

# manuelle

## **information/ éducation/ communication culturellement appropriée**

*Élaboration et diffusion*



ONUSIDA

**L'approche culturelle de  
la prévention et du  
traitement du VIH/SIDA**

---

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

PROJET DE RECHERCHE UNESCO/ONUSIDA

*Manuel pour une information/éducation/communication  
culturellement appropriée*

*Élaboration et diffusion*

Manuels méthodologiques, série spéciale, numéro 1  
Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel  
UNESCO, 2002



Les opinions exprimées  
dans ce document sont celles de l'auteur  
et ne reflètent pas nécessairement la position officielle  
de l'UNESCO

(CLT-2002/WS/03)



## TABLE DES MATIÈRES

<b>PRÉFACE</b> .....	5
<b>RÉSUMÉ ANALYTIQUE</b> .....	7
<b>1 - L'APPROCHE CULTURELLE : UN RAPPEL</b> .....	9
1.1 - HYPOTHÈSES.....	9
1.2 - OBJECTIFS ET IMPLICATIONS .....	10
<b>2 - LES QUATRE GRANDS DÉFIS</b> .....	11
2.1 - LE RISQUE.....	11
2.2 - LA VULNÉRABILITÉ .....	12
2.2.1 - Les conditions socio-économiques.....	12
2.2.2 - Les références sociétales et culturelles et leur évolution .....	13
2.2.3 - L'environnement social et politique : historique et situation actuelle .....	13
2.2.4 - L'identification des groupes vulnérables .....	13
2.3 - LA PRÉVENTION ET LE SOUTIEN .....	14
2.4 - LA RÉDUCTION DE L'IMPACT .....	14
2.4.1 - L'impact économique .....	14
2.4.2 - L'impact social .....	15
2.4.3 - L'impact sociétal et culturel .....	15
<b>3 - APERÇU DE LA SITUATION ACTUELLE</b> .....	17
3.1 - L'ÉVALUATION DES FORMES ACTUELLES D'IEC .....	17
3.1.1 - La situation actuelle de l'IEC .....	17
3.1.2 - Les composantes de l'IEC .....	19
3.1.3 - Les leçons à retenir des activités actuelles d'IEC .....	24
3.2 - COMPRENDRE LES RÉFÉRENCES ET LES RESSOURCES CULTURELLES .....	24
3.2.1 - L'étude de cas approfondie .....	24
3.2.2 - Le travail expérimental, les projets pilotes et l'action novatrice .....	25
3.2.3 - Évaluer les tendances communes et la diversité sociétale et culturelle.....	25
3.3 - LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA SENSIBILISATION ET À LA MOBILISATION PAR L'ÉDUCATION .....	26
3.3.1 - La mobilisation des masses : du devoir au consensus .....	26
3.3.2 - Les partenariats de l'IEC .....	27
3.3.3 - Messages et processus appropriés .....	28
<b>4 - L'IDENTIFICATION DU PUBLIC DE L'IEC (GROUPES VULNÉRABLES ET À RISQUE)</b> .....	29
4.1 - LES GENS, LA VULNÉRABILITÉ ET LE RISQUE.....	30
4.1.1 - L'impact économique et social de l'infection .....	30
4.1.2 - L'impact sociétal et culturel du VIH/SIDA .....	30



