin 2001, l'IPC était l'un des facilitateurs de l'atelier de mise en place du Réseau National des PVVIH. Au cours de cet atelier qui a duré une semaine, les PVVIH ont accepté pour la première fois au Burkina Faso de rencontrer la presse et de se montrer en public. Ils se sont engagés à participer activement à la lutte contre le VIH.

Augmentation de l'appui social et surtout meilleur accueil des PVVIH

En augmentant la perception du risque personnel à travers la méthode prévention participative et les CCC de proximité, les cibles ont une meilleure vision des malades et des PVVIH. Ils prennent conscience des risques qu'ils ont encourus et des situations qui les exposaient à l'infection. Ils en tirent souvent comme conclusion que les personnes infectées ne sont que les membres de la communauté.

L'IPC estime à environ 15 000 les membres des familles sensibilisées et chargées actuellement de la prise en charge de PVVIH; à 500 les leaders d'opinion sensibilisés qui soutiennent régulièrement les structures de prise en charge ou les PVVIH et OEV directement; à 3500 le nombre de PVVIH soutenus dans le cadre des appuis de l'IPC à travers les associations OBC, ONG.

Une bonne connaissance du milieu associatif au Burkina

L'IPC fait partie des structures de référence (au sens premier du terme) dans le domaine des réponses associatives et communautaires au VIH SIDA au Burkina.

En six années d'existence, grâce au plaidoyer et ses nombreuses sorties sur le terrain, l'IPC s'est positionnée comme répondant au niveau national des politiques à base communautaire de lutte contre le VIH/SIDA.

L'Assemblée Générale et le Conseil d'Administration de l'IPC sont constitués d'organisations à base communautaire qui peuvent influencer sa politique en fonction de leurs besoins.

En 2000-2001, l'IPC a enregistré 287 offres de partenariat de structures diverses ; l'IPC est le répondant local de AFRICASO pour la mise en place d'un réseau d'ONGs et d'associations intervenant dans le SIDA sous l'égide du CNLS.

III - LES DEFIS

Renforcer les acquis et faire face à l'augmentation de la demande

La demande au niveau de l'IPC dépasse de loin ses possibilités techniques et financières. Comment répondre à cette forte demande en maintenant un certain niveau de renforcement des capacités tout en maintenant les acquis au niveau des anciennes structures ?

Pour cette raison et un certain nombre de constats sur le terrain, l'IPC a entrepris la réflexion sur l'intégration des programmes de prévention et de prise en charge des OEV et PVVIH en vue de rationaliser ses ressources et être plus opérationnelle sur le terrain.

Dans ce même sens, l'IPC préside un comité de réflexion délégué par 100 associations ONG, et OBC pour la mise en place d'un réseau d'associations de lutte contre le SIDA au Burkina en vue d'appuyer le CNLS dans ses efforts de coordination des politiques multi-sectorielles de lutte contre le SIDA au Burkina Faso.

Renforcer davantage la mobilisation communautaire

De nombreuses associations travaillent en vase clos ; les activités qu'elles mènent sont destinées aux seuls membres ; comment arriver à augmenter l'assise communautaire des associations sans les déstructurer et lever la crainte qu'elles ont de perdre leur autonomie ?

Renforcer et promouvoir le volontariat

Il s'agit là d'un challenge au quotidien si l'on se réfère à l'image de structures riches que véhicule l'opinion générale sur les OBC/ONG/Associations actives dans le SIDA. Comment assurer la mobilisation des volontaires et assurer la pérennité des acquis sur le terrain ? Le Programme de mobilisation communautaire mis en place par l'IPC en faveur des orphelins fait œuvre de programme pilote dans ce domaine.

Obtenir des bailleurs de fonds davantage de ressources pour le renforcement des capacités des OBC et associations pour plus d'efficacité sur le terrain.

IV-LES LEÇONS

- le renforcement des capacités des associations est un facteur déterminant de la réussite de projets sur le terrain ;
- les projets de développement ne peuvent avoir l'impact souhaité que s'ils sont développés et mis en œuvre en partenariat avec des professionnels de la micro finance, micro crédit, micro assurance, etc ;
- les associations à forte assise communautaire offrent plus de potentiel pour réussir la mobilisation communautaire pour des réponses adaptées et durables au VIH/SIDA ;
- la prise en compte des spécificités culturelles, linguistiques, coutumières, religieuses et socio-économiques est déterminante dans la qualité des réponses au VIH/SIDA ;
- Des stratégies peuvent être initiées par des associations au sein de la communauté pour améliorer la qualité et l'efficacité des services.

M. Gedeon DORABOY-SENAM
Infirmier diplômé
ONG Amis d'Afrique
République Centrafricaine

***EXPERIENCE DE PRISE EN CHARGE EXTRA-HOSPITALIERE DES
PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA PAR L'ONG AMIS
D'AFRIQUE EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE***

I- HISTORIQUE DE L'ONG

« Amis d'Afrique », ONG Japonaise qui œuvre depuis 1993 au sein du Centre de Santé de Boy-Rabe à Bangui (4^e Arrondissement). Il s'agit d'une structure légère, intégrée dans l'environnement communautaire, en liaison avec les hôpitaux de référence, les laboratoires d'analyses bio-médicales et les ONGs de Bangui.

II- CONTEXTE

- la R.C.A, 10^{ème} pays africain le plus touché par le SIDA ;
- le taux de séroprévalence à Bangui étant de 15 % ;
- dans les deux grands hôpitaux de la capitale les 2/3 des lits sont occupés par les malades du SIDA dans les services de médecine ;
- les coûts d'hospitalisation sont très élevés ;
- le pouvoir d'achat de la population reste faible.
- le Sida est un sujet tabou.

III- BUT

- réduire la propagation de l'infection à VIH/SIDA à travers la sensibilisation et la formation des pairs ; ensuite aider les malades du Sida à bénéficier des soins à moindre coût et réduire le stress causé par l'infection à VIH/SIDA.

IV- OBJECTIFS

- améliorer la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA et de la Tuberculose par les soins de qualité accompagnés d'un soutien psycho-social et nutritionnel approprié ;
- mobiliser les communautés de base dans la lutte contre le VIH/SIDA et le soutien aux personnes infectées et affectées par la maladie ;
- déterminer les avantages et inconvénients de la prise en charge extra-hospitalière ;
- amener les personnes infectées par le VIH/SIDA à assurer une auto prise en charge en menant des activités génératrices de revenus.

V- STRATEGIE ET IMPACT SUR LES PERSONNES INFECTEES PAR LE VIH

- stratégie multidimensionnelle ;
- 6 grands volets d'activités.

- la prise en charge médicale ;
- les soins à domicile ;
- la prise en charge nutritionnelle ;
- les activités génératrices de revenus ;
- la sensibilisation ;
- formation des pairs sur les MST/SIDA.

V-1-Prise en charge médicale

Critères d'inclusion : être séropositifs, avoir un numéro d'enregistrement dans le service etc...

Effectif des malades de 1/1994 au 31/12/2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
H	26	28	70	83	209	243	260	919
F	71	68	177	299	589	653	467	2324
T	97	96	247	382	798	896	727	3243

- 72% des malades sont de sexe féminin ;
- 86% des malades sont enregistrés au cours des 4 dernières années ;
- la diminution du nombre des malades en l'an 2000 s'explique par le fait de la pénurie de tests d'août à décembre.

Répartition des malades par sexe et par tranche d'âge

Tranche d'âge	0 - 15	16 - 45	46 et +	Total
Sexe				
H	101	738	80	919
F	95	2108	121	2324
T	196	2846	201	3243

La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 16 et 45 ans constituant ainsi 88% de nos malades. Cette tranche d'âge constitue la couche la plus active de la population.

V-2- Les soins à domicile

- équipe composée de :
 - 1 Médecin ;
 - 1 Infirmier ;
 - 1 Sociologue.

Avantages :

- désengorger les lits des hôpitaux ;
- les familles sont sensibilisées sur le SIDA ;
- améliorer des conditions de vie des malades ;

- les membres de la famille peuvent s'occuper des malades tout en vaquant à leurs occupations ;
- baisse de coût d'hospitalisation.

Estimation des coûts (soins à domicile et hospitalisation)

Pathologie	Soins à domicile (médicaments)	Hospitalisation (médicaments et les frais des chambres pour 7 jours).
1- Pneumopathie	4480	11480
2- diarrhée chronique	4740	11740
3- Accès palustre	4020	11020

- Gain de 60 à 65 % sur les coûts de prise en charge.
 - Les coûts n'engagent pas :
 - les frais de restauration ;
 - les frais de déplacement pour les membres de la famille ;
 - le stress du malade et la famille entière par cette hospitalisation.

V-3- Prise en charge nutritionnelle

- riz au lait tous les jours de la semaine à raison de 500klc/personne ;
- distribution de rations composées de sardine, de farine de CSB ou de maïs, de lait et du sucre à emporter.

Avantages :

- diminution du nombre de consultation ;
- gain sur le budget des médicaments.

V-4- Activités génératrices de revenus

- atelier de couture pour les femmes ;
- vente d'eau en sachet ;
- depuis janvier 1999 formation des malades en groupements :
 - 10 groupements ont été mis en place ;
 - activités diverses (fagot, beignets, manioc, huile de palme etc...).

Avantages :

- ces activités ont permis aux malades de se prendre en charge et ont diminué le nombre de consultation ;
- développement de réseau de solidarité et d'entraide (tontine, soutien matériel et moral).
- cependant le taux de remboursement est faible (30%), ceci est lié aux malades grabataires et des cas de décès ;
- depuis janvier 2001 une réorganisation de ce volet est en cours.

V-5- Sensibilisation

- elle est organisée dans tous les quartiers du 4^e arrondissement ;
- 68223 personnes touchées ;
- 498 séances de sensibilisations organisées ;
- 250 personnes formées à travers les séminaires.

Cependant cette forme de sensibilisation de masse a des limites car elle a peu d'impact sur les personnes sensibilisées. Depuis l'année 2000 l'ONG a opté pour la sensibilisation de proximité c'est-à-dire de porte à porte, d'où nécessité de formation des pairs.

V-6- Formation des pairs

L'objectif est de renforcer les activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les communautés de base à travers les sensibilisations porte à porte.

• Processus de sélection

- 13 mouvements associatifs ont été identifiés avec un total de 212 personnes à former ;
- 4 modules de formation ont été élaborés pour toute l'année, à raison d'un module par trimestre. A la fin du 1^{er} trimestre, un test de sélection a été organisé sur les cours dispensés. A l'issue de ce test, 180 personnes ayant obtenu une moyenne de 10/20 étaient autorisées à suivre les cours du 2^e trimestre ; il en est du 2^eme trimestre où à la fin il y a eu 127 puis au 3^eme trimestre où 85 plus 3 auditeurs libres soit 88 sont autorisés à passer le test final, à l'issue duquel 15 seulement ont obtenu 70% de connaissances sur les cours dispensés. La fin de la formation est sanctionnée par la remise d'un certificats aux lauréats.

Il faut noter que depuis la fin du 1^{er} trimestre, ceux qui n'ont pas été retenus bénéficient d'une cession spéciale en sango qui leur permet de renforcer leur connaissance sur le VIH/SIDA. Les tableaux suivants nous présentent les statistiques :

Tableau : Planning de sélection au cours de l'année

1^{er} trimestre

Mois	Groupe	Participants
12 Janvier	Foursquare et Assarep	40
19 Janvier	AJRB	19
26 Janvier	GAS	19
02 Février	Club Pacifique	18
09 Février	N.D.A	15
16 Février	Halte Sida	12
23 Février	Bons Amis	20

01 Mars	Porte Ouverte	20
08 Mars	ONG des femmes	19
15 Mars	Eglise ngou bagara et K.	15
22 Mars	Cité des martyrs	15
Total		212

2ème trimestre

05 Avril	Assarep	15
12 Avril	Foursquare	16
19 Avril	AJRB	18
26 Avril	Gas	18
03 Mai	Club Pacifique	17
10 Mai	NDA	15
17 Mai	Halte Sida	20
24 Mai	Bons Amis	10
31 Mai	Porte Ouverte	15
07 Juin	ONG des Femmes	9
14 Juin	Eg. Ng. F. K. St.B	17
21 Juin	Cité des martyrs	10
28 Juin	Evaluation	
Total		180

3ème trimestre

02 Août	Préparation des modules	
09 Août	Assarep et Foursquare	20
16 Août	Pacifique et Halte SIDA	21
23 Août	Gas et bons Amis	18
30 Août	AJRB et Cité des Mart	19
06 Septembre	St B.Ong F et Kaimba	21
13 Septembre	Porte ouverte NDA	28
20 Septembre	Evaluation	
Total		127

4^{ème} trimestre

08 Novembre	Ong F. NDA. P.o	24
15 Novembre	St B.K.Ng.B.C.P	23
22 Novembre	H.S. Gas,B.A et Fours	18
29 Novembre	AJRB, Assarep,C.mart	20
	TOTAL	85
27 Décembre	Test Final	88
	Admis	15

- **Processus de formation**

- 1 groupe passe un module par trimestre pendant toute l'année.
- le programme de la formation s'articule autour des thèmes suivants :
 - ✓ généralités sur le VIH/SIDA et les modes de propagations ;
 - ✓ situation épidémiologique du VIH/SIDA en R.C.A ;
 - ✓ particularités biologiques et perturbations liées au VIH/SIDA ;
 - ✓ facteurs socio-économiques et comportementaux favorisant la propagation du VIH/SIDA ;
 - ✓ relations MST/SIDA ;
 - ✓ promotion sociale des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA ;
 - ✓ confession religieuses et SIDA ;
 - ✓ SIDA et Jeunesse ;
 - ✓ Organisation d'une séance de sensibilisation.

- **Processus de suivi**

La formation a été ponctuée des descentes sur le terrain où les formateurs relais ont eu à effectuer des sensibilisations porte à porte à partir du mois de Février 2000. Pendant ces séances programmées, des fiches ont été remises à chaque formateur où il mentionne d'une manière anonyme les personnes touchées, leur sexe, âge et profession ainsi qu'une place réservée aux observations sur le terrain. Le tableau suivant présente le travail effectué.

Tableau : Statistiques des personnes et ménages touchés par les formateurs relais.

Mois			Total	Nombre de séance	Nbre de ménage touchés
	M	F			
Février	201	236	437	7	97
Mars	499	389	888	13	190

Avril	226	243	469	12	94
Mai	346	390	736	11	113
Juin	350	391	741	9	142
Juillet	382	479	861	12	163
Août	456	473	929	16	206
Septembre	417	470	887	8	169
Octobre	412	475	887	13	176
Novembre	391	471	862	12	201
Décembre	420	424	844	14	157
Total	4100	4441	8541	127	1708

VI- CONTRAINTES

- inaccessibilité dans certains quartiers non urbanisés surtout pendant la saison des pluies.
- insuffisance de rations alimentaires compte tenu du contexte socioculturel africain à partager le repas ensemble ;
- difficultés de s’approvisionner en médicaments anti-rétroviraux ;
- certaines familles abandonnent le malade sous prétexte qu’il est pris en charge par nos services (participation 20 %).

VII- CONCLUSION

En dépit de ces multiples actions, la propagation du VIH continue à s’accroître avec toutes les conséquences qui l’accompagnent, notamment le nombre très insuffisant du personnel soignant devant assurer la prise en charge médicale. La nécessité de développer la prise en charge extra-hospitalière serait une réponse très appréciée aux problèmes d’hospitalisation relative au SIDA.

**Dr. Fatim LOUISE DIA,
Chargée de Programme
Africa Consultants International
Sénégal**

***RENFORCEMENT DES CAPACITES DES OCB/ONGs
ET APPROCHE SOCIO-CULTURELLE : L'EXPERIENCE DE L'ONG
AFRICA CONSULTANTS INTERNATIONAL***

INTRODUCTION

Au Sénégal, au côté des institutions publiques qui interviennent dans le cadre de la réponse à l'infection à VIH/SIDA et ses conséquences, un nombre sans cesse croissant d'ONGs et d'Associations, très diverses, se sont impliquées, depuis plusieurs années dans l'amélioration de la santé des populations.