4.2 - LES GRANDS GROUPES VULNÉRABLES .....	31
4.2.1 - <i>Les pauvres</i> .....	31
4.2.2 - <i>Les femmes et les filles</i> .....	32
4.2.3 - <i>Les jeunes gens</i> .....	32
4.3 - LES GROUPES CULTURELLEMENT DÉSTABILISÉS .....	33
4.3.1 - <i>Les migrants : la perte de l'identité culturelle</i> .....	33
4.3.2 - <i>Les familles désintégrées</i> .....	33
4.3.3 - <i>Les nouvelles populations et sous-cultures urbaines :             violence, toxicomanie et irresponsabilité sexuelle</i> .....	34
4.4 - LES GROUPES SPÉCIFIQUES À RISQUE .....	35
4.4.1 - <i>Les professions mobiles</i> .....	35
4.4.2 - <i>Les travailleurs sexuels</i> .....	35
4.4.3 - <i>L'homosexualité et l'acceptabilité sociétale et culturelle</i> .....	36
4.5 - L'INTERFACE AVEC L'ENSEMBLE DE LA SOCIÉTÉ .....	36
4.6 - CONCLUSIONS .....	37
<b>5 - L'IEC APPROPRIÉES : ASSOCIER ÉLABORATION ET DIFFUSION .....</b>	<b>38</b>
5.1 - L'INFORMATION PAR LES MÉDIAS .....	39
5.2 - L'ÉDUCATION .....	40
5.2.1 - <i>L'éducation préventive de l'UNESCO pour lutter contre le VIH/SIDA</i> .....	40
5.2.2 - <i>Éducation et culture : un continuum</i> .....	40
5.2.3 - <i>L'éducation familiale : un potentiel sous-estimé</i> .....	42
5.2.4 - <i>Les circuits religieux et traditionnels</i> .....	43
5.3 - LA COMMUNICATION .....	47
5.3.1 - <i>La communication : un processus interactif</i> .....	47
5.3.2 - <i>L'approche culturelle de la communication sur le VIH/SIDA</i> .....	52
5.3.3 - <i>L'IEC culturellement appropriées :                 le travail de terrain et les acteurs de terrain</i> .....	53
<b>6 - CONCLUSIONS GÉNÉRALES .....</b>	<b>55</b>



## PRÉFACE

Ce manuel fait partie d'une série de quatre documents méthodologiques :

- *Manuel pour une information/éducation/communication culturellement appropriée ;*
- *Manuel pour l'élaboration de stratégies et de politiques ;*
- *Manuel pour le travail de terrain : réponse locale ;*
- *Manuel pour l'élaboration de projets.*

Chaque manuel comprend deux grandes parties :

- *Une explication générale de l'approche culturelle du VIH/SIDA par rapport au risque lui-même, aux situations de vulnérabilité et aux actions appropriées en matière de prévention, de soutien et de réduction de l'impact ;*
- *Des sections spécifiques sont axées sur les niveaux de l'action à considérer : stratégies et politiques, conception du projet et travail de terrain. Elles sont destinées à évaluer la situation dans son actualité et à proposer des méthodes et des outils novateurs.*

Le présent manuel comporte deux parties principales : dans la première, il analyse la situation et, dans la seconde, il propose d'élaborer une réponse appropriée en matière d'action d'information/éducation/communication culturellement appropriées. De nombreux documents de l'ONUSIDA ont été consultés au cours de l'élaboration de ce travail. Des notes en bas de page fournissent les références de ceux qui sont directement cités.



## RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Le projet conjoint UNESCO/ONUSIDA, intitulé *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA*, a été lancé à la mi-1998 en réponse à la nouvelle approche de prévention et de traitement du VIH/SIDA inaugurée par l'ONUSIDA. La stratégie de l'ONUSIDA met en relief la nature complexe de la maladie et la nécessité d'élaborer des stratégies multidimensionnelles.

En ce sens, *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA* représente une nouvelle contribution à la recherche de solutions à ce défi apparemment insurmontable. Son atout méthodologique majeur consiste à adapter le contenu et le rythme de l'action aux mentalités, aux croyances, aux systèmes de valeurs et aux capacités de mobilisation des populations et à modifier en conséquence les stratégies et les politiques nationales et internationales, la conception du projet et le travail de terrain.

A cet égard, cette initiative répond clairement aux principes et aux orientations de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée à l'issue de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (juin 2001), qui souligne « **le rôle important que peuvent jouer la culture, la famille, les valeurs morales et la religion dans la prévention de l'épidémie et dans les activités de traitement, de soins et d'appui, compte tenu des particularités de chaque pays et de la nécessité de respecter tous les droits de l'homme et les libertés fondamentales** » (paragraphe 20).

Ce manuel est spécifiquement consacré à la présentation des méthodes pour élaborer des actions d'information/éducation/communication culturellement appropriées. Après avoir rappelé les hypothèses, les objectifs et les implications méthodologiques de l'approche culturelle, il définit les termes de référence généraux qui permettent d'évaluer les actions d'information/éducation/communication actuelles, en prenant en compte les réalités de terrain.

En outre, ce manuel décrit les outils méthodologiques nécessaires à l'élaboration d'une réponse culturellement appropriée aux grands défis identifiés par l'ONUSIDA : le risque, la vulnérabilité, la prévention, le traitement, le soutien et la réduction de l'impact. En la matière, il met aussi l'accent sur les grandes actions prioritaires, en insistant particulièrement sur la nécessité de repenser l'éducation préventive renouvelée ainsi que la formation, la sensibilisation et le renforcement des capacités.



## 1 - L'APPROCHE CULTURELLE : UN RAPPEL

### 1.1 - HYPOTHÈSES

L'expérience en témoigne, il est de plus en plus admis que l'épidémie du VIH/SIDA est un problème qui ne concerne pas seulement le secteur médical, mais qui est bien plutôt un phénomène complexe, aux aspects multiples et nécessitant une stratégie multidimensionnelle. Si l'action se limite à des considérations médicales ou à des informations d'ordre purement théorique, comme l'information, éducation et communication de type moderne qui préconise l'emploi du préservatif, elle n'obtiendra pas les résultats escomptés. L'épidémie est en effet un phénomène socio-économique, sociétal et culturel, qu'il faut considérer dans la perspective du développement humain durable. Une approche culturelle est en l'occurrence nécessaire à la prévention et au traitement de l'épidémie, afin d'aborder tous les aspects du problème.

En règle générale, une approche culturelle du développement devrait donc répondre à deux conditions, s'inspirant de la définition de la culture donnée par la Déclaration de Mexico (UNESCO) et qu'on peut résumer comme suit :

- **Asseoir le développement** sur les éléments liés aux mentalités, traditions, croyances et systèmes de valeurs qui doivent être pris en compte, pour des raisons pratiques et éthiques propres à chaque société, dans la mesure où ils sont susceptibles de renforcer des changements nécessaires ou de les entraver, s'ils ne sont pas correctement identifiés, et où ils interféreront nécessairement dans l'action engagée ;
- **Mobiliser les ressources culturelles** des populations données, afin de bénéficier de leur soutien, quand il s'agira, grâce à l'identification commune de l'action et des besoins, d'apporter les changements nécessaires à la manière de penser et de se comporter en vue d'un développement humain durable.

Ces références et ces ressources culturelles sont parfois mal comprises, perçues comme des systèmes monolithiques et impossibles à modifier, puisqu'elles sont censées représenter un patrimoine intangible et protégé d'une manière inconditionnelle. L'observation de situations réelles montre toutefois qu'il n'y a pas nécessairement de contradiction entre culture et changement, dans la mesure où toutes les sociétés et toutes les cultures évoluent avec le temps :

- Premièrement, en raison de leurs aspects dynamiques intrinsèques ;
- Deuxièmement, parce qu'elles interagissent avec toutes sortes de transformations d'ordre économique, social et culturel.

Il se peut que ces évolutions entraînent des situations fragilisantes, si ces transformations ne sont pas contrôlées et maîtrisées. Les politiques et les méthodes en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA seront meilleures et plus efficaces, lorsqu'elles seront culturellement appropriées (acceptables et pertinentes), totalement comprises et hautement appréciées (culturellement intégrées) par les personnes et les groupes considérés, en fonction de leurs priorités. Cela développera une nouvelle sensibilisation à la responsabilité et suscitera par là même une mobilisation spontanée contre la propagation de l'épidémie.





Au cours des 15 dernières années, beaucoup d'approches différentes ont été adoptées en vue de ralentir la propagation du VIH et de minimiser ses effets négatifs sur les individus, les familles et la société. Il est à présent clair qu'il n'existe pas de formule simple qui fonctionne pour tous les pays. Les réponses nationales les plus efficaces sont celles qui ont été conçues pour répondre aux besoins spécifiques du pays. Elles s'attaquent aux situations spécifiques qui rendent vulnérables au VIH et à ses effets, et elles utilisent les forces particulières des populations et des institutions d'un pays donné. Ces pratiques sont présentées dans le manuel de *Strategic Planning Process for a National Response to HIV/AIDS* de l'ONUSIDA (1998-1999) et dans la *Methodological Review* de l'ONUSIDA (1999).

L'approche culturelle coïncide avec les principes de planification et d'élaboration de politiques préconisés dans ces documents. L'apport spécifique de cette approche est de fournir une analyse détaillée des aspects particuliers et changeants d'une situation et d'une population données, et, à partir de ce constat, de proposer des méthodes de travail adaptées.