Ces ONGs et associations existent parce qu'elles expriment l'intérêt actif de la communauté pour l'épanouissement des populations. Elles sont très promptes à se mobiliser, libres d'innover et souples. Elles se consacrent surtout à des actions dites de base, par le moyen de projets de dimension réduite, adaptés aux réalités socioculturelles et proches du tissu humain où se forme l'avenir d'une société. Ces actions, bien que développées sans grand professionnalisme, ont le mérite d'être menées par des personnes crédibles au sein de leur communauté, et qui s'appuient sur leurs connaissances de la société (normes socioculturelles et religieuses), pour participer massivement à la réponse à l'infection à VIH/SIDA.

Leur importante capacité de mobilisation et d'IEC fait de ces organisations des partenaires privilégiés dans la mise en œuvre de programmes de sensibilisation culturellement adaptés. En effet, qui d'autres que les groupes communautaires pourraient prétendre à une meilleure connaissance et compréhension du milieu et pourrait pressentir les stratégies justes à mettre en action ? La participation de la communauté est à la fois un objectif dans la lutte contre les IST/SIDA, et un moyen pour rendre cette lutte efficace et durable dans le sens que les populations s'en approprient.

L'ONG ACI, consciente du potentiel énorme que représentent l'engagement et l'énergie de ces émanations de la communauté, aussi bien dans le domaine de la prévention que dans l'accompagnement des personnes infectées ou affectées par l'épidémie, a accordé une place importante à l'information et au renforcement de capacités des membres de ces structures. C'est ainsi que ACI a conçu et mis en œuvre le Programme Pôles d'excellence, programme de renforcement de capacités des ONG/OCB, dans quatre régions du Sénégal : Dakar, Thiès, Kaolack et Ziguinchor.

Aperçu de l'approche de renforcement de capacités des OCB/ONG de ACI : le Programme Pôles d'Excellence

L'approche *Pôles d'excellence* est une approche novatrice mise en œuvre pour répondre aux besoins de renforcement de capacités exprimés par les ONG/OCB elles-mêmes. Il a pour but

d'améliorer la qualité de leurs interventions sur le terrain, et par conséquent, de contribuer notamment à une décentralisation utile et effective des réponses apportées à la propagation des IST/SIDA, ceci au grand bénéfice des populations.

Ce programme a été mis au point et exécuté au Sénégal depuis le mois d'avril 1997 par ACI, grâce au soutien financier d'abord du programme AIDSCAP/FHI, ensuite du Lutheran World Relief et, enfin, sur fonds propres et à travers un partenariat avec d'autres ONG et associations.

L'approche vise :

- la prise en compte des besoins des ONGs et associations, ainsi que des réalités socioculturelles qu'elles vivent (planification montante);
- la mise en valeur des potentialités des différentes ONG/OCB et autres structures travaillant dans le domaine des IST/VIH/SIDA au niveau communautaire ;
- la transformation 'organique' de certaines organisations en 'Pôles d'excellence', c'est à dire, en organisations ressources pour d'autres associations ;
- l'amélioration de l'efficacité des interventions des animateurs des Pôles d'excellence, par le renforcement de leurs connaissances et aptitudes, ainsi que par la dotation de supports à leurs structures ;
- l'instauration d'un dialogue continu avec les communautés pour une recherche collective de solutions culturellement appropriées ;
- l'amélioration des relations entre structures et services d'une même zone géographique, et/ou de centres d'intérêt semblables ou complémentaires.

L'originalité de l'approche Pôles d'excellence réside dans :

- **le choix des groupes.** Avant toute intervention dans une région donnée, les choix se font après consultation des autorités sanitaires et des partenaires, et selon des critères spécifiques, à savoir : l'engagement de la structure dans l'amélioration de la Santé reproductive des populations, l'effet multiplicateur produit par son renforcement, et enfin la volonté et la capacité d'aider d'autres structures ;
- **la prise en compte** au début de toute collaboration **des besoins exprimés par les bénéficiaires** directs et indirects, que sont les ONG/OCB et les populations et **des atouts** dont ils disposent. L'idée de base qui sous tend cette démarche est de proposer des activités utiles, souhaitées et adaptées à la spécificité de chaque groupe ;
- **la prise en compte des différents aspects sociaux, culturels et économiques dans l'approche participative de formation ;**
- **le caractère graduel et continu du renforcement de capacités** qui se fait en profondeur. Il s'agit surtout d'une supervision formative, qui contribue à la valorisation des actions menées sur le terrain par les relais ou animateurs des Pôles d'excellence et à une pérennisation des activités, et qui permet une adaptation de l'assistance au fur et à mesure que les besoins émergent.

Dans un souci d'efficacité et afin d'apporter des changements en profondeur, le programme comporte quatre volets principaux :

- formation en Santé reproductive (le modèle VIH/Développement, les IST en général et la Santé de la reproduction des adolescents) ; cette formation est effectuée, si nécessaire, dans les langues nationales pour une meilleure compréhension des informations partagées ;
- dotation en supports IEC adaptés, accompagnée de conseils d'utilisation ;
- plaidoyer et mobilisation sociale;
- networking.

Au total, 91 structures partenaires sont concernées par ce programme de renforcement de capacités, parmi lesquelles 34 Pôles d'excellence. L'expérience a montré qu'avec relativement peu de moyens, il est possible d'apporter des changements majeurs dans la qualité et le volume des activités menées sur le terrain. En outre, ce programme constitue une véritable courroie de transmission pour véhiculer rapidement des informations de pointe entre la communauté internationale et les populations, et vice versa.

Mise en œuvre du Programme Pôles d'excellence au Sénégal

Le programme Pôles d'excellence s'est déroulé en plusieurs étapes :

- préalables, élaboration des concepts et planification des activités ;
- démarrage officiel du programme, identification des structures et de leurs besoins ;
- renforcement/sensibilisation ;
- dissémination/effet multiplicateur.

Phase 1 : Préalables, élaboration des concepts et planification des activités

- une série de réunions pour la préparation des activités d'appui aux ONG/OCB dans le cadre de l'extension du contrat AIDSCAP/ACI, a permis de proposer le programme Pôles d'excellence et de planifier les activités dudit programme ;
- une série de visites à des partenaires (particulièrement le projet AIDSCAP et l'ANCS) pour avis concernant certaines structures qui se sont distinguées en matière de lutte contre le SIDA, a marqué le démarrage du processus d'identification des Pôles d'excellence ;
- durant cette phase, une recherche active de supports IEC, ayant fait leur preuve au niveau national ou international, a été effectuée. C'est sur cette base que des outils IEC ont été conçus pour doter les structures identifiées en matériels.

Phase 2 : Démarrage officiel du programme, identification des structures et de leurs besoins.

En mars 1997, la poursuite du processus d'identification des Pôles d'excellence s'est faite grâce à une série de déplacements au niveau des régions ciblées. L'équipe a rendu visite

notamment aux médecins chefs de région, aux superviseurs régionaux d'EPS et autres personnes clefs.

Le démarrage officiel du Projet Pôles d'Excellence a connu les étapes suivantes :

- **constitution de l'équipe** : pour assurer la qualité des activités, ACI a recruté 2 consultants seniors et 6 jeunes consultants qui avaient déjà suivi la formation ACI et qui s'étaient distingués dans leurs propres organisations de lutte contre le SIDA. En outre, ces derniers avaient une bonne connaissance des réalités socioculturelles, des ethnies et des langues parlées au niveau de leur zone d'intervention, pour y être nés ou y avoir grandi. C'est ainsi que ACI a mis sur pied un groupe, encadré par les consultants les plus expérimentés, et comprenant des jeunes très disponibles pour les déplacements dans les régions. Ces derniers, dénommés "*caseworkers*"* ont démontré tout leur engagement, dynamisme et compétence ;
- **première sélection de Pôles d'excellence** selon les critères précités ;
- **premier contact des caseworkers avec les structures sélectionnées en présence des consultants seniors** : cette étape a été d'abord une opportunité pour les consultants seniors de présenter les différents *caseworkers* aux représentants de chaque structure pressentie, afin de crédibiliser leurs actions futures ;
- ce fut aussi l'occasion de rassembler des informations sur les spécificités socio-culturelles des localités ciblées, sur la structure et ses besoins spécifiques en matière de suivi et aussi de proposer des relations de partenariat. Il s'agissait également pour le *caseworker* de faire connaissance avec la structure: ses membres, ses buts, ses ressources, son fonctionnement, ses forces, ses problèmes, ses moyens de communication, ses activités, et sur ses programmes envisagés. En outre, le caseworker devait déterminer les besoins spécifiques de cette structure (surtout en matière de formation et de matériel IEC), établir des priorités avec les représentants du groupe, et enfin, identifier le réseau (actuel ou potentiel) de collaboration de cette structure ;
- **l'identification de groupes secondaires** : quant au choix des groupes secondaires, il s'est fait de manière plus informelle, basé essentiellement sur le dynamisme et le potentiel de ces groupes en tant qu'acteurs dans le dispositif de lutte contre le SIDA au Sénégal.

Phase 3 : Renforcement/sensibilisation

Les stratégies

Elles tournent autour :

- **de la dotation en matériels IEC**, doublée de conseils d'utilisation. La distribution de ces supports est faite progressivement (un support à la fois) selon les besoins spécifiques des Pôles d'excellence. Leurs animateurs apprennent ainsi à mettre en valeur et optimiser

* Les relais ACI sont appelés "caseworkers", un terme emprunté au système d'assistance sociale anglophone. Dans ce système, il est confié au travailleur social un certain nombre de dossiers ("cases") qu'il ou elle doit suivre de manière régulière, afin de se familiariser au maximum avec la situation globale des personnes assistées. Il s'agit là de bâtir des relations de confiance mutuelle. Ce même concept a été appliqué au système ACI d'assistance aux ONG/OCB dans l'approche Pôles d'excellence.

chaque outil de sensibilisation. Le *caseworker* profite également de toutes les occasions pour rappeler la méthodologie participative et élargir les compétences du groupe en matière de techniques d'animation.

- ***de la formation***

Deux formes d'intervention ont été expérimentées :

- séances de formation de plusieurs jours, concernant une ou plusieurs structures d'une même région ;
- série de modules de formation plus courts et plus faciles à réaliser, de moindre coût et adaptés aux séquences d'intervention spécifiques à chaque groupe.

Les thèmes sont axés principalement sur les aspects socioculturels et économiques de l'épidémie à VIH/SIDA et sur des questions complexes de santé de la reproduction.

- **du suivi sur le terrain**

Le caseworker travaille en outre dans l'optique d'accomplir tout ce qui est nécessaire pour aider un groupe à s'améliorer :

- faire des visites de courtoisie et d'information au niveau des structures de l'Etat (Région médicale, EPS, Laboratoire régional, Développement communautaire, etc.) et encourager la collaboration entre elles et les Pôles d'excellence;
- informer les responsables de ces groupes sur les ressources disponibles au niveau d'une région (équipement audiovisuel, préservatifs, centres de dépistage, expertise, etc.) ;
- partager avec chaque groupe sa perception de la structure et de ses activités, du rôle qu'elle peut jouer dans sa zone, etc. (observateur objectif) ;
- amener un groupe à faire une analyse de ses propres valeurs et à prendre conscience de ses ressources internes et potentialités (nouvelles approches, nouvelles cibles, nouvelles activités) ;
- insuffler à ceux qui interviennent sur le terrain le désir de remise en question et de réorientation éventuelles des actions et instaurer un réflexe d'évaluation (atteinte d'objectifs, progrès réalisés, base de détermination des prochaines étapes) ;
- faire du "networking", en favorisant le rapprochement de structures en vue de collaboration ou de coordination.

Phase 4 : Evaluation du programme

Périodiquement, des activités d'évaluation qualitative ont été menées pour estimer le niveau d'atteintes des objectifs, le niveau de satisfaction des bénéficiaires directs (relais au niveau des pôles d'excellence) et faire la preuve des progrès accomplis.

L'approche culturelle dans le Programme Pôles d'Excellence

- L'utilisation d'un modèle particulier de formation

Africa Consultants International (ACI), une ONG spécialisée depuis longtemps dans la communication, la formation et le développement de la santé en Afrique, a collaboré avec le Bureau du PNUD à New York en 1990/91 pour la conception d'un modèle de formation appelé VIH et Développement, destiné initialement à la sensibilisation des décideurs. Ce travail fut la première expérience de ACI en matière de recherche de réponses aux problèmes posés par le VIH/SIDA. A l'époque, cette expérience novatrice et visionnaire à la fois, a permis à ACI de s'impliquer plus résolument dans des activités relatives à la problématique du SIDA au Sénégal.

Dans une démarche, qui rompt avec la vision purement médicale du SIDA, ce modèle innove en inscrivant le VIH/SIDA dans la problématique globale du développement humain durable et fait une large place aux aspects sociaux, culturels et économiques de la pandémie.

Ces séances de formation, qui servent également de cadre d'analyse et de réflexion collective, favorisent le renforcement de la capacité d'action et de l'esprit d'initiative des participants et de leurs communautés, par l'utilisation d'outils de planification et de programmation. L'originalité de cette formation reste néanmoins la stratégie globale dont le but est d'assurer une participation aussi bien affective que cognitive de l'individu par l'utilisation de films, de témoignages, et d'autres exercices à fort impact émotionnel tels que la simulation intitulée *Feu de Brousse*. Ce dernier consiste à faire vivre aux participants le vécu des personnes vivant avec le VIH, au sein de nos sociétés.

A l'issue de ces séances de formation, les participants ont une vision plus nette de l'épidémie. Ils appréhendent mieux les méfaits et les ravages de la maladie dans le monde, en Afrique et au Sénégal. Ils sont en mesure de jeter un regard critique sur leurs réalités socioculturelles. Mais surtout, ils regagnent leurs différentes communautés, convaincus que tout le monde peut être exposé au risque, et qu'ils doivent agir pour sauvegarder leur communauté. Cette conviction intime qui n'est pas tributaire de ressources extérieures, constitue une formidable source de motivation personnelle.

Une stratégie de renforcement de capacités inscrite dans le cadre d'un processus

Le processus de renforcement de capacités a pour but :

- d'aider les communautés à mieux comprendre :
 - les aspects biomédicaux de l'infection à VIH/SIDA ;
 - les facteurs sociaux, culturels et économiques de vulnérabilité ;
 - les conséquences socio-économiques à différents niveaux (individu, famille, communauté, pays).
- d'identifier les facteurs qui favorisent la propagation et de démontrer la complexité du retentissement socio-économique de cette épidémie ;
- de fournir des outils d'analyse de situations et de niveaux de risque, spécifiques à chaque communauté :
 - d'apporter une assistance dans la formulation de stratégies ;

- de soutenir la mise en œuvre de ces stratégies ;
- d'aider à l'évaluation de l'impact des stratégies et à leur réorientation.

Résultats globaux à ce stade du programme

Un aperçu général de l'état actuel de développement du programme nous permet de faire les constatations suivantes :

- un système performant, culturellement adapté, de renforcement des capacités des associations et ONG a été créé avec :
 - un maximum de dotations de matériel IEC ;
 - des visites périodiques au niveau des pôles ;
 - des sessions de formations continues ;
 - l'organisation d'ateliers de formation sur des thèmes divers ayant trait à la Santé de la reproduction.
- au contact des consultants seniors (lors des réunions de l'équipe), grâce aux diverses activités de formation menées sur le terrain et surtout grâce aux séances de formation continue *in house* , les caseworkers ont une meilleure maîtrise des techniques d'animation et acquièrent régulièrement des connaissances sur les nouveaux concepts, techniques d'animation, et supports IEC relatifs à la Santé de la reproduction qu'ils reprennent au niveau des Pôles d'excellence.
- au niveau des pôles, nous pouvons noter :
 - un renforcement des connaissances sur l'épidémie à VIH/SIDA et ses conséquences socio-économiques ;
 - un renforcement des aptitudes des membres à :
 - mener des groupes de discussions autour de points ou de films ;
 - utiliser au mieux des supports IEC variés ;
 - intégrer plusieurs sujets ayant trait à la SRA ;
 - organiser des programmes de sensibilisation sur le SIDA ;
 - aider d'autres groupes dans la conception et l'exécution de leurs programmes IEC/SIDA .
 - un renforcement des capacités matérielles ;
 - un renforcement des liens entre certaines structures ;
 - un renforcement de la position de la structure au sein de la communauté.
- au niveau des structures de santé, diverses formes de collaboration se sont développées avec les Pôles d'excellence :
 - l'organisation de séances de formation sur la santé reproductive par les Pôles d'excellence à l'intention de leurs partenaires des services de santé. Ces agents ont rarement pu bénéficier de ce type d'orientation basée sur l'approche non médicale au VIH/SIDA et intégrant le volet socioculturel et affectif dans l'analyse des problèmes de santé ;
 - le recours de certaines circonscriptions médicales aux personnes ressources des Pôles d'excellence comme éducateurs durant leurs séances de sensibilisation communautaire.

Ces personnes apportent avec elles les capacités et les supports qui ont été renforcés et collectés grâce à l'approche Pôles d'excellence de ACI ;

- la participation du personnel médical des services de santé publique aux séances de sensibilisation organisées par les OCB. D'une part, leur participation ajoute un cachet de crédibilité aux séances et d'autre part, elle améliore les contacts entre le personnel médical et la population en général. Il en résulte une plus grande confiance des populations envers les structures de santé, ce qui peut les inciter à utiliser les services qu'elles offrent.
- au niveau des populations :

Bien qu'il semble prématuré de parler d'une amélioration aussi bien qualitative que quantitative de la couverture des communautés par rapport à leurs besoins en SR grâce à l'approche Pôles d'excellence, on voit déjà des indicateurs préliminaires de changements au niveau des comportements, de la demande d'informations, du taux de fréquentation des services de santé, et des relations entre clients et agents de santé :

- plusieurs groupes à Ziguinchor parlent d'une baisse dans le nombre de grossesses chez les jeunes qu'ils encadrent en milieux scolaires et communautaires ;
- de nombreux relais des différents Pôles d'excellence font état d'une demande croissante de leur population cible pour des préservatifs et des informations relatives au SIDA et à la SR ;
- AJPED, un Pôle d'excellence dans la région de Ziguinchor, a fait part d'un doublement du nombre de consultations dans leur centre de santé, suite à des sessions de sensibilisation sur les IST, développées avec le *caseworker* de ACI ;
- d'après le personnel des centres cliniques ASBEF (Pôles d'excellence), l'organisation de séances d'information sur la SR à l'intention des femmes qui attendent d'être consultées, attire les clients, les informe, et contribue à une meilleure communication avec le personnel.

Résultats escomptés à long terme

Si le programme s'avère aussi efficace que nous l'indiquent les observations préliminaires, les différents Pôles d'excellence deviendront progressivement plus autonomes et renforceront à leur tour les associations ressources et compétences locales. Ceci est d'une importance cruciale si l'on veut permettre aux acteurs des initiatives à base communautaire d'améliorer leurs capacités à soutenir et à conduire des activités de sensibilisation de qualité au sein des communautés.

Dans un contexte de diminution des financements alloués, cette approche aura forcément des effets en terme de pérennisation des activités au profit des populations, de leur adoption de comportements responsables pour leur santé et de leurs attitudes vis-à-vis du système de santé. Une telle approche, si elle se généralise davantage, pourrait avoir des impacts tels que :

- une sensibilisation et une compréhension plus grandes des problèmes de santé sexuelle et reproductive par les patients et donc moins de réticences et de gêne. Ceci contribuerait à une protection accrue contre l'infection à VIH, notamment chez les femmes ;
- une meilleure communication et une amélioration des relations entre les patients et le personnel soignant et, par conséquent, un meilleur état d'esprit parmi le personnel médical
- une réduction du nombre de complications grâce à une sollicitation avisée et immédiate de traitement de la part des patients créant ainsi de meilleures chances d'un diagnostic et d'un traitement diligents et appropriés de la part des soignants ;
- une meilleure compréhension des conséquences de problèmes majeurs de santé sur le bien être de la communauté, ce qui peut contribuer à un engagement résolu des communautés dans l'organisation des services de santé, au développement de stratégies efficaces, à une mobilisation des ressources communautaires, notamment pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH, et à une allocation de fonds aux structures et services médicaux par la communauté et les comités de santé des districts (à un moment où le Sénégal et d'autres pays sont engagés dans le processus de la décentralisation) ;
- enfin, une utilisation accrue des structures de santé.

Dr. Cheikh Tidiane ATHIE
Président
Action et développement
Sénégal

ACDEV : ACTION ET DEVELOPPEMENT

PRESENTATION DE AcDev

AcDev est une ONG sénégalaise créée en 1991 qui s'inscrit pour le bien être de l'enfant et la promotion de la femme. Organisation à caractère humanitaire, AcDev travaille pour l'amélioration de la situation socio-économique et sanitaire de la femme et de l'enfant.

La mission de AcDev est de participer au développement socio-économique et sanitaire des populations sénégalaises à travers la formation, la sensibilisation et l'action au niveau de la base.

Ses objectifs consistent à :

- améliorer les conditions de vie des populations ciblées à travers des activités d'appui au développement ;
- assister les enfants et les populations démunies en général, et notamment dans les domaines de la nutrition, des soins de santé, de la lutte contre les MST/ SIDA ;
- mettre en œuvre les moyens de sensibilisation, de formation et d'action sur les mécanismes du " mal développement " ;
- promouvoir un partenariat avec les ONGs et institutions nationales et internationales dans le respect de leur identité.

Le Mode d'intervention de AcDev consiste en une approche participative basée sur l'implication des bénéficiaires dans le processus d'étude, d'évaluation et de suivi des projets. Elle procède à leur identification à travers leur monographie, la définition des problèmes et des besoins et négocie les solutions aux problèmes avec les populations. AcDev intervient principalement en milieu périurbain et rural et travaille avec les organisations communautaires qui sont :

- les groupements de promotion féminine ;
- les groupements féminins d'intérêt économique ;
- les associations de développement.

L'ONG a formé 120 relais (garçons et filles) venant de 40 associations de jeunes du département de Pikine et 48 auxiliaires issues de 24 groupements féminins sur la SMI et sur la PF qui s'investissent dans les quartiers. Dans le cadre de la mobilisation sociale, l'ONG a à ce jour réalisé plus de 300 activités de sensibilisation en collaboration avec AIDSCAP, ANCS, UNICEF, FNUAP, le PAONG de l'USAID et d'autres bailleurs.

Lors de ces activités plus de 15 000 personnes ont été sensibilisées sur plusieurs aspects de la santé publique (MST/SIDA, Planning Familial, vaccination, paludisme, etc.).

Stratégie de pérennisation des activités et d'autonomisation des structures

Dans le souci de réduire la dépendance aux partenaires financiers, AcDev expérimente depuis des années des stratégies de pérennisation de ses activités et d'autonomisation de ses structures.

La pérennisation des activités

Spécialisée dans le domaine de la santé, AcDev a très tôt compris que, l'implication et la responsabilisation des groupements et associations partenaires, d'une part, et le financement d'activités productrices, d'autre part, constituaient une condition pour la réussite de ses projets. La stratégie repose sur les points suivants :

- **le transfert de compétences** : l'ONG procède à l'émergence de ressources humaines locales à travers la formation sur les divers domaines abordés par le projet (santé, épargne et crédit, genre et développement, etc);
- **l'implication et la responsabilisation des ressources humaines** qui consiste à assister ces personnes ressources appelées auxiliaires ou relais, jusqu'à ce qu'elles s'approprient des connaissances, attitudes et comportements nécessaires pour la gestion des activités ;
- **l'intégration des activités** : il s'agit d'insérer dans tous les projets financés un volet sur une activité génératrice de revenus, une caisse d'épargne et de crédit (par ex.) en vue de relever le statut socio-économique des populations afin de leur permettre d'accéder à divers types de services sociaux dont les prestations sont souvent au-dessus de leurs moyens ;
- **la motivation des auxiliaires** : Les auxiliaires des organisations partenaires continuent le plus longtemps leurs activités grâce à la motivation qu'ils reçoivent.

Ainsi donc ils perçoivent une motivation continue allant au-delà du projet à travers les bénéfices générés par la vente des médicaments essentiels et autres produits :

- ☞ 80% des bénéfices pour les auxiliaires ;
- ☞ 20% pour renforcer la caisse des médicaments.

L'organisation constitue une caisse de développement alimentée par la moitié des intérêts de l'activité d'épargne et de crédit. Cette caisse sert à la motivation des ressources humaines locales et à couvrir les charges de fonctionnement du GIE.

L'autonomisation des structures

AcDev travaille dans le sens de la sensibilisation des populations en matière de santé et de développement, ce qui, entraîne forcément une demande de services que les pouvoirs publics ne peuvent pas satisfaire. C'est ainsi que depuis trois ans, avec les structures décentralisées de l'Etat, l'ONG a procédé à l'ouverture de structures d'offre de services de qualité prenant en compte les préoccupations des populations et accessibles à tous points de vue.

L'ONG a créé deux polycliniques communautaires à Pikine dans les quartiers de Darou Khoudouss et Darou Salam 6 et à Fatick dans la commune de Guinguinéo. Ces centres très opérationnels, gérés chacun par un médecin et une sage-femme, offrent une gamme variée de services parmi lesquels: planning familial, consultations générales, consultations gynécologiques, consultations pré et post natales, pédiatrie, odonto-stomatologie.

La tarification des prestations de services est la même que dans les structures publiques, ce qui permet à l'ONG de créer des emplois et d'assurer certains frais de l'ONG.

A l'heure actuelle le centre de Pikine est doté d'un cabinet dentaire où officie un médecin-dentiste.

L'ONG a ainsi créé un centre de formation polyvalente qui accueille des jeunes filles défavorisées. Une contribution mensuelle est demandée pour la prise en charge du personnel et des autres charges récurrentes. Deux structures de santé sont créées à Pikine et à Fatick et l'ONG envisage d'en ouvrir d'autres dans des localités où la couverture sanitaire est nulle.

L'ONG met en place un fonds de crédit qu'elle met à la disposition des groupements de femmes pour la mise en œuvre d'activités génératrices de revenus. Les prêts sont consentis avec un intérêt de 5% et servent à la prise en charge de certains frais et à la motivation du personnel chargé du suivi de l'activité de crédit.

Domaine d'intervention : santé communautaire et développement communautaire.

Zone d'intervention : Région de Dakar, de Fatick, Louga et de Diourbel.

La santé de la reproduction des jeunes

Le réseau pour la promotion de l'éducation à la vie familiale a été créé par l'ONG sous l'impulsion de l'USAID avec 3 structures d'éducation de jeunes en difficultés.

Dans ce cadre, il a été créé 3 bureaux conseil dans ces 3 structures d'éducation et d'insertion des jeunes (Centre Sauvegarde de Cambéréne, Centre Kër Jabot, Centre d'enseignement Technique Féminin). Ces bureaux conseil visent une population de plus de 1 200 jeunes.

Le centre d'enseignement technique polyvalent Kër jabot « DOUJA »

La vocation du centre est d'assurer une formation technique, professionnelle et une éducation pour la santé des adolescentes. Ces dernières à la fin de leur formation sont constituées en groupement d'intérêt économique. A l'heure actuelle le centre reçoit environ 50 jeunes filles par an. Il est doté d'un matériel de couture et d'un parc informatique pour l'initiation des jeunes.

Les cours dispensés dans le centre sont :

Couture	Broderie
Artisanat	Teinture
Coiffure	Initiation à l'informatique
Education pour la santé	

L'offre de services de santé à la base (SBC)

Dans le cadre de ses projets, l'ONG met à la disposition de ses partenaires de terrain des produits destinés à la distribution/vente dans leurs zones d'intervention. Il s'agit de :

- contraceptifs de barrière (condom et spermicides) ;
- de médicaments essentiels (chloroquine, aspirine, paracétamol, fer, RVO, moustiquaires imprégnés, etc.).

Ces produits sont commercialisés par les auxiliaires de santé formées par l'ONG pour chaque groupement. L'approvisionnement se fait au niveau des structures de santé de l'ONG.

Infrastructures

Les infrastructures gérées par l'ONG sont les suivantes :

- le siège de la coordination nationale à Pikine, Dakar ;
- le siège de la représentation régionale de Fatick ;
- le centre de formation technique ;
- la polyclinique communautaire de Pikine ;
- la polyclinique communautaire de Malicka ;
- la polyclinique communautaire de Guinguinéo.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'INTERVENTION DE AcDev

Dans le cadre de sa déclaration de Politique de Population adoptée en avril 1988, le Sénégal met en œuvre, depuis plusieurs années, d'importants programmes de sensibilisation en direction des jeunes afin de les prémunir contre les multiples fléaux qui menacent leur avenir. Malgré les nombreux résultats positifs enregistrés, la jeunesse continue à souffrir de fléaux que sont : les grossesses précoces et ou non désirées, les avortements clandestins, la drogue, le libertinage sexuel, les maladies sexuellement transmissibles y compris le SIDA, etc.

Ainsi, l'action de sensibilisation ne suffisant pas à elle seule pour préparer les jeunes à une vie adulte responsable, il est apparu indispensable de mettre en place un nouveau dispositif, capable de mieux répondre à l'aspiration et aux préoccupations des jeunes âgés de moins de 25 ans et ce, notamment en matière de santé de la reproduction et plus précisément de lutte contre les MST et le SIDA.

C'est dans ce cadre qu'un réseau regroupant les institutions de jeunes autour d'activités d'éducation à la vie familiale a été créé afin de mieux cerner les voies et moyens d'élaborer une stratégie pertinente et durable pour l'amélioration de la santé des adolescents.

En effet, il y a donc là urgence pour les structures à forte fréquentation de jeunes d'ouvrir des salles/conseils/orientation qui constitueront des centres d'accueil, d'orientation et de prise en charge des préoccupations quotidiennes des jeunes en matière de santé de la reproduction et plus particulièrement les MST/SIDA.

Ces structures ont déjà été créées par les membres du réseau par une mobilisation des ressources existantes et sont renforcées par diverses opportunités qui ne manqueront pas de surgir en cours d'exécution.

V- OBJECTIFS DU RESEAU

Objectif général

Il s'agit de contribuer à la réduction de la prévalence des MST et du SIDA dans la population jeunes

Objectifs spécifiques

- amener les jeunes à modifier leurs attitudes et comportements, notamment en matière de sexualité dans le sens de pratiques responsables, en vue de leur épanouissement et de leur bien-être social.
- amener les jeunes à développer des mécanismes de lutte contre les MST et le SIDA ;
- assurer une prise en charge médicale des jeunes en matière de traitement des MST.

BENEFICIAIRES

Le bénéficiaire direct est le Réseau PEVF qui est une structure composite des centres d'enseignement technique féminin de Pikine et de AcDev et du centre Sauvegarde de Cambérène.

POPULATION CIBLE

La population cible est constituée des jeunes filles et garçons de 12 à 25 ans fréquentant les structures spécialisées dans l'éducation des adolescents. Il s'agit entre autres de la jeunesse désœuvrée, des enfants placés par décision judiciaire en semi-internat, des jeunes non scolarisés, déscolarisés ou qui n'ont pas pu franchir le cap de l'enseignement élémentaire.

Au total, une population de 1200 jeunes répartie entre les trois centres est visée.

ZONE D'INTERVENTION DE L'ONG

Dans le cadre de la lutte contre le SIDA l'ONG intervient principalement à Dakar et à Fatick.

Les activités sont mises en œuvre au Centre d'Enseignement Technique Féminin de Pikine, au Centre Sauvegarde de Cambérène et au Centre Kër Jabot de Khourou Nar .

IV- PROBLEME PERÇU

Les jeunes du département de Pikine sont confrontés aux problèmes de santé suivants :

- chômage ;
- délinquance, drogue ;
- prostitution ;
- absence de structures spécialisées en matière de santé reproductive des jeunes ;
- manque d'information en matière de sexualité et de santé reproductive ;
- risques liés à une sexualité précoce et aux infections dues aux MST/SIDA
- déficience de la responsabilité parentale.

Il est apparu au cours de l'expérience de l'ONG, un certain nombre de constats soulevés par des jeunes issus de milieux divers et de différentes conditions mais fréquentant les établissements membres du Réseau PEVF.

La précocité des rapports sexuels est un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur. La curiosité de découverte des rapports sexuels chez les jeunes en est une des principales causes, mais aussi de se prouver à soi-même qu'on est devenu adulte. Cela devient donc entre jeunes, aussi bien chez les filles que chez les garçons, une forme de maturité et par endroit de succès vis-à-vis des autres qui n'ont pas encore vécu l'expérience. Ainsi, les risques de MST et de grossesse sont grands. En conséquence, il n'est pas rare de voir des filles mères dès l'âge de 15 ans et qui finissent comme prostituées pour subvenir à leurs besoins.