### 1.2 - OBJECTIFS ET IMPLICATIONS

Ce manuel vise à faciliter la conception de stratégies et de politiques plus efficaces et plus pertinentes, en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA, grâce à une meilleure compréhension des références et des ressources culturelles, et à permettre leur intégration dans l'élaboration de réponses à l'échelon local et national.

Pour répondre à ces objectifs, ce manuel propose des concepts, des critères et des outils méthodologiques en vue d'adopter une approche culturelle dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies et des politiques en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Ainsi les stratégies et les politiques seront mieux adaptées pour faire face aux situations de risque et de vulnérabilité qu'implique l'épidémie et pour réduire son impact, par l'élaboration de systèmes de prévention et de soutien plus efficaces, en particulier une éducation préventive appropriée.

Ces propositions s'inspirent de l'analyse de la situation effective, de l'évaluation de l'action institutionnelle à ce jour engagée à tous les niveaux et d'une étude approfondie des situations de terrain. Cette analyse veut montrer le fossé qui existe entre l'approche actuelle et l'éventail des possibilités qui s'offrent en matière de systèmes de prévention et de traitement, étant donné la complexité des situations concrètes. Une évaluation plus détaillée de ces interactions fait l'objet d'une longue présentation dans les trois autres manuels méthodologiques. Celui-ci permet surtout d'identifier les orientations et les priorités, les méthodes et les moyens, la coopération et les partenariats qui permettent de mettre sur pied une réponse par des stratégies et à des politiques culturellement appropriées.

### **Adopter une approche culturelle en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA**

En matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA, l'adoption d'une approche culturelle signifie que toutes les références et ressources culturelles d'une population donnée (modes de vie, systèmes de valeurs, traditions et croyances, droits humains fondamentaux) seront pleinement prises en considération dans l'élaboration d'un cadre pour la planification de stratégies et de projets. Ces références serviront aussi de ressources et de fondements pour élaborer une réponse adéquate et une action durable en matière de prévention, de traitement et de réduction de l'impact du VIH/SIDA. C'est là une condition indispensable pour obtenir des changements profonds et durables dans le comportement à risque et pour rendre tout à fait cohérents les stratégies et les projets médicaux et sanitaires.

## 2 - LES QUATRE GRANDS DÉFIS

Comme l'ONUSIDA l'a souligné, élaborer une réponse pour lutter à tous les niveaux contre le VIH/SIDA nécessite un diagnostic préalable en des termes clairs. Le risque en lui-même et la vulnérabilité qui lui tient lieu de contexte sont deux grands défis à relever afin de proposer des solutions durables. La mise sur pied de systèmes de prévention et de soutien pertinents et visant à réduire l'impact de l'épidémie représente autant de questions fondamentales dans l'élaboration d'une stratégie, la mise en œuvre d'une politique, d'un projet ou du travail de terrain. Voilà pourquoi ces questions sont considérées comme de grands défis de la lutte contre le VIH/SIDA.

Ces questions doivent être analysées en détail, séparément et dans leur contexte, après avoir mûrement évalué leurs causes et leurs effets socio-économiques, sociétaux et culturels à tous les niveaux. Par ailleurs, ces questions se reflètent dans l'évaluation de la situation présente quant aux politiques et à la réponse appropriée à élaborer, sur le plan des stratégies nationales, des initiatives régionales et de la réponse locale.

### 2.1 - LE RISQUE

Le comportement à haut risque est directement lié au fait que les personnes non contaminées se trouvent physiquement à proximité de personnes contaminées. Pareil constat est valable quelles que soient les circonstances et les régions. Ce comportement diffère néanmoins sensiblement en fonction du contexte.