Toujours est-il que les MST qui constituent aussi une porte d'entrée pour le SIDA sont un phénomène qui sévit largement au sein des quartiers populaires. Les causes sont à rechercher dans le manque de connaissance et la pratique précoce de l'acte sexuel, le manque de surveillance des parents et la méconnaissance ou le non recours aux méthodes de protection.

La situation de crise économique génère une armée de jeunes désœuvrés, qui pour certains pensent trouver leur salut dans la drogue, le banditisme, la prostitution...

L'existence du phénomène de la prostitution surtout clandestine et qui touche de plus en plus les mineures, interpelle toute la communauté. Les conséquences immédiates qui en découlent sont : la contraction et la propagation des maladies vénériennes et des grossesses non désirées. Les personnes atteintes de maladies vénériennes ne se présentent pas au centre de santé et préfèrent l'automédication.

VI- STRATEGIES DEVELOPPEES

La stratégie est axée sur le renforcement des acquis des groupes de discussion et le développement institutionnel du réseau en matière de lutte contre les MST/SIDA par les activités d'IEC en vue de changer les comportements.

1- Renforcement des groupes de discussion

Les groupes de discussion constitués dans le cadre de ce présent réseau sont définis au niveau des trois centres. Ils sont hétérogènes et caractérisés par un certain nombre de paramètres, à savoir :

- l'âge ;
- le niveau d'instruction ;
- le programme scolaire.

Cet axe stratégique repose sur :

- un renforcement des ressources humaines internes par l'amélioration de la supervision et des capacités d'animation. Elle se traduit par la formation en supervision des encadreurs (formateurs et monitrices de centres) et la formation en techniques d'animation des relais IEC/SIDA ;

- un encadrement des relais chargés de faciliter l'animation au sein des groupes de discussion ;
- une amélioration de la supervision par les équipes techniques.

2- l'amélioration de la demande et qualité des conseils en matière de MST/SIDA

En considérant ces structures d'éducation spécialisée, le Réseau procède à un rééquilibrage parce que tenant compte du fait que le gouvernement et d'autres structures interviennent uniquement dans les districts et d'autres établissements scolaires.

Les activités des relais au sein des groupes de discussion permettent de maintenir en permanence le cadre de dialogue et d'échange entre jeunes dans le sens d'éveiller et de traduire leur sens des responsabilités dans leurs actes de tous les jours.

Ces attitudes nouvelles sont conditionnées par le niveau de connaissance et attitudes positives des jeunes en matière de sexualité. Elles se traduisent par la fréquentation accrue des bureaux conseil et autres points de prestation de services. Le programme est sous tendu tout au long de son exécution par une formation continue des différents acteurs. L'essentiel de cette formation aura lieu dès le premier mois du projet.

VII- ACTIVITES

Recyclage ou formation de formateurs en IEC/SIDA counselling, techniques participatives de prévention et supervision

Le recyclage ou la formation vise à renforcer les membres du réseau de ressources humaines capables d'assurer la continuité des activités de sensibilisation destinées aux jeunes pensionnaires dans leurs structures respectives.

Le personnel enseignant et d'encadrement des membres du réseau peuvent ainsi bénéficier de ce recyclage afin d'harmoniser les connaissances acquises et ensuite d'en assurer la démultiplication au niveau des relais de chaque structure.

La session porte sur les techniques participatives de prévention, sur tous les aspects relatifs aux MST/SIDA et la supervision des activités menées par les relais au sein des groupes de discussion.

- sexualité et santé de la reproduction ;
- MST/VIH-SIDA ;
- sexualité précoce ;
- maternité précoce ;
- grossesses précoces et non désirées ;
- la toxicomanie ;
- la délinquance ;
- planification familiale.

La formation de relais en IEC/SIDA

La formation a pour but d'impliquer et de responsabiliser les jeunes dans la lutte contre les MST et le SIDA. La formation porte sur les techniques d'animation et sur tous les aspects relatifs aux MST/SIDA, à la sexualité et à la santé de la reproduction.

La sensibilisation

Elle se fera sous forme de causeries, projections de films ou manifestations populaires. Ces activités seront menées par les membres du réseau au sein duquel ont été formés les relais qui animeront les séances d'IEC au sein des groupes de discussion et assistés en cela par les superviseurs et le corps médical de l'ONG en cas de besoin. A la fin de chaque séance, le thème de la discussion est systématisée, un résumé est produit et distribué aux participants.

La sensibilisation débute par une manifestation populaire commune qui a pour but d'informer largement les jeunes de la zone d'intervention des objectifs à atteindre.

Les encadreurs et autres membres du réseau assistent les relais afin de les responsabiliser dans la gestion des activités d'IEC. Ces personnes ressources n'interviennent que pour combler les insuffisances et orienter les relais dans le cadre de la mobilisation sociale. Selon un planning des activités de sensibilisation qui sera dressé pour toutes les structures, le matériel de mobilisation sociale (sonorisation, moyens audiovisuels) est mis à la disposition des membres. Chaque structure fera ses séances de discussion suivant de nombre de ses groupes de discussion. Chaque groupe de discussion tiendra une séance par mois.

Les activités se feront autour des thèmes suivants :

- MST ;
- VIH/SIDA ;
- sexualité précoce
- maternité précoce ;
- grossesses précoces et non désirées
- La toxicomanie
- la délinquance ;
- planification familiale.

L'organisation des journées du réseau

Deux journées sont consacrées à l'organisation d'une manifestation commune de grande envergure qui regroupe tous les groupes de discussion. Ces manifestations de sensibilisation sur tous les thèmes relatifs aux MST/SIDA permettent d'étendre et d'impliquer les populations, plus particulièrement les écoles, les CEM et les associations de quartier.

A ces journées, sont conviés les techniciens de la santé, les autorités locales et d'autres organisations intervenant dans le domaine de la santé reproductive des adolescents.

Les relais et les superviseurs sont chargés d'animer des stands thématiques pour permettre aux visiteurs de s'imprégner d'avantage sur les multiples fléaux qui menacent leur existence et particulièrement les MST/SIDA .

A) Rôle du réseau dans l'exécution des activités

Il a la responsabilité de la coordination administrative et technique des activités du réseau : il veille à l'exécution de toutes les actions du réseau, assurer la gestion matérielle, financière et humaine du projet.

Il supervise les activités des structures membres, traiter des données recueillies, veiller à la conformité des activités de prévention et de services du projet par rapport aux recommandations du Plan de Développement Sanitaire de la Région Médicale.

Il assurera la gestion financière et matérielle du projet. Il devra, en collaboration avec les responsables du comité exécutif, aider les membres à mettre en œuvre les activités sectorielles et communes.

Le réseau sera l'interface entre le projet et le bailleur.

B) Responsabilités spécifiques des structures membres du réseau

Chaque membre du réseau sera chargé de mettre en œuvre les activités spécifiques au sein de sa structure. Pour cela les contributions et certains préalables seront mis en place :

- identifier les formateurs ;
- établissement d'un programme d'activités sectorielles ;
- information de toutes les personnes ayant un rapport direct ou indirect avec la structure sur les objectifs et préoccupations du réseau ;
- identifier les relais et assurer leur formation ;
- identifier les personnes - ressources qui animeront les salles conseils/orientation ;
- assurer une bonne gestion des salles conseils/orientation ;
- identifier les stratégies d'IEC ;
- concevoir les messages selon les thèmes choisis.

C) Apport du réseau à ses membres

Les apports que fournit le réseau à ses membres se résument :

- au renforcement des ressources humaines en matière d'EVF à travers :
 - * la formation de formateurs ;
 - * la formation de relais.
- au renforcement des capacités techniques en matière d'IEC à travers la mise en œuvre d'une stratégie pertinente et participative ;
- au renforcement des membres en matériels didactiques, supports de sensibilisation et équipements ;
- au renforcement des membres dans la capacité de prise en charge des problèmes de santé reproductive des adolescents ;
- au renforcement des membres dans la capacité d'initier des volets socio-économiques dans la prise en charge des problèmes de santé reproductive des adolescents.

X- MOYENS DE PERENNISATION

Le dispositif de pérennisation se perçoit à travers deux facteurs :

- le renforcement des ressources humaines avec la formation des membres du corps enseignant des structures du réseau. La stabilité relative des encadreurs permet d'envisager la pérennisation des activités lors des prochaines rentrées scolaires ;
- le renforcement des investissements en matériel de sonorisation permet au bureau de coordination du réseau de rentabiliser ces équipements.

Chaque groupe de discussion a la possibilité d'initier des activités lucratives susceptibles d'apporter un dynamisme au mouvement, par une adhésion plus accrue des membres et par la même occasion de contribuer à la génération de fonds (organisation de soirées payantes, location du matériel de sonorisation).

Ce dispositif permet d'entamer la prochaine rentrée scolaire avec la remobilisation des relais déjà formés pour la poursuite des activités au sein des groupes de discussion.

INDICATEURS

L'impact du projet est multiple :

- 100% des structures membres du réseau sont dotées en ressources humaines stables à travers le recyclage des formateurs en IEC/MST/SIDA :
 - formateurs pour le Centre Sauvegarde de Cambérène ;
 - formateurs pour le Centre Enseignement Technique Féminin de Pikine ;
 - formateurs pour le Centre Kër Jabot.
- 100% des structures membres du réseau sont dotées de relais en IEC/SIDA capables de tenir des activités de sensibilisation :
 - 11 relais pour le C.S.C ;
 - relais pour le C.E.T.F.P ;
 - relais pour le Centre Kër Jabot .
- l'acquisition de connaissances et un changement de comportement seront effectifs au niveau des pensionnaires des structures membres du réseau en matière de santé reproductive à travers les activités de sensibilisation qui se feront autour des thèmes précités ;
- 1200 élèves seront ainsi concernés.

RESULTATS ATTENDUS

1. accès à l'information complète sur toute la gamme de services de santé en matière de santé de la reproduction ;
2. accès accru aux points de distribution des produits contraceptifs, préservatifs et condoms ;
3. 90% de la population cible peut citer au moins 2 modes de transmission du virus du SIDA ;

4. 90% de la population cible peut citer au moins 2 moyens appropriés de protection contre l'infection des MST/SIDA ;
5. les bénéficiaires sont sensibilisés sur les fléaux tels que les MST, la toxicomanie, les risques de grossesses précoces et les avortements clandestins ;
6. les bureaux sont supervisés au moins une fois par trimestre selon les normes. Les jeunes des structures cibles bénéficient d'un cadre de mobilisation, et de loisirs pour participer à l'épanouissement de la jeunesse avec les activités des relais.

M. Claude FABRIZIO
UNESCO Consultant
Paris, France

COMMUNICATION CULTURELLEMENT ADAPTEE POUR LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS

I- INTRODUCTION

Perception du risque : large prise de conscience, mais compréhension insuffisante

Dans tous les pays, les populations ont entendu parler d'une façon ou d'une autre du danger du VIH/SIDA. De plus, étant donné que ce problème 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.

Ainsi, les populations de la plupart des pays, à l'exception de certaines tribus des régions isolées, peuvent se faire une idée du danger, mais le plus souvent très vague. Les sondages effectués au niveau national ont 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. Les grandes campagnes d'information ont donc 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, plutôt 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, les personnes infectées cachent très fréquemment leur situation.

II- COMMUNICATION APPROPRIEE AU CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS : EVALUATION DES MODALITES D'ACTION ACTUELLES

1. Evaluation des formes actuelles de communication (IEC)

La première phase du combat contre le VIH/SIDA a été surtout centrée sur l'action épidémiologique et la recherche concernant la maladie proprement dite. Le progrès scientifique a révélé ensuite qu'il peut s'écouler une longue période (de 5 à 10 ans) entre la première infection, son évolution et le déclenchement de la maladie terminale. Une attention

plus grande a donc été apportée, au-delà de l'assistance médicale, à la gestion éducative de la prévention et à la phase intermédiaire qui suit l'infection et les comportements observés pendant cette période.

Des programmes d'information/éducation/communication ont donc été mis en place comme instruments clés de l'action préventive à mener, comme pour d'autres problèmes impliquant un changement en profondeur des comportements, par exemple, en matière de politiques démographiques. Dans ce cadre, le rôle prééminent du système scolaire et des médias a naturellement été souligné.

Des programmes, matériels pédagogiques et projets ont été développés à cet effet par l'intermédiaire des institutions de coopération internationale, des organisations non gouvernementales et des autorités nationales, dans le cadre des programmes scolaires et universitaires comme par des programmes diffusés par la télévision et la radio et, dans une certaine mesure, par la communication directe avec les populations menacées par l'épidémie.

1.1 Information/Education/Communication (IEC) : Situation actuelle

Dans le domaine de l'éducation préventive contre le VIH/SIDA et l'abus des drogues, les activités de l'UNESCO ont été orientées avant tout, au cours des années 1990, vers le soutien aux Etats membres pour l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes destinés aux planificateurs de l'éducation scolaire, aux enseignants, aux jeunes, scolarisés ou non, et aux jeunes femmes illettrées.

A cet effet, des guides stratégiques et des matériels éducatifs expérimentaux, culturellement adaptables, ont été étudiés et élaborés, en vue de les mettre à la disposition des groupes concernés. Au cours du biennium actuel (2000-2001), l'action demeure centrée sur la formation des jeunes à l'éducation préventive contre le VIH/SIDA et l'abus des drogues, par un soutien aux systèmes nationaux d'éducation sanitaire dans le cadre de la formation des enseignants, par le développement de programmes scolaires adaptés et par le lancement de campagnes internationales d'éducation préventive pour et avec les jeunes.

Une comparaison utile

A la suite de la Conférence sur la Population et le Développement au Caire (1994), le FNUAP et l'UNESCO ont lancé depuis 1996 un programme conjoint d'IEC sur la relation entre population, environnement et développement, afin de promouvoir une prise de conscience générale de ces problèmes parmi les décideurs, les enseignants et les étudiants, dans les secteurs formels et informels, et dans l'ensemble de la population. Sur cette base, des stratégies et des projets ont été lancés dans plusieurs domaines de compétence de l'UNESCO: par exemple l'information, en particulier dans les médias, l'éducation scolaire et non-scolaire et la communication « vivante » concernant les problèmes de population et la prévention du VIH/SIDA.

Dans le Rapport d'évaluation du FNUAP (1999), les observations suivantes ont été faites, à partir des synthèses nationales suivantes : Burkina Faso, Mexique, Maroc, Népal, Ouganda, Philippines) :

- les stratégies d'IEC se concentrent trop sur la transmission de connaissances (approche cognitive) et non sur les conditions d'un changement des comportement ;
- en outre, elles n'atteignent pas les groupes cibles, par suite du manque de spécification ou du caractère trop général des projets d'IEC, sous-estimant et ne comprenant pas les

problèmes quotidiens des femmes, hommes et jeunes – et insistant trop sur les modèles individuels de comportement au lieu des modèles communautaires qui prévalent dans les sociétés non occidentales ;

- la recherche accessible sur les comportements sexuels (aspects majeurs et systèmes de valeurs sous-jacentes) est mal utilisée ou inexistante ;
- les procédures de communication basées sur l'information sont unidirectionnelles, artificielles et purement didactiques ;
- les programmes des médias ou articles de presse ne sont pas liés aux services disponibles de prévention et de soin, ni aux autres formes d'activités d'IEC ;
- les médias traditionnels sont mal identifiés et sous-utilisés ;
- enfin on constate une certaine confusion entre l'augmentation des connaissances et l'incitation aux changements de comportement, qui nécessiteraient encouragements et empathie.

1.2 Composantes de l'IEC

Jusqu'à présent, les différentes composantes de l'IEC (communication pour le changement des comportements) telles que définies par le FNUAP pour les politiques de population comme pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA, ont été utilisées trop fréquemment dans les limites de leurs logiques et de leurs méthodes, aboutissant ainsi à un manque d'efficacité, de pertinence et de soutien mutuel entre institutions et populations.

1.2.1 Information : 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 les plus réactifs à l'audiovisuel, par exemple en Thaïlande. La même remarque peut être faite au sujet des programmes radio, qui sont désormais largement accessibles à toutes les populations, y compris dans les zones rurales. L'accessibilité et la souplesse technique dans l'élaboration de programmes radio interactifs en fait un médium potentiellement approprié et accessible, ce qui est loin d'être le cas pour la télévision.