- La principale cause d'infection est liée aux **relations sexuelles**, qu'elles soient hétérosexuelles, comme en Afrique et dans d'autres régions, et/ou bisexuelles ou homosexuelles, comme on l'a constaté dans les Caraïbes, en Amérique latine et en Asie du Sud-Est. Certaines pratiques sexuelles comme le fait d'avoir de multiples partenaires sexuels, des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels, des rapports sexuels violents et la prostitution constituent un facteur de risque aggravant. Le risque est également lié à d'autres MST antérieures, coexistantes ou confondues avec le VIH/SIDA ;
- **La transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant** est une autre cause majeure, qu'elle ait lieu au cours de la grossesse, à la naissance ou pendant l'allaitement. Ce dernier cas de transmission représente la moitié de ce type d'infection, notamment chez les femmes qui ont de nombreux enfants et qui allaitent. Cette pratique persiste souvent en raison de la non disponibilité de solutions de rechange plus sûres, comme un lait hygiénique pour les nourrissons ;
- L'usage croissant de **drogues intraveineuses** et d'aiguilles infectées ainsi que la consommation simultanée de drogues et d'alcool sont également des causes de contamination, plus particulièrement en Europe de l'Est et en Asie Centrale ;
- On estime que la transfusion de **sang contaminé** est la cause de 10 % des infections du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. La contamination peut aussi survenir à l'occasion de relations sexuelles, en cas de saignement des organes sexuels. Elle peut également survenir à la faveur de rituels d'échange de sang, lors de certaines cérémonies d'initiation de jeunes hommes, d'excisions ou de circoncisions, de tatouages et de piercings non hygiéniques. Des recherches récentes dans certains pays d'Afrique tendent cependant à montrer que la circoncision peut entraîner un risque moindre de contamination sexuelle.

Malgré ces facteurs, l'identification des diverses situations à haut risque soulève deux questions qui vont au-delà de l'approche épidémiologique et qui sont d'une nature manifestement plus sociétale et culturelle :



- La sensibilisation de la personne, de la famille et de la communauté au risque et à ses conséquences en termes d'infection et, dans des situations optimales, le choix qui s'ensuit d'un contact protégé ou de l'abstinence.
- L'acceptation publique et la reconnaissance officielle du risque et de ses implications, et/ou la divulgation de l'infection par le groupe, la communauté, la société ou les autorités publiques par contraste avec le silence et la dénéigation.

Cette situation conduit par conséquent à se poser des questions de prévention et de traitement, au niveau individuel et collectif.

### 2.2 - LA VULNÉRABILITÉ

Les recherches épidémiologiques ont largement contribué à l'identification des causes directes de l'infection du VIH/SIDA. Cependant, on ne sait rien ou presque sur les facteurs sociaux, économiques et culturels qui influent sur le comportement des individus en matière de risque. Il faut également analyser les conditions socio-économiques ainsi que les caractéristiques sociétales et culturelles, d'abord à différents niveaux, puis comme des ensembles de causes et d'effets.

Les **premiers cas de SIDA** en Afrique subsaharienne ont été notifiés par des études scientifiques en 1983. Ces patients ne partageaient pas les principaux facteurs de risque associés à la maladie en Europe et en Amérique du nord, c'est-à-dire essentiellement les relations homosexuelles et l'usage de drogue intraveineuse. Il est très vite apparu que l'épidémiologie du VIH/SIDA en Afrique était tout à fait différente des pays à haut revenu : les relations hétérosexuelles, la transfusion sanguine et la transmission de la mère à l'enfant y étaient en effet les modes prédominants de transmission. Si les comportements à risque comme l'usage de drogue intraveineuse et les relations homosexuelles non protégées peuvent être ciblés au moyen de campagnes de prévention, il est beaucoup plus difficile de concevoir des campagnes de sensibilisation pour des populations plus importantes, ayant des relations hétérosexuelles.

*Source : Michel CARAEL, « The Dynamic of HIV Epidemic in sub-Saharan Africa : what are the determinants ? », in Proceedings of the Nairobi International Conference, UNESCO, 2001.*

#### 2.2.1 - LES CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

L'analyse de ces conditions devrait être entreprise à deux niveaux :

- Niveau Macro : crise économique, mondialisation (et son impact sur les communications et les transports, l'internationalisation des marchés, en particulier en matière de drogue et de prostitution), dégradation de l'environnement, guerres, déplacements de populations, migrations internationales, tourisme de masse ;
- Niveau Micro : pauvreté, chômage, conditions de logement, inaccessibilité à l'éducation et aux services de santé, exode rural, violence urbaine.

## 2.2.2 - LES RÉFÉRENCES SOCIÉTALES ET CULTURELLES ET LEURS ÉVOLUTIONS

La complexité de la plupart des spécificités culturelles est telle que si certains aspects des cultures locales sont propices au comportement à risque, d'autres qui relèvent de principes spirituels et éthiques encouragent des attitudes de protection.