Cependant, malgré les progrès ainsi réalisés, dans de nombreux pays, les médias ne parviennent pas à traiter le problème de façon adéquate. Des groupes importants ne sont pas touchés par les messages de prévention des médias : crainte de la population d'une attitude répressive possible de la part des autorités, groupes habitant des zones très reculées, communautés de langue minoritaire, etc. En outre, dans de nombreux cas, les messages sont inefficaces dans leur forme et leur contenu, du fait même qu'ils ne sont pas adaptés aux contextes culturels spécifiques.

En ce qui concerne les médias eux-mêmes, les faiblesses principales sont dues à deux grandes catégories de raisons :

- l'ignorance et l'indifférence des responsables vis-à-vis des problèmes du VIH/SIDA. Les producteurs et dirigeants agissent comme des "sélectionneurs" qui décident du choix des

sujets à traiter ou à diffuser. La sélection des informations est faite ensuite en fonction de ces choix préliminaires.

- la compétence insuffisante des professionnels des médias dans les enquêtes de terrain concernant le VIH/SIDA représente un autre problème récurrent à cet égard.

1.2.2 L'éducation préventive

a) Réalisations dans l'éducation scolaire

Selon l'expérience de l'UNESCO, l'ensemble du système éducatif, plus spécialement l'école et l'université, sont des instruments majeurs dans la prévention du VIH/SIDA. Des cours spécifiquement consacrés à l'information sont déjà développés dans de nombreux pays, dans le cadre des programmes scolaires, sur des sujets tels que : enseignement du comportement en société, du respect et de la compréhension réciproques entre garçons et filles, et 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 renforcer, élargir ces enseignements et les rendre accessibles à tous les enfants d'âge scolaire à travers le monde, dans un contexte d'éducation de base, avec des méthodes et contenus adaptés, autrement dit, une éducation pour tous culturellement appropriée.

1.2.3 Communication non médiatisée

La communication, au sens de processus d'information non médiatisé, nécessite un échange de questions et de réponses des deux côtés : spécialistes et conseillers professionnels en information et informateurs clés du côté de la population. Les processus classiques de communication ne permettent cependant pas de lancer l'échange nécessaire concernant la prévention au niveau des jeunes hommes et femmes exposés aux risques du virus. Cet échange nécessite un contact beaucoup plus chaleureux et requière confiance et sympathie mutuelle et prise en considération véritable des références et ressources culturelles de la population.

A cet égard, le rapport d'évaluation du FNUAP déjà mentionné a souligné les insuffisances et l'absence de réponses aux besoins sur les points suivants :

- le conseil doit toujours accompagner le dépistage, non seulement pour rendre les gens conscients du risque, mais aussi pour les informer sur leur infection et les aider à organiser leur vie pour l'avenir ;
- les conseillers manquent souvent d'engagement humain et de capacité d'écoute et, plus grave encore, passent trop peu de temps dans les entretiens individuels. Ils ne savent pas comment se comporter en cas de réaction négative des gens infectés. Enfin, ils ne sont pas à l'aise dans la discussion des problèmes sexuels, surtout avec les jeunes gens qui ont leur propre manière d'exprimer leurs règles, pratiques et besoins.

Sous sa forme la plus ferme, le conseil, c'est-à-dire la recommandation positive d'attitudes et de pratiques saines, y compris l'utilisation de préservatifs, manque souvent de soutien de la part des responsables politiques, des communautés, des familles et des autres catégories de « gardiens des valeurs ». On trouve donc des insuffisances sérieuses dans l'élaboration de stratégies de communication visant à établir une volonté politique et un environnement

sociétal et culturel favorable, afin de rendre ce type de conseil plus acceptable à tous les niveaux.

1.2.4 Enseignements à tirer des expériences récentes 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'une pertinence particulière pour les projets de prévention et de traitement. Les obstacles rencontrés à cet égard doivent être identifiés et des solutions alternatives proposées. Mais ce principe n'a pas été traduit jusqu'à présent dans les activités d'IEC.

Deux raisons principales peuvent expliquer pourquoi la situation actuelle n'est pas plus encourageante:

- les institutions sous-estiment la culture en tant que force et fondement essentiels des capacités de développement en général, du travail d'IEC en particulier ;
- les populations locales ne souscrivent pas complètement aux approches institutionnelles du VIH/SIDA et n'intègrent pas les messages d'IEC à leurs propres modes de pensée et comportements.

Ces raisons se rattachent en partie à la prédominance des cultures institutionnelles en tant que telles et à la confiance excessive accordée aux méthodes « scientifiques » d'éducation et de communication. Mais les carences principales dans le travail des institutions proviennent de leur manque de compréhension, de références et ressources culturelles et, en conséquence, au remodelage insuffisant de leurs stratégies et méthodes, dont la plupart sont encore fondées sur un ensemble purement rationaliste de théories et modèles du changement des comportements en matière de santé.

A ce stade, il est donc essentiel d'analyser, afin de mieux les comprendre, les références et ressources culturelles des populations, dans leur diversité, par une approche combinant l'enquête de terrain et les leçons à tirer des projets pilotes. La perception actuelle du risque constitue le point essentiel des analyses et efforts de communication à faire.

2- Conditions pour la sensibilisation et la mobilisation des populations

2. 1- 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 en 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, entraînant des perceptions et des attitudes très éloignées de l'approche médicale, éducative et institutionnelle.

2.2- 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 :

- les réseaux 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 pour les professionnels travaillant dans les agences et institutions spécialisées.
- la société civile au contraire, comme l'ont prouvé plusieurs exemples des études par pays (cités à divers endroits dans ce document), 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 leurs 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.

2.3- IEC et partenariats

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. Ces messages devront être formulés et transmis dans le langage et le vocabulaire des populations locales dans une relation de proximité.

- a) en matière de mobilisation, le rôle des communautés religieuses, des mouvements sociaux (femmes, jeunes, associations sportives, etc.), des syndicats d'entrepreneurs et de travailleurs 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.

- b) de même, les chefs communautaires, et certains experts des médecines traditionnelles, qui oeuvrent dans le cadre des structures culturelles locales, peuvent 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 le remède, mais aussi un soutien social et psychologique. Ils jouent un rôle reconnu en Afrique du Sud et au Zimbabwe entre autres et sont largement consultés dans des types de société hautement différenciés.
- c) 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, et à perdre son prestige. En outre, il se peut que les règles familiales traditionnelles imposent le silence sur ce sujet, spécialement en ce qui concerne les femmes et les filles.
- d) quant aux groupes à risque ou, plus exactement, 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 simultanés, qui entraînent des effets de déstabilisation et de marginalisation grave : chômage massif, absence ou précarité du logement, détresse économique, manque d'éducation.
- e) chacun de ces facteurs est aggravé par la déstabilisation sociétale et culturelle générale liée aux migrations, au déclin rural, à l'instabilité dans certains pays et régions, à la prédominance des stratégies économiques à court terme dans les activités de production, à l'urbanisation accélérée, opposés au rythme plus lent requis par les cultures et les sociétés pour mettre en place de nouvelles configurations répondant au besoin de changement.
- f) 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 liées à 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.

2.4- Stratégies d'adaptation culturelle des messages et processus d'IEC

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 ;
- étudier de manière plus approfondie les "zones grises".

III- IEC CULTURELLEMENT ADAPTEE : ARTICULATION DE L'ELABORATION ET DE LA TRANSMISSION

Dans son sens le plus général la communication est un processus d'échange d'information et de questions entre deux ou plusieurs personnes ou groupes. A cet égard ce concept peut décrire toute activité réalisée dans les domaines plus spécifiques de l'information par les médias, l'éducation ou les processus directs de transmission de connaissances ou de valeurs et de réception en retour de nouveaux éléments de connaissances et de valeurs d'autres types.

En conséquence, l'élaboration de la transmission de tout type de message font parti d'un système de communication plus large, dont les différentes phases ne peuvent être séparées sans perdre leurs caractères spécifiques. C'est pourquoi, toute action culturellement adaptée d'informations, d'éducation et de communication doit être envisagé dans ce cadre très large. A cet égard, *le cadre de communication de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA* doit être considéré comme document stratégique clé dans ces différents domaines.

1. Information

Les programmes des radios locales rurales et urbaines 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 certains pays africains, 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.

2-Education

Tout programme national concernant le VIH/SIDA doit tendre à une couverture à 100% dans l'éducation préventive des enfants

Les contraintes à l'éducation préventive à l'école sont les suivantes :	Les modes de dépassement de ces contraintes sont les suivants :
<ul style="list-style-type: none"> • le sujet est considéré comme trop polémique ; • le programme d'enseignement est déjà surchargé ; • l'éducation peut être limitée à certain groupes d'âge ; • l'enseignement ne porte pas sur un apprentissage comportemental, mais sur des éléments factuels concernant le VIH/SIDA ; • la couverture géographique de l'éducation scolaire peut être incomplète. 	<ul style="list-style-type: none"> • élaboration d'un programme de qualité adapté à la culture et aux circonstances locales ; • établissement d'un partenariat entre les décideurs, les responsables religieux et communautaires, les parents et les enseignants ; • lancement de politiques d'éducation préventive grâce à ce partenariat.

Source : ONUSIDA 1997 : Apprentissage et enseignement à l'école sur le VIH/SIDA.

2.1-Interdépendance entre éducation et culture

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.

a) 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.

a) Education des adultes

De nombreux jeunes adultes 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.

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.

b) 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.

2.2- 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.

a) Rôle des croyances et des communautés religieuses dans la prévention et le traitement

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.

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.

b) 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. En Thaïlande certains moines bouddhistes dont la plupart n'appartiennent pas à des monastères sont impliqués dans les soins aux malades, surtout les femmes prostituées qui ne peuvent retourner à leur villages d'origines ou à leur familles.

Une autre des initiatives les plus originales dans le renforcement du travail d'IEC par l'utilisation appropriée des croyances religieuses et des liens communautaires a été lancée par l'Association Médicale Islamique (IMAU) de l'Ouganda, qui a mis en réseau un grand nombre de mosquées actives dans ce domaine à travers tout le pays.

c) Guérisseurs traditionnels et VIH/SIDA

Bien que la médecine soit un recours normal pour les groupes sociaux éduqués et économiquement favorisés, surtout en milieu urbain, la médecine traditionnelle bénéficie encore d'une grande considération. Les guérisseurs sont donc fréquemment consultés, même dans les milieux adaptés au mode de vie moderne, mais c'est surtout leur aptitude à écouter et à conseiller, autrement dit comme recours psychothérapeutique, qui pousse les populations vivant encore selon les modèles traditionnels et, le plus souvent, économiquement défavorisées, à faire confiance aux guérisseurs et experts des médecines locales.

3. Communication

3.1 Communication : un processus interactif

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 :

- faciliter l'identification des problèmes et la mise en oeuvre des solutions par les populations elles-mêmes;
- transmettre aux institutions les informations sur les situations dans lesquelles elles sont conduites à intervenir et sur les besoins identifiés des populations cibles.

a) 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 mutuelle (individus/groupes) dans les familles, groupes d'âge, milieux de travail et de loisirs ;
- mobiliser les gens infectés ou malades pour parler de leur expérience : des actions pilotes se développent progressivement dans certains pays ;
- 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.

b) 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.

c) Renforcer la créativité et les activités sportives liées à la prévention du VIH/SIDA

Le contexte et les conséquences du VIH/SIDA commencent à susciter de nouvelles formes de créativité dans les milieux artistiques et culturels, notamment dans le cinéma, le roman et le théâtre. Ces nouvelles expériences méritent d'être mieux connues et diffusées.

Si les populations, en particulier les jeunes, ont tendance à n'accorder que peu d'attention aux formes officielles et classiques d'éducation et d'information, ils écouteront plus facilement les conseils de leurs artistes et champions sportifs favoris, incitant ceux-ci à jouer auprès d'eux un rôle de modèle.

Cet intérêt des jeunes pour les sports et leurs significations culturelles pourraient être utilisé davantage pour le lancement d'initiatives originales d'information / éducation / communication concernant l'épidémie.

En effet, les jeunes, ont tendance à n'accorder que peu d'attention aux moyens officiels ou traditionnels d'éducation et d'information, qui ne correspondent pas à leurs centres d'intérêt. D'autres supports éducatifs doivent donc être privilégiés.

Suivant les enseignements du projet "L'art à l'hôpital", réalisé dans le cadre de la Décennie mondiale du développement culturel, il serait également utile de prendre des initiatives culturelles impliquant des séropositifs et des malades du SIDA, dans les hôpitaux ou dans leur environnement quotidien.

Par ailleurs, dans certains pays, les créateurs ont déjà traité le contexte et les conséquences du VIH/SIDA : ces créations méritent d'être mieux connues et diffusées.

3.2-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.

a) Conditions culturelles d'une bonne communication

(i) *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.

(ii) *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'opinion, afin de gagner la confiance et l'amitié de la population.

(iii) *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.

b) Communication culturelle pour le changement de comportement

(i) *Informers 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.

(ii) 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?

(iii) 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.

CONCLUSION

En somme, 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 donc des analyses et recherches approfondies. Les résultats de ces recherches doivent être pleinement intégrés dans le processus de conception des stratégies, programmes et messages d'information/éducation/communication, afin de susciter 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.

Parallèlement à l'effort international pour élaborer une vision scientifique plus large de l'épidémie et généraliser l'accès au traitement médical, l'information/communication/éducation est un instrument clé de prévention efficace et de soutien social et moral aux séropositifs et aux malades. Le travail d'IEC doit donc être élaboré et mis en œuvre dans une approche culturelle. Autrement dit, sa validité sera testée par la réponse des populations, sous forme de la persistance ou du changement dans leur manière de penser, leurs systèmes de valeurs et leurs styles de vie en relation avec l'épidémie.

La réflexion doit donc se concentrer, en premier lieu, sur une meilleure compréhension des références et ressources culturelles des populations et sur la mise au point des conditions précises qui permettront de les sensibiliser et de les mobiliser dans la prévention et le traitement.

En second lieu, aucun travail fiable d'IEC ne peut se réaliser sans une analyse approfondie des caractères propres des populations cibles, et plus précisément, par l'identification et l'analyse différentielle des différents «groupes à risque», dans leur relation avec les possibilités et les problèmes du développement socio-économique et avec le reste de la société. En effet, les comportements à risque peuvent très bien concerner des groupes considérés comme peu exposés, alors que les groupes désignés comme “à risque” peuvent prendre beaucoup plus de précautions dans ce domaine, compte tenu des dangers de contamination auxquels ils sont exposés. Il s'agit donc d'une relation complexe, qui doit être décrite et évaluée en détail, afin de créer les conditions d'une communication efficace avec toutes les composantes d'une population donnée.

Prof. Bilal FALL
Ecole Normale Supérieure
Dakar, Sénégal

ROLE DE L'I.E.C DANS LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA AU SENEGAL

La communication est, certes, une activité générique de l'homme, puisqu'elle est la base même de toute relation humaine, avec différentes langues et divers langages. Elle permet de transmettre à l'autre ce que l'on pense ou ce que l'on ressent, instaurant un échange sans lequel la vie en commun n'est pas possible. La dynamique sociale ne s'exerce et n'évolue que par le commerce des idées, des sensations, des sentiments, des désirs, des vouloirs, des savoirs et des croyances ; commerce fluctuant au gré des émotions, des pulsions, des intérêts, des préjugés et des rapports de forces bien plus qu'au gré de la raison et de la logique, d'où l'instauration de la justice pour réguler les rapports.

En affinant, en formalisant, en modélisant et en validant ses concepts et ses méthodes, cette activité générique a donné naissance à plusieurs activités spécifiques avec des savoirs et des savoir-faire particuliers. Cette spécialisation touche à la fois la forme et la nature du message, les moyens de sa transmission (supports et canaux de diffusion) et les techniques de communication. Pour s'adresser à un public indifférencié dans une communication de masse, on peut faire appel au journalisme, à la publicité, aux différents types de marketing commercial, s'appuyant principalement sur la presse (écrite, orale ou télévisée). Si par contre on veut s'adresser à un groupe limité dans une communication interpersonnelle, on choisit selon ses objectifs soit les relations publiques, soit le marketing social, soit la communication d'entreprise, soit l'IEC.

Cette dernière discipline est une science en pleine évolution, de plus en plus utilisée chaque fois qu'il s'agit d'amener les populations à changer de mentalité, de pratiques et de comportements pour relever des défis. C'est ainsi qu'en 1978, à Alma Alta, «l'organisation mondiale de la santé (OMS) donnait une nouvelle orientation à ses programmes : on passait d'une approche qui insistait sur l'éradication des maladies à un point de vue préventif tenant compte des besoins des populations pauvres du milieu rural»²

On peut alors se demander quel rôle peut jouer l'IEC dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA au Sénégal. Pour tenter de répondre nous traiterons de la vision stratégique et de la synergie des actions.