Voici quelques exemples de références sociétales et culturelles :

- Les représentations de la santé et de la maladie, de la vie et de la mort, du destin et de la responsabilité humaine ;
- Un contrôle rigoureux par ou pour la société et la famille ;
- La prescription d'attitudes et de normes sexuelles au travers de certains rituels, de certaines traditions et croyances religieuses ;
- La disparition ou la perte des normes et des systèmes de valeurs traditionnels ;
- Les inégalités dans les relations hommes-femmes et la sous-évaluation du potentiel des femmes dans la continuité ou le changement de la vie quotidienne ;
- Le statut des jeunes dans la société ;
- Les habitudes linguistiques et sémantiques en matière de sexualité.

## 2.2.3- L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET POLITIQUE : HISTORIQUE ET SITUATION ACTUELLE

Même si les conditions sociales et politiques à l'échelon national ne sont pas directement liées aux aspects matériels et médicaux du risque, elles ont un impact important sur la portée et la faisabilité des politiques de prévention et de traitement. A cet égard, on peut mentionner des questions plus spécifiques, par exemple :

- Les faiblesses institutionnelles, notamment l'instabilité chronique des autorités publiques et la fragilité qui en résulte au niveau des structures administratives ;
- Le manque de communication entre les autorités publiques et la population ;
- Le déséquilibre entre les prises de décisions internes et externes ;
- Le poids de la dette extérieure et des politiques d'ajustement structurel ;
- Le non-respect des droits humains fondamentaux.

## 2.2.4- L'IDENTIFICATION DES GROUPES VULNÉRABLES

En général, l'identification des groupes vulnérables devrait intégralement tenir compte de la situation des populations dans le contexte général du développement : pauvreté, insécurité et situation au regard des droits humains fondamentaux. A cet égard, les pauvres, les femmes, les jeunes et, plus particulièrement, les réfugiés et les minorités sont les plus exposés au risque. Il faut cependant définir des groupes cibles plus spécifiques.

<b>Les populations défavorisées :</b>	<b>Les groupes culturellement déstabilisés :</b>	<b>Les groupes spécifiques à risque :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pauvres</li> <li>• Les jeunes</li> <li>• Les populations non scolarisées et analphabètes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les familles éclatées</li> <li>• Les chômeurs</li> <li>• Les réfugiés et les personnes déplacées</li> <li>• Les migrants nationaux et internationaux</li> <li>• Les travailleurs mobiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les groupes et les communautés exclus</li> <li>• Les homosexuels</li> <li>• Les prostitué(e)s</li> </ul>



## 2.3 - LA PRÉVENTION ET LE SOUTIEN

Pour réagir à des situations de vulnérabilité et à haut risque comme celles qui viennent d'être décrites, il faut élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des politiques nationales dans les domaines suivants :

- La politique nationale de santé ;
- La fourniture et la promotion d'éducation préventive et de communication dans le cadre de politiques nationales pertinentes ;
- Le suivi médical, social et psychologique des personnes contaminées ;
- Dans le cadre des politiques d'aide sociale, une action spécifique destinée à réduire l'impact social de l'infection.

L'éventail de ces politiques et le nombre des personnes à éduquer et à aider nécessitent une action coordonnée, non seulement entre les autorités publiques nationales, mais aussi avec toutes les parties prenantes. Plus particulièrement :

- Les institutions de coopération internationale ;
- Les ONG nationales et internationales.

Mais à cet égard, aucune politique publique ou institutionnelle n'aura d'effet sensible si elle n'est pas complétée par la participation de la société civile dans toutes ses composantes. Les diverses catégories d'acteurs économiques, sociaux et culturels (mouvements culturels et sportifs, associations professionnelles, syndicats, partis politiques, communautés religieuses, chefs de communautés traditionnelles, guérisseurs, sages-femmes) sont des atouts importants dans la mobilisation contre l'épidémie.

Il va sans dire qu'à tous les niveaux, le personnel médical et sanitaire est un partenaire dans l'effort général visant à fournir de quoi dépister et de quoi soigner les personnes contaminées, notamment les femmes enceintes qui souhaitent allaiter leurs enfants.