Avant d'aborder notre sujet, posons la question «**qu'est-ce que l'IEC ?**»

Une première indication est donnée par ses différentes autres appellations : Communication pour le changement de comportement (C.C.C.), Communication Sociale et de plus en plus Communication pour le développement.

² Communication pour la survie de l'enfant Healthcom-UNICEF. Juin 1988. Washington DC. , p 6

L'environnement international impose à présent un impératif de développement aux sociétés les plus défavorisées. Face à des aspirations et à une demande sociale légitimes, le changement s'impose pour intégrer une mondialisation de plus en plus envahissante. La satisfaction de besoins fondamentaux comme «le boire», «le manger», «le vêtir» et «le loger» tout autant que celle des besoins essentiels comme la santé, l'éducation, la sécurité, la liberté, sont d'une urgence explosive. Pauvreté et ignorance à une si grande échelle apparaissent comme inadmissibles pour l'équilibre du monde.

Comme pour expliquer les disparités (les inégalités disent certains) on avance pour l'Afrique aussi bien les avatars de l'histoire (esclavage puis colonisation sur des siècles) que les errements des indépendances (dictatures, corruption, irresponsabilité et incompétence des gouvernants), les pesanteurs socio-culturelles (mœurs, coutumes traditions et croyances) et l'ordre économique mondial dominé par le capital et le profit érigés en système injuste accentuant le fossé entre pays riches et pays pauvres. Comme dit Joseph Ki Zerbo «l'Afrique est le seul continent qui ne dispose pas d'un système contrôlé d'auto-reproduction collective»³.

La perversion des modèles empruntés est telle que «les secteurs modernes en Afrique dépendent presque entièrement de l'extérieur pour les études, les technologies, les brevets, l'expertise et surtout les financements, à tel point que le financement extérieur est assimilé au développement lui-même»⁴.

A cela s'ajoute une acculturation facilitée par la marée d'images et de messages déversée par les médias étrangers sans contre-poids réel produit sur le continent et par une urbanisation sauvage qui clochardise nos villes en pénurie d'aménagement et saturées par l'exode rural.

Comment développer les ressources humaines africaines pour les rendre capables de relever les énormes défis auxquels le continent est confronté? l'Afrique est riche en matières premières; il lui reste à promouvoir l'intelligence qui va concevoir, créer, inventer, transformer les potentialités en richesses pour le confort et le bien-être des populations. Le plus court chemin pour faire ce saut qualitatif passe par l'IEC Cette science qui emprunte à la fois à la sociologie, à la psychologie, à l'anthropologie et à l'économie, joue sur les motivations et les aspirations par la maîtrise des techniques de modification du comportement humain.

Une deuxième indication pour comprendre l'IEC est donnée par ses trois composantes : information, éducation, communication.

L'information est la base de toute activité, qu'elle soit un fait, un événement, un savoir, une connaissance, un savoir-faire, etc. Quelle que soit l'activité, l'ignorance est toujours l'expression d'une incompétence inconsciente, car on ne sait pas qu'on ne sait pas. C'est pourquoi l'ignorance est assimilée aux ténèbres, à l'obscurantisme, aux superstitions, où l'irrationnel sert de mode d'explication à tout. Ni l'opinion ni la décision ne sont éclairées et on ne peut parler de choix personnel, individuel ou d'affirmation de la personne et de la personnalité.

³ Eduquer ou périr, impasses et perspectives africaines, sous la direction de Joseph Ki Zerbo -UNESCO-UNICEF 1990, p. 12

⁴ op. cit. . page 25

L'information permet de passer d'une incompétence inconsciente à une incompétence consciente (à présent on sait qu'on ne savait pas, parce qu'on est enfin informé). Cela déclenche le besoin d'en savoir plus, toujours plus, quel que soit le domaine abordé. Vu le taux d'analphabétisme dans nos pays (50 à 80 % de la population) et les faibles moyens d'arriver à une scolarisation universelle dans le court terme, l'information reste le meilleur moyen de vulgarisation des connaissances et des techniques.

Mais s'arrêter à cette composante n'est pas pratiquer l'IEC. Hélas, c'est là une erreur courante rendue par l'expression sensibilisation. Donner la bonne information (sensibiliser comme on dit) n'implique ni une intention, ni une prise de décision, ni un engagement. La sensibilisation est à l'IEC ce que la «réclame» représente par rapport à la publicité. L'information permet d'éclairer l'opinion mais elle ne provoque pas le changement. Elle ne déclenche pas le processus de modification de comportement. Aussi les campagnes de sensibilisation sont-elles souvent si décevantes au niveau de l'impact. Malgré les grandes mobilisations qu'elles réussissent, elles ne permettent pas de s'approprier un besoin de changement. Par ses aspects ludique et festif, la sensibilisation fournit des temps forts indispensables, mais rarement plus au delà du spectacle.

Sans la deuxième composante rien n'est acquis sur le plan comportemental, l'information permettant juste la prise de conscience fondamentale d'une instruction devenue impérative au vu des progrès scientifiques et technologiques qui bouleversent les modes de vie à un rythme fou : c'est dans cet esprit qu'ont été publiés les manuels «**savoir pour sauver**»⁵ et «**tous pour la santé**»⁶.

L'éducation, nous dit le dictionnaire ROBERT, est la «mise en œuvre de moyens propres à assurer la formation et le développement d'un être humain ; ces moyens eux-mêmes». Le problème pour l'Afrique est double : l'école héritée de la colonisation a montré ses limites et le système traditionnel semble perdu. A cela s'ajoute que «l'entrée dans le troisième millénaire est marquée par des bouleversements qui remettent en cause les certitudes d'hier et vont donc contraindre les sociétés à réinventer le sens de la vie et à mettre en place les bases d'un monde viable. [...] Retrouver une place en rapport avec son poids démographique dans l'épopée-monde exige de l'Afrique une option véritable, un engagement quasi-obsessionnel en "éducation", développant l'apprentissage de l'initiative, de la curiosité, du sens critique, de la responsabilité individuelle et du respect des règles collectives» comme le martèle Joseph Ki Zerbo dans la préface de l'ouvrage «Eduquer ou périr.»

Ainsi, seule l'éducation permet l'accès à une compétence consciente. C'est elle qui forge la foi, les valeurs, les symboles, les références et c'est elle qui sort de l'immobilisme et de la passivité. C'est elle qui crée le dynamisme qui rend novateur et créatif. C'est elle, enfin, qui restaure la confiance en soi et la capacité à utiliser génie et matière grise pour relever les défis. C'est de la qualité de l'éducation que dépend la qualité des réalisations et des performances. C'est par elle que s'acquièrent les ressorts psychologiques et les ressources intellectuelles. C'est d'elle que naissent le désir d'une ascension et le besoin viscéral d'accomplissement et d'épanouissement. Aptitudes et mentalités sont le fruit de l'éducation.

Cependant si rien n'est fait sans l'information et rien n'est acquis sans l'éducation, rien n'est possible sans la communication, troisième composante de l'IEC.

⁵ SAVOIR pour SAUVER, le défi de la communication, co-produit par l'UNICEF l'OMS, l'UNESCO

⁶ TOUS POUR LA SANTE : co-produit par l'UNICEF, l'OMS et l'UNESCO

Au-delà du modèle classique de la communication avec le message passant d'un émetteur à un récepteur, l'IEC se fonde sur le feed-back qui appelle un aller-retour constructif où s'utilise l'information et s'exerce l'éducation. L'émetteur en IEC est un agent de changement, un catalyseur, mais c'est le récepteur qui crée la communication par ses réactions, son approfondissement de l'échange, ses résistances, ses appréhensions et ses incompréhensions. Ce n'est que persuadé, convaincu de l'avantage ou de l'intérêt du changement que le récepteur l'adopte, le défend et le met en œuvre parce qu'il se l'est approprié comme un besoin. Des théoriciens tel COHEN en 1984 ont introduit des concepts tels que l'estime de soi et la perception dans les mécanismes de la communication comme processus social permanent. D'autres comme SHANNON insistent sur le principe de causalité dans une approche mathématique de la communication.

Sans communication comment impliquer et responsabiliser le public-cible qu'on veut voir changer de pratiques et de comportements ? Une fois les aptitudes et les compétences acquises par l'éducation, il faut une concertation pour partager les besoins de changements. Combien de plans, de projets et de programmes de développement ont échoué en Afrique parce que les populations n'avaient été associées ni à leur élaboration, ni à leur exécution par les fonctionnaires ? N'est-ce pas cela qui a fait prospérer une mentalité d'assistés, les populations attendant passivement les bénéfices en s'excluant et des échecs et des réussites puisque projets et programmes sont la chose des Etats et de leurs bailleurs et non leur chose à elles.

La communication permet d'arriver à une compétence inconsciente parce que, s'appropriant le besoin de changement, le public-cible (récepteur) agit alors par réflexe. Il développe les mécanismes de résolutions de problèmes auxquels il est confronté par un désir, une volonté et une détermination à la mesure des décisions, des convictions et des aspirations auxquelles il a adhéré.

C'est donc la combinaison et l'interaction des trois composantes que sont l'information, l'éducation et la communication qui font l'IEC. Il n'y a place ni pour l'improvisation ni pour l'amateurisme pour la pratiquer. Jamais peut-être, on aura à utiliser cette nouvelle science avec autant d'à propos qu'avec d'une part la naissance de l'UNION AFRICAINE en remplacement de l'OUA (organisation de l'Unité Africaine créée en 1963), d'autre part l'INITIATIVE AFRICAINE (fusion du Plan OMEGA et du Programme de renaissance de l'Afrique pour le Millénaire, M.A.P.) qui va sortir le continent de la marginalisation. Qu'advient-il de cette INITIATIVE AFRICAINE et de L'UNION AFRICAINE si elles ne sont pas vulgarisées (information), si les africains n'ont pas les ressorts psychologiques et les ressources intellectuelles nécessaires (éducation), si les populations ne sont pas impliquées et responsabilisées (communication leur permettant de s'approprier les concepts et les projets) ? Nul doute qu'on ira encore à l'échec et à la désillusion si tout cela reste, comme d'habitude, la seule affaire des décideurs africains et de leurs bailleurs étrangers institutionnels et privés. Sans I.E.C. comment créer l'élan et la foi, la volonté et l'engagement indispensables à la réussite ?

Mais revenons à notre sujet : **Rôle de l'IEC dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA au Sénégal**

Rappelons que l'Etat a mis en place, le 29 octobre 1986, le Programme National de Lutte contre le Sida (P.N.L.S) comme réponse à la pandémie. Présidé par le Directeur de la santé, le PNL S est dirigé par un coordonnateur. Il est composé de commissions dirigées chacune par le

chef du service national concerné : pour l'IEC le chef du Service National de l'Education pour la santé, pour la prise en charge médicale par le chef de service des maladies infectieuses de l'hôpital de Fann, pour le dépistage par le chef de service du centre National de Transfusion sanguine, pour la recherche sur le virus par le chef du service épidémiologique de l'hôpital de Fann.

En plus du personnel administratif, le PNLS s'appuie sur des ONG, des associations, des comités dans les ministères, les entreprises et décentralise ses actions grâce aux comités régionaux et départementaux qu'il met en place.

Les objectifs généraux fixés au PNLS sont d'une part de réduire la prévalence à l'infection au VIH au-dessous d'un seuil critique de 2% de la population générale, et d'autre part de réduire l'impact individuel et social de l'infection à VIH.

A défaut de vaccin, l'I.E.C. reste le moyen de lutte privilégié comme partout ailleurs dans le monde. Cela explique la part importante de financement qui lui est allouée et le nombre élevé d'intervenants sur le terrain pour accéder à toutes les couches sociales du pays.

Le premier rôle joué par l'IEC est de doter d'une **vision stratégique** et le second de permettre une **synergie des actions**.

L'IEC crée une vision d'abord à partir de l'énoncé d'un problème lié à des comportements humains, ensuite en fixant des objectifs spécifiques, mesurables, accessibles et réalisables dans un temps déterminé (SMART).

Ici le problème c'est la prévention et le traitement du VIH/SIDA et les objectifs spécifiques pourraient être :

- 1) promouvoir un dépistage anonyme systématique pour avoir des statistiques fiables en un an ;
- 2) réduire la prévalence à l'infection au VIH/SIDA à un taux le plus insignifiant possible en deux ans (2% et moins) ;
- 3) vulgariser les méthodes de prise en charge médicale et psycho-sociale des séropositifs en six mois ;
- 4) renforcer les capacités des structures de prise en charge des séropositifs et des sidéens dans une année ;
- 5) renforcer les capacités des structures de recherche et de dépistage suivant les ressources mobilisables ;
- 6) renforcer les compétences des intervenants en IEC sous forme de formations continuées.

Dès lors, la vision repose sur une analyse contextuelle et sur une analyse conceptuelle. En effet, le premier défi d'une vision c'est l'aptitude à lire notre contexte sans laisser des experts et des spécialistes étrangers le faire à notre place. Qui mieux que nous peut le faire car «comprendre notre contexte, son histoire, les forces en jeu dans notre société et les questions

centrales auxquelles nous sommes confrontés est le premier pas dans la création d'une organisation efficace »⁷.

L'analyse contextuelle consiste à dégager et à classer les modes de transmission par ordre d'importance, à recenser le taux de prévalence par région et par district sanitaire, mais aussi par catégories d'âge, de sexe, de statut socio-professionnel, à mesurer l'incidence de facteurs comme l'émigration. Ainsi on arrive à un tableau précis de l'évolution de la pandémie tout en faisant l'étude du milieu.

L'analyse conceptuelle vient alors compléter par une interprétation des données de l'analyse contextuelle. Quels sont les facteurs économiques, sociaux ou culturels qui favorisent la transmission du VIH ? Pauvreté ? Ignorance ? Insouciance ? Irresponsabilité ? Fatalisme ? Coutumes ? Relâchement des mœurs ? etc. On repère ainsi les différents obstacles, les différentes pesanteurs et les différentes contraintes à résoudre et à dépasser pour atteindre les objectifs. Car il s'agira de dégager le rapport entre les niveaux de connaissances scientifiques acquis (modes de transmission et mode d'évolution du sida) et les types de raisonnements avancés pour ne pas se protéger. Il y a là un écart qui illustre le fossé qui sépare la situation combattue et la situation idéale recherchée. Cet écart est le changement à opérer.

Seule une vision claire « anime, encourage, transforme l'objectif en action »⁸ Sans cette vision sans faille comment exercer une attraction, susciter la confiance et la conviction d'être capable d'exécuter les tâches pour atteindre le but et les résultats qu'on s'est fixés ?

Sans vision il ne peut y avoir de leadership. Ici le leadership est un échange, non plus entre dirigeant et dirigé comme dans l'entreprise, mais entre agent de changement (émetteur) et public-cible (récepteur), « l'un ne pouvant exister sans l'autre, chacun tirant le meilleur de l'autre dans l'échange qui suscite l'unité »⁹. Un leadership efficace est inséparable de la communication. La vision montre ainsi qu'en IEC l'important est moins d'avoir des managers que de trouver des leaders. L'agent de changement ne peut être un catalyseur sans un certain charisme et sans crédibilité. Il s'agit moins de gérer un programme que de diriger en sachant exercer une influence, guider et orienter en faisant partager sa vision : il est si difficile de détacher des habitudes et des certitudes du passé, aussi faut-il du temps et de la persévérance.

Si la vision repose sur la clarté, le consensus et l'engagement, elle permet d'examiner des alternatives et d'évaluer les options. Elle devient ainsi **vision stratégique** en répondant à la question « que faire pour changer les choses ? ». Elle revient alors sur le problème posé et les objectifs à atteindre pour le résoudre, avec l'éclairage de l'analyse contextuelle et de l'analyse conceptuelle. Quelles actions initier et quelles activités mener pour chaque objectif ? Quels types de supports et en quel nombre faudra-t-il les produire ? Quel plan média adopter ?

Nécessairement alors, la vision stratégique se traduit par des programmes d'IEC à élaborer et à exécuter, nécessitant une planification comprenant quatre étapes : préparation, finalisation, critères d'évaluation et modalités de supervision et enfin mise en œuvre. Chacune de ces phases implique plusieurs acteurs et exige un échange constant avec le public-cible, ici les

⁷ GERER POUR L'AUTO-SUFFISANCE : sur l'efficacité des organisations en Afrique éditée par l'Institut de Gorée-Sénégal, 1996, version française, p. 16

⁸ DIRIGER, les secrets des meilleurs leaders : par Warren Bennis et Burt Nanus-Inter(=Edition, Paris 1985, traduit de l'américain par Christine Durieux, p. 36

⁹ op-cit p. 37

populations, toutes couches confondues (d'où la segmentation indispensable pour répondre de façon adéquate à chaque segment).

Sans trop nous attarder sur les quatre phases faisons quelques remarques. La première est qu'une compétence avérée est indispensable pour mener à bien certaines activités : une réunion, un exposé, une interview, une enquête, un sondage, une animation, exige chacune un savoir-faire et une pratique répétée. Au-delà de talents naturels qui prédisposent, il y a des techniques et des méthodes qu'il faut maîtriser. On ne s'improvise pas du jour au lendemain un spécialiste de l'écoute active, de la communication verbale et non verbale, des processus d'apprentissage des adultes et du processus de prise de décisions, de la courbe de diffusion des innovations, des locus de contrôle et des facteurs de changement de comportements, des perceptions perçues comme vraies et fonctionnant comme un filtre (croyances, préjugés, stéréotypes, projections, écran affectif avec toutes les gammes de sentiments refoulants), etc. C'est dire toute la place de la formation en IEC des intervenants qui vont exécuter les programmes sur le terrain. Sans les compétences requises, ces intervenants feront tout au plus de la sensibilisation dont nous avons dégagé les limites par rapport à l'IEC.

La deuxième remarque touche aux supports audio-visuels, outils indispensables à la pratique de l'IEC. : affiches, banderoles, dépliants, boîte à image, bandes dessinées, spots radio ou télévision, films de fiction, reportages ou documentaires, sketch, pièce de théâtre ou animations folkloriques. La conception, la réalisation et la production de chacun de ces supports peuvent et doivent faire appel à une expertise souvent externe à la structure. On ne s'improvise pas dessinateur, illustrateur, scénariste, chorégraphe, réalisateur de cinéma ou metteur en scène de théâtre. Il faut se méfier des pièges du pré-test qui peut faire croire qu'on a réussi un support audiovisuel juste parce que des questions bien orientées ont trouvé de bonnes réponses.

Les supports audio-visuels reposent à la fois sur des éléments constitutifs et sur des critères. Comment un non-spécialiste peut-il savoir que l'aspect cognitif du message est moins important que les aspects "affect" et "référentiel" qui expriment respectivement l'émotion et les valeurs (à ne pas heurter)? Comment lui faire accepter que l'impact du message dépend moins de la formulation des idées que des réactions à provoquer et des sentiments à déclencher? Comment lui faire comprendre que les critères d'un bon message se trouvent dans la pertinence par rapport au problème à résoudre, dans la pertinence du canal choisi et dans la pertinence par rapport à la cible à laquelle il s'adresse ?

Par exemple, on ne peut pas s'adresser à un public-cible religieux en vantant les mérites du condom, mais plutôt en insistant sur les défauts d'abstinence constatés partout face au danger du sida : sous cet angle, le public-cible voyant qu'on prend en compte ses préoccupations de moraliser les mœurs, va adhérer au programme au lieu de le combattre comme une incitation à la débauche.

Un autre exemple peut être donné avec les affiches. Il y a des normes pour que chaque format d'affiches puisse atteindre sa cible et avoir un impact. Celui qui les ignore ne sait pas qu'il jette de l'argent par la fenêtre s'il produit mille (1000) affiches de 1,20 m sur 0,80 m pour sensibiliser une population de dix millions de personnes (là où ce type d'affiches attire en moyenne quatre vingt personnes par unité, soit un total de quatre vingt mille si toute la production était placardée). C'est dire que le budget ne pouvant produire le nombre d'affiches nécessaires (120 000), il aurait mieux valu produire un spot radio avec la même somme.

On peut multiplier les exemples où le choix du support n'est pas pertinent ou bien où les critères de réalisations ne respectent pas le choix des éléments constitutifs d'un bon message. Chaque fois, c'est une mauvaise stratégie qui est alors utilisée et on aura dépensé pour rien ou presque les ressources allouées.

La troisième remarque s'intéresse au plan média. Une stratégie de communication en IEC combine nécessairement les masse-média et les activités de communication interpersonnelles. Elles sont complémentaires. A l'échelle nationale, la Prévention et le Traitement du VIH/SIDA a autant besoin de la presse (journaux, radios, télévision) que des réunions, des causeries, des animations et des projections de films. Qu'on sollicite des couvertures médiatiques ou qu'on signe des contrats de diffusion, le plan média doit intégrer les activités de terrain visant un changement de comportement à l'impact des messages passant par la presse.

Signalons par ailleurs, que la phase préparatoire implique déjà le public dès les analyses contextuelles et conceptuelles, que la phase finalisation se termine toujours par un atelier de validation regroupant les principaux acteurs (parce qu'il faut redimensionner le programme d'IEC à la hauteur des ressources mobilisées avant de s'entendre sur un plan d'action), que la phase de mise en œuvre est toujours précédée d'un lancement de programme à préparer minutieusement, aussi bien pour les couvertures médiatiques que pour les types de manifestations avec lieux, dates et durées.

Tout ceci montre bien que le changement de comportement a un prix. Des dépenses de logistiques au coût de production de supports audio-visuels, en passant par les contrats avec les médias, par les défraiements de divers intervenants, on arrive à des sommes colossales si l'on veut atteindre les objectifs dans les délais prévus. On comprend alors la mobilisation internationale pour venir à bout du fléau le plus ravageur jamais rencontré dans l'histoire.

On peut conclure ce premier rôle de l'IEC dans la Prévention et le traitement du VIH/SIDA au Sénégal en disant que la vision stratégique repose sur trois variables fondamentales. La culture détermine les modes de comportements et c'est donc là qu'il faut agir si l'on veut lutter efficacement contre le sida. La structure touche l'organisation qui peut agir sur la culture et la transformer avec schématiquement trois composantes : les agents de changement (PNLS et tous les partenaires intervenant dans la lutte), les personnes – cibles (populations sénégalaises dans ses différents segments) et les personnes influentes (autorités politiques, administratives, religieuses, coutumières, et leaders d'opinion comme les vedettes sportives, les artistes et les scientifiques de premier plan). Enfin c'est la stratégie qui permet de prendre les bonnes décisions, d'initier les programmes les plus aptes à apporter les changements de comportements souhaités.

Une bonne vision stratégique part de l'analyse de la première variable pour permettre à la deuxième d'utiliser les alternatives proposées par la troisième pour obtenir les changements désirés.

Le deuxième rôle de l'IEC est de permettre une **synergie des actions**. En plus des structures administratives du PNLIS, combien d'ONG, d'associations, de groupements, de comités dans les ministères et dans les entreprises interviennent en IEC dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA au Sénégal? Combien de bailleurs privés et institutionnels et combien de donateurs et d'organismes anonymes investissent dans la lutte contre le sida? Combien d'approches et de motivations différentes trouve-t-on sur le terrain ?

Comment dès lors éviter les risques suivants: une certaine cacophonie au niveau des méthodes et des techniques utilisées, un gaspillage de ressources pourtant rares, la surabondance d'intervenants sur une cible et le quasi-abandon d'autres cibles moins intéressantes ou trop éloignées, l'absence d'une vision stratégique commune, les rivalités dans une compétition malsaine, la contradiction dans les messages semant la confusion et décrédibilisant les agents de changement, la multiplication des centres de décision et le manque de professionnalisme dans la pratique de l'IEC, etc.

C'est conscient de cela qu'une quinzaine d'ONG et d'associations, en collaboration avec le PNLs, a mis en place un réseau dénommé ICASO/Sénégal. Présenté à la presse le 22 Mai 1992 lors d'une conférence présidée par le Ministre de la Santé Publique, ICASO/Sénégal est affilié au conseil International des ONG de lutte contre le SIDA, ICASO ; ce réseau des réseaux a été créé en 1990 avec un siège à Toronto au Canada.

ICASO/Sénégal siégeait provisoirement dans les locaux de l'ONG JAMRA, son principal initiateur. Il s'était fixé pour objectifs :

- de coordonner les activités des ONG et associations membres ;
- d'assurer la circulation des informations et l'échange d'expériences ;
- de développer une collaboration entre les différents intervenants pour une meilleure efficacité de leur action.

Cependant, force est de reconnaître que malgré un bon départ, ICASO/Sénégal est vite tombé dans la léthargie. Toutes les tentatives de restructurer sa direction et de le redynamiser ont échoué d'abord en mars 1996 puis en décembre 1997.

Tout est donc à refaire si l'on veut parvenir à une vision stratégique partagée à l'échelle nationale à partir des six objectifs spécifiques fixés.

Pour obtenir un réseau fort dans le cadre d'une organisation efficace, l'I.E.C offre une réponse et des moyens : maîtriser les facteurs de développements collectifs et utiliser le processus de cohésion du groupe avant de se fixer un certain nombre d'objectifs spécifiques de coordination.

Le développement collectif se compose de cinq facteurs : la participation, les sous-groupes, les conflits, la différenciation et la collaboration. La collaboration n'est possible que par l'utilisation des quatre étapes du processus de cohésion du groupe : la création, la turbulence, la normalité et la performance.

La participation est l'engagement volontaire et personnel de chacun des membres d'une équipe ou d'un réseau. C'est le point de départ indispensable. Pour cela il faut un intérêt et une motivation. L'intérêt peut être dans l'apport du réseau à chaque membre adhérent qui peut profiter des moyens conjugués et des facilités qu'offre un réseau. La motivation peut être l'appartenance à un ensemble plus sécurisant et plus représentatif. La participation ouvre des horizons nouveaux et des possibilités nouvelles que chaque membre à lui tout seul ne peut réaliser. Ne dit-on pas que l'union fait la force ?

Le deuxième facteur est celui des **sous-groupes** qui se forment nécessairement dans un réseau. Il y a d'abord le phénomène naturel de sympathie et d'antagonisme qui font que les

uns s'attirent et les autres se rejettent, sans qu'une explication objective et rationnelle puisse être toujours donnée. Il y a ensuite le jeu des alliances et des associations sur la base d'affinités ou d'intérêts. Ignorer ce facteur dans la constitution d'un réseau c'est laisser couvrir les oppositions latentes qui feront exploser l'ensemble à partir d'un certain seuil d'incompréhensions et d'intolérances.

C'est donc le facteur **conflits** qui remet en cause l'existence même du groupe par les divergences et les désaccords. Pour faire accepter les différences, il faut nécessairement connaître les sources et la nature des conflits qui peuvent se situer à trois niveaux : l'individu, le groupe et la structure elle-même.

Chez l'individu c'est un processus psychique qui est source des conflits. La perception de soi est une pulsion constante et inconsciente qui crée une tension chaque fois que l'individu se sent frustré, menacé ou incompris. Son angoisse évolue alors vers deux tendances, la créativité ou l'agressivité, selon que sa socialisation a été ratée ou réussie. L'environnement est déterminant pour que le degré d'intensité de l'angoisse individuelle évolue positivement vers la créativité et la compétition ou négativement vers la dispute et le conflit.

N'oublions pas que le groupe se constitue par l'interaction entre les individus. Cette interaction est le fruit de cinq approches : la gestion des perceptions les uns des autres, la motivation à constituer un groupe, les buts qu'on veut atteindre, la structure organisationnelle qui offre ou non un espace d'épanouissement et de réalisation de soi et enfin l'interdépendance dans la satisfaction des besoins. C'est alors de l'incompatibilité des intérêts et des comportements que naissent les conflits. Mais l'absence totale de conflits est un danger car il ne peut y avoir de dynamique de groupe dans la passivité et l'indifférence. Le problème est donc de toujours maintenir l'intensité des conflits dans la limite des expressions des intérêts particuliers des sous-groupes. Une intensité trop forte mène à l'éclatement du réseau et une intensité trop faible à la léthargie, à l'inefficacité et à la disparition du réseau. L'essentiel est d'assurer la loyauté des membres en sanctionnant tout comportement négatif extrême, d'aider à transférer les intérêts personnels ou de sous-groupe vers la satisfaction de l'intérêt collectif, de construire un leadership à partir d'une vision stratégique commune et partagée.

Les conflits qui peuvent provenir de la structure elle-même sont de quatre types : Le conflit hiérarchique naît de décisions contestées ou contestables d'un niveau à l'autre de l'organisation. Le conflit fonctionnel pose le problème des responsabilités avec une répartition des rôles et des tâches sans critères acceptés de tous. Le conflit entre niveau stratégique et le niveau de décision est lié à la personnalisation des fonctions. Enfin l'incompatibilité entre les normes et les références peut être source de conflits entre les approches formelles et les approches informelles d'un sous-groupe à l'autre.

Le quatrième facteur du développement collectif est **la différenciation**. L'acceptation des sous-groupes et la gestion des conflits passent par deux questions qui se complètent : Le réseau doit-il survivre ? Peut-on avancer ensemble ? La réponse est dans la différenciation : la cohésion n'est possible que dans la tolérance qui devient un enrichissement et un renforcement de l'unité par l'acceptation de la diversité. Laisser s'exprimer les différences et les différents, c'est accepter l'autre en respectant son opinion. L'argumentation remplace alors le jugement de valeur et le dialogue peut s'établir de manière saine et constructive.

Le dernier facteur est **la collaboration**. Elle ne peut être obtenue que par un processus à quatre étapes déjà citées : c'est par une évolution à la fois linéaire et cyclique pour chaque étape que le processus de cohésion du groupe fonctionne, processus donc fluctuant et toujours repris avec des hauts et des bas.

La première étape est la CREATION (forming en anglais). C'est l'étape d'information où on apprend à se rassembler. Il s'agit de sensibiliser aux fonctions du groupe (ici du réseau) à ses buts et à ses objectifs. Etape d'excitations et d'appréhensions, elle permet de s'accorder sur le besoin et sur la possibilité du changement de comportements pour la Prévention et le traitement du VIH/sida. Pour élargir au maximum le nombre de membres du réseau cette étape de constitution fait appel à la presse pour informer de l'objectif, de la date et des lieux de rencontre. C'est une étape toujours ouverte à de nouvelles adhésions.

La TURBULENCE (Storming) constitue la deuxième étape. Des confrontations étant inévitables, il s'agit de résoudre les tensions et les conflits au lieu de les éviter ou de les nier. Cette turbulence intervient à tous les moments de la vie du réseau et à propos de tous les sujets. C'est par le dépassement de comportements égoïstes, partisans ou intéressés qu'on apprend à rester ensemble et à se connaître.

Alors l'étape de la NORMALITE (norming) pourra être atteinte. On apprend à fournir du feedback à toute sollicitation d'un membre par l'autre. On développe les compétences respectives en confrontant les problèmes (et non plus les personnes et les intérêts) pour définir les rôles et établir les règles et les procédures de fonctionnement. L'esprit d'équipe se consolide au point de pouvoir résorber les turbulences au fur et à mesure qu'elles se manifestent.

La maturité de l'équipe est atteinte avec l'étape PERFORMANCE (performing). Les membres de l'équipe (réseau) respectent les contributions les uns des autres et se soutiennent pour relever les défis. Conscients de leurs forces et de leurs faiblesses, ils s'aident à atteindre leurs buts en commun. Les pouvoirs potentiels du réseau s'affirment alors dans l'exécution de la vision stratégique. Chaque membre devenant source d'idées et de créativité, l'équipe atteint une performance efficace.

Ainsi maîtrise des facteurs de développement collectif et utilisation du processus de cohésion du groupe sont des outils indispensables pour asseoir un réseau fort et représentatif sur lequel le PNLS pourrait s'appuyer pour réussir sa mission.

Le PNLS peut prendre l'initiative soit de relancer et de redynamiser ICASO/Sénégal, soit de mettre en place un nouveau réseau. Ayant la liste de tous les membres de l'ancien réseau, il peut envoyer toutes les convocations préparant une assemblée générale. Pour élargir le réseau au plus d'intervenants possibles (ONG, associations, groupements de femmes, comités de lutte dans les ministères, les entreprises et les établissements scolaires), l'événement doit être le plus médiatisé possible, avec invitation des autorités et des représentants de bailleurs. Un bureau et des commissions pourraient être désignés lors de cette première assemblée pour piloter la révision des statuts de 1997 et la rédaction du règlement intérieur. D'autres assemblées générales s'occuperont de les amender avant de les adopter. Parmi les tous premiers ordres du jour doit figurer la finalisation de programmes d'IEC de chaque membre.

Signalons que le coordonnateur et les différents présidents de commissions du PNLS sont membres de droit du bureau (provisoire comme définitif). Une fois le réseau constitué et un siège acquis, un certain nombre d'objectifs peuvent être fixés :

- tenir un atelier de planification des stratégies dans les six premiers mois ;
- établir un plan d'action commun dès le huitième mois d'activités ;
- élaborer un protocole d'accord avec le PNLS avec cahiers de charges et termes de références ;
- rédiger les plaidoyers à l'endroit des bailleurs de fonds institutionnels et privés.

La mise en œuvre des programmes d'IEC issus d'un plan d'action commun permettra la rationalisation des ressources , l'harmonisation des stratégies, la démultiplication de l'impact et des résultats, la crédibilité de l'action, la couverture de toutes les cibles, la pertinence et l'efficacité des formations en IEC , la responsabilisation suivant les compétences

Certes, les différentes toilettes du plan d'action donneront lieu à bien des empoignades, chaque membre du réseau voulant tirer la couverture de son côté, défendant son image et ses intérêts. Les capacités de négociation l'emporteront cependant, si le facteur collaboration utilise bien toutes les étapes du processus de cohésion du groupe.

Le coût des programmes issus d'un plan d'action commun reviendra de très loin moins cher que de laisser chaque ONG , chaque association et chaque comité de lutte agir seul pour un résultat global bien moindre. Par ailleurs la synergie des actions autorise une transparence dans la gestion des ressources financières et des économies d'échelle permettant de lancer bien d'autres programmes IEC et de mieux financer l'équipement et le renforcement des capacités des intervenants.

Par dessus tout, la synergie des actions permettra de couper court aux rumeurs disant que le Sida enrichit les intervenants bien plus qu'il ne soulage les victimes et bien plus qu'il ne se soucie de l'impact et des résultats auprès des populations.

Le Sénégal présente l'un des taux de prévalence au VIH/SIDA les plus bas de l'Afrique qui compte près des trois quarts des séropositifs du monde. Le continent a déjà payé un lourd tribut au SIDA avec des millions de morts et d'orphelins du Sida, hypothéquant l'avenir de certains pays où le taux de prévalence atteint les 30% de la population. Ce faible taux de prévalence au Sénégal n'a été obtenu en partie, que grâce à la qualité de la Prévention et du Traitement. Cela illustre bien le rôle joué par l'IEC.

Les résultats obtenus par le PNLS et par tous les autres intervenants étant encourageants, il s'agissait par notre réflexion de renforcer le concept de vision stratégique pour plus d'impact encore. Il s'agissait surtout de montrer qu'une synergie des actions est le meilleur moyen de réussir au plus vite à freiner d'abord et à réduire ensuite la croissance du taux de prévalence. Dans l'attente de la production d'un vaccin à bon prix , il faut rester vigilant et ne pas relâcher les efforts en IEC La banalisation de la lutte (à la suite des effets de la tri-thérapie et de l'espoir de l'arrivée imminente d'un vaccin) a fait pousser de nouvelles flambées de croissance de la prévalence en Europe et en Amérique du Nord, pays riches où le Sida commençait à reculer. Ici, il y a déjà plus qu'il n'en faut de détresses individuelles et familiales, s'ajoutant aux incidences économiques et sociales catastrophiques pour les porteurs de VIH et pour la nation toute entière.

Avant le rôle de l'IEC dans la Prévention et le Traitement du VIH/SIDA au Sénégal, nous avons voulu montrer le rôle et la place que l'IEC doit jouer dans le développement de

l'Afrique. Le développement est avant tout un défi culturel. Il faut que le continent trouve en lui-même les ressorts psychologiques et les ressources intellectuelles pour relever les défis de tous ordres. L'IEC peut communiquer l'élan, l'enthousiasme, la volonté et les compétences qui feront des populations et des décideurs, ensemble, les acteurs du changement de mentalités, de pratiques et de comportements indispensables. C'est là source de dynamisme, de créativité, de réalisations et de performances qui sortiront l'Afrique de la marginalité.

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

<p>Mr. Alhagie S. KOLLEY IEC Coordinator</p>	<p>National AIDS Control Programme Department of State for Health The Quadrangle THE GAMBIA Fax: 201656 Tel: 223753 E-mail: nacp@ggfp.gm</p>
<p>Mr. Ebrima SAIDY Youth Co-Ordinator</p>	<p>The Foundation for Research on Women's Health, Productivity and the Environment (BAFROW) P.O. Box: 2854, SK THE GAMBIA Fax: 220 223266 Tel: 220 225270 E-mail: bafrow@gamtel.g</p>
<p>Ms. Evelyn QUAYE Counselling and Care Coordinator</p>	<p>National HIV/AIDS/STI Control Programme (NACP) P. O Box: KB 493 KORLE-BU GHANA Tel: 233-21-662691 FAX: 233-21667980 / 662691 Email: nacp@ghana.com</p>
<p>Mr. Emmanuel HAIZEL Programme Co-ordinator</p>	<p>Christian Health Association of Ghana (CHAG) Post Office Box 1736 Accra North ACCRA Tel/ Fax: 233-2177 22 26</p>
<p>Dr. (Mrs) Taiwo LAWOYIN</p>	<p>College of Medicine Department of Community Medicine University College Hospital Ibadan - NIGERIA Tel. 23 4 2 2411590 / 23428102104 Fax: 23 43 8102104 E-mail : tlawoyin@skannet.com</p>
<p>Dr. Nâ-Bintou BENON Chargée de Planification Suivi- Evaluation</p>	<p>Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (SP/CNLS-IST) 01 BP. 835 Ouagadougou 01 Ouagadougou - BURKINA FASO Tel: 226 32 41 88 Fax 226 3140 01 E-mail: spcnls@fasonet.bf</p>

Mr. Kalifa SOULAMA Chargé de Programme PEC	Initiative Privée et Communautaire (IPC SIDA) 06 BP 10220 Ouagadougou 06 Ouagadougou - BURKINA FASO Tel : 226 38 03 64 Fax : 226 38 03 66 E-mail: ipcsida@cenatrin.bf
Mr. Honorat ASSOHOUN Chargé d'Information, Education Communication	Ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé de la lutte contre le VIH/SIDA 04 BP 2113 Abidjan 04 Abidjan - COTE D'IVOIRE Tel: 225 2124 3013/14 Fax: 225 202 128 87 E-mail : cnl@africaonline.co.ci
Mme Christine GONHI Présidente	ONG AMEPOUH Association des Femmes Vivant avec le VIH/SIDA 03 BP 1916 Abidjan 03 Abidjan - COTE D'IVOIRE Tel: 225 23 5198 74 Fax: 225 24 39 73 12
Mr Jean Benoit GONDA Sociologue de la santé	Programme National de Lutte contre le SIDA et les MST (PNLS/MST) Ministère de la Santé et de la Population BP 1416 Bangui REPUBLIQUE DE CENTRAFRIQUE
	Tél: 236.61.73.40 / 236.50.62.61 Fax: 236.61.32.89 / 236.61.60.49 Email: gondaben@yahoo.fr
Mr. Gédéon DORABOY-SENAM Infirmier Diplômé d'Etat/Attaché Administratif	ONG "AMIS D'AFRIQUE" BP: 1721 REPUBLIQUE DE CENTRE AFRIQUE Tél: 236.61.31.29 Fax: 236.61.76.95 Email: amirca@intnet.cf / doraboy-senam@yahoo.fr

UNESCO

M. Claude FABRIZIO Consultant du Projet UNESCO/ONUSIDA	UNESCO CLT/CT 1 rue Miollis 75015 Paris Paris - FRANCE Tel. : 331456 844 42 Fax. :331456 855 91 E-mail : culture.aids@unesco.org
M. Jean Roger AHOYO Conseiller Régional pour la Culture en Afrique de l'Ouest	UNESCO - BREDA 12 avenue Léopold Sédar Senghor BP 3311 Dakar, SENEGAL Tel: 849 23 01 Fax: 823 83 93 / 823 6175 Email: jr.ahoyo@unesco.org

REPRESENTANTS DU GOUVERNEMENT SENEGALAIS

<p>Mme Marième Xissatou NDIAYE Directrice</p>	<p>Maison de la Culture Doutra Seck Ministère de la Culture, du Tourisme et des Loisirs Avenue Blaise Diagne x rue 25 Médina Tel: 822 36 59 Fax: 8212133 Dakar - SENEGAL</p>
<p>Mr. Hugues DIAZ Conseiller Chargé de la Communication et de l'animation, animateur culturel d'état</p>	<p>Maison de la Culture Doutra Seck Ministère de la Culture, du Tourisme et des Loisirs Avenue Blaise Diagne x rue 25 Médina Tel: 822 36 59 Fax: 82121 33 Dakar-SENEGAL</p>
<p>Mme Aïssatou SENE DIOUF Animatrice Culturelle</p>	<p>Centre Culturel Blaise Senghor 6 Boulevard Dial Diop BP 7001 Dakar - SENEGAL Tel: 824 66 00 Fax: 824 66 00</p>
<p>Dr. Abdoulaye Sidibe WADE</p>	<p>Unité de Coordination du Projet SIDA: Institut d'Hygiène Social Dakar - SENEGAL Tel: 823 84 36</p>
<p>Mme Fatou NDOYE DIOP Chargée des activités IEC/SIDA</p>	<p>Service National de l'Education pour la Santé Près du grand hôpital de Grand Yoff Dakar- SENEGAL Tel: 827 55 13 Fax: 827 29 43</p>
<p>Prof. Cheikh NIANG</p>	<p>Institut des Sciences de l'Environnement Faculté des Sciences et Techniques Université Cheikh Anta Diop B.P. : 5883 Dakar-SENEGAL Tel: 825 19 57 Fax: 824 37 14 E-mail: cniang@telecomplus.sn</p>
<p>Mr. Assane HANE Secrétaire Général</p>	<p>Commission Nationale Sénégalaise pour l'UNESCO Ministère de l'Education 87 rue Camot x Joseph Gomis Tel. : 822 57 30 Fax: 821 17 70 E-mail: comnat@sentoo.sn</p>
<p>Prof. Bilal FALL Professeur UCAD/Lettres communication</p>	<p>Ecole Normale Supérieure Avenue Bourguiba x Avenue Cheikh Anta Diop Dakar- SENEGAL Tel. 630 59 59 ou 827 37 50 E-mail: bilalfall@yahoo.fr</p>

REPRESENTANTS DES ONGs DU SENEGAL

<p>Monsieur Emile Dally DIOUF Président</p>	<p>SIDA-SERVICE - CARITAS BP. 84 MBOUR Tel/ Fax : 957 15 17 E-mail: pafpec@telecomplus.sn</p>
<p>Mr Fatimatou Lo GAYE Secrétaire Générale</p>	<p>Association Islamique de Secours à L'Enfance Déshéritée AISE - 5468 Liberté 5 BP. 7732 Dakar - SENEGAL Tel : 824 85 13 Fax : 824 15 57 E-mail: f.gaye@caramail.com</p>
<p>Dr. Fatim Louise DIA Chargée de Programme</p>	<p>Africa Consultants International ACI - Baobab Center, Sicap Baobab Annexe 989 Bis (Audio-visuel, Santé et SIDA) B.P. : 5270 Dakar - SENEGAL Tel: 824 83 38 Fax : 824 07 41 E- mail: aciannex@enda.sn</p>
<p>Mr. Cheikh Tidiane ATHIE Coordonnateur National</p>	<p>ONG ACDEV ACTION ET DEVELOPPEMENT 53 Cité Lobatt Fall, Pikine Tel/Fax : 834 65 98 E-mail : acdev@telecomplus.sn</p>
<p>Melle Xissatou DIALLO Formatrice FAPEG</p>	<p>Association pour la Promotion des Médecines Traditionnelles PROMETRA Cité des Chercheurs - Bel Air, Villa Eva No. 93 BP 6134 Dakar - SENEGAL Tel: 834 02 15 / 832 28 50 Fax : 834 78 20 / 8325749 E-mail : erickg@codata.refers.sn</p>
<p>Mr. Ali Bassam ZOUMARI Assistant en Communication</p>	<p>Association pour la Promotion des Médecines Traditionnelles PROMETRA Cité des Chercheurs - Bel Air, Villa Eva No. 93 BP 6134 Dakar - SENEGAL Tel: 832 28 50 Fax : 832 57 49 Email: prometra@prometra.org</p>

<p>Mme Oumou Diodo Ly KANE Psychologue clinicienne, enseignante chercheur</p>	<p>CHU Fann - Association pour la Promotion des Médecines Traditionnelles PROMETRA Cité des Chercheurs - Bel Air, Villa Eva No. 93 BP 6134 Dakar - SENEGAL Tel: 832 28 50 Fax : 832 57 49 E-mail : prometra@prometra.org</p>
<p>Mme Nissatou NIANG FALL Présidente Nationale Chargée de la Santé</p>	<p>Fédération des Associations Féminines du Sénégal FAFS Cité SHS Golf Nord Guédiawaye No -, 212 Dakar - SENEGAL Tel : 827 22 54 Fax : 827 24 15 Email : fafs@telecomplus.sn</p>
<p>M. Abdou Karim GUEYE Sociologue - Secrétaire Exécutif</p>	<p>Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives de Développement Endogènes GRAIDE Villa No. 493 HLM Las Palmas BP. 19208 Guediawaye Dakar - SENEGAL Tel: 826 61 88 Fax: 837 38 02 E-mail: graide@hotmail.com ou akgueye@hotmail.com</p>
<p>Mme Aminata Ndoye DIOP Chargée de Programmes</p>	<p>Association des Jeunes pour l'Education et le Développement AJED/CONGAD Cité Jardiparc villa No : 3 croisement cambéréne Dakar-SENEGAL Tel: 835 03 20 Fax: 855 28 21 E-mail: ajed@sentoo.sn</p>
<p>M. Djibril NIANG Coordination RESSIP, Chargé IST/SIDA</p>	<p>Réseau Santé/Sida et Population RESSIP/CONGAD Sicap Amitié II Tel: 824 41 16 E-mail: congad@telecomplus.sn</p>
<p>M. Ahmadou Doudou THIAM Secrétaire aux Affaires Culturelles et Educatives</p>	<p>Institut Afro-Américain IAA Médina-Baye KAOLACK - SENEGAL Tel : 941 22 81</p>

Mme Valérie LEPINE Sexologue Educatrice, approche ethnologique en santé de la reproduction incluant IST/VIH/SIDA	Africa Consultants International ACI Sicap Baobab, villa No. 989 bis Dakar - SENEGAL Tel: 824 83 38 Fax : 824 51 70 E-mail: valerielepine@yahoo.
--	---

GRUPE THEMATIQUE ONUSIDA

Dr. Isseu DIOP TOURE	OMS/WHO 4, rue Mage x Parchappe Dakar - SENEGAL Tel : 221 823 02 70
M. A. PARSURAMEN Director	UNESCO Regional Office for Africa Avenue L. S. Senghor Dakar - SENEGAL Tel. 849 23 23 Fax. 823 83 93 E-mail: a.parsuramen@memo.unesco.org
M. Ian HOPWOOD Representative	UNICEF 2 Rue Carnot x Salva Dakar - SENEGAL Tel. 823-50-80
Mme Anna Mbaye NGOM	PNUD/UNDP 19 rue Parchappe B.P.: 154 Dakar - SENEGAL Tel. 221 839 90 50 Fax: 221 823 55 00 E-mail: registry.sn@undp.org

PERSONNEL DE L'IDEP

Mr. Burama K. SAGNIA Coordinator - AICCD	IDEP B.P: 3186 Dakar - SENEGAL Tel : 221 823 10 20 / 823 48 31 Fax: 221822 29 64 Email : b.sagnia@unidep.org
Prof A. AMIN	IDEP B.P: 3186 Dakar - SENEGAL Tel: 221823 10 20/823 48 31 Fax: 221822 29 64 Email: idep@unidep.org

Mme KIBBNESH
Administrator

IDEP
B.P: 3186
Dakar - SENEGAL
Tel: 221823 10 20 / 823 48 31
Fax: 221 822 29 64
Email: idep@unidep.org