On peut aussi trouver une autre catégorie de professionnels œuvrant activement dans l'éducation préventive, non seulement parmi les jeunes et les éducateurs extra-scolaires, mais aussi dans les médias (à la fois dans l'audiovisuel et dans la presse écrite).

## 2.4 - LA RÉDUCTION DE L'IMPACT

### 2.4.1 - L'IMPACT ÉCONOMIQUE

On peut s'attendre à ce que le fort taux de mortalité dû au SIDA dans la population active ait un effet radical sur presque tous les aspects de la vie sociale et économique. La population active se caractérise en effet par un âge où l'on a déjà commencé à fonder sa propre famille et où l'on est devenu économiquement productif. S'il est difficile de mesurer l'impact précis du VIH à un niveau national dans la plupart des pays durement touchés, on dispose de beaucoup d'informations sur l'impact désastreux, direct ou indirect, de l'épidémie sur les foyers ainsi que sur les secteurs publics et privés de l'économie<sup>1</sup>.

1. ONUSIDA, *Report on the global HIV/AIDS epidemic*, juin 2000.

Les politiques de réduction de l'impact ne devraient pourtant pas se concentrer exclusivement sur les désordres économiques occasionnés par l'épidémie, comme la crise de la main-d'œuvre ou la chute de la production. Le secteur de l'éducation est aussi durement touché par la maladie, comme les professeurs, déjà insuffisamment nombreux pour faire face à des classes surchargées et de nouvelles générations de spécialistes exercés dans d'autres secteurs du développement national.

#### 2.4.2 - L'IMPACT SOCIAL

La réduction de l'impact social de la maladie est un autre **grand défi pour le développement** des politiques sociales. Le soutien aux veuves et aux femmes abandonnées, incapables de prodiguer à leurs enfants un minimum de soins, ou le développement de systèmes de solidarité pour les orphelins du VIH/SIDA, les enfants des rues et les jeunes abandonnés grèvent encore plus un budget public national déjà fragile.

#### 2.4.3 - L'IMPACT SOCIÉTAL ET CULTUREL

L'impact sociétal et culturel de l'infection et de la maladie peut se solder par un effondrement général de l'énergie et de l'espoir dans la lutte contre le virus. Le tabou proprement dit et la règle largement répandue du silence ne sont que quelques-uns des effets culturels désastreux de la divulgation de l'infection par la personne concernée ou par sa famille. On a constaté des situations de stigmatisation et de rejet dans bien des cas, notamment dans les zones rurales et parmi les populations les plus pauvres. Dans certains pays, tout au moins au cours de la première phase de l'épidémie, on a très souvent observé le cas où on a hésité à reconnaître ou on a refusé de reconnaître la portée de la maladie et la gravité du problème qu'elle représentait pour le pays.

Le caractère impérieux de cette situation nécessite manifestement une action urgente, mais avec des approches appropriées. Si les individus doivent rompre le silence, ils doivent le faire dans le respect absolu de leurs règles sociétales et culturelles et des droits humains fondamentaux. De plus, il se peut qu'il y ait un grand malentendu sur le sens et la manière qu'on a d'exprimer sa sexualité. Cela peut conduire des responsables extérieurs de la prévention et du traitement à considérer que les femmes ignorent souvent leurs fonctions physiologiques.

### Le VIH/SIDA et le secteur privé

L'impact de l'épidémie du VIH/SIDA sur le secteur privé n'a cessé de croître ces dernières années et il est devenu tout à fait manifeste dans certains domaines. Beaucoup de chefs d'entreprise ont encore besoin d'être persuadés que les programmes de prévention du SIDA destinés à leurs employés vont dans le sens de leur intérêt. Sur le plan économique, de tels programmes de prévention peuvent être lancés au nom de la « réduction des coûts » ou de la « prévention de la perte de profits » et de la protection de l'investissement à valeur constante en « capital humain ». L'avantage de développer de nouveaux partenariats avec le secteur privé, c'est qu'ils disposent de ressources substantielles. En même temps, le lieu de travail offre une excellente occasion de toucher de très nombreux effectifs et avec un fort impact.

Source: ONUSIDA, *Guide to the strategic planning process for a national response to HIV/AIDS: resource mobilization.*  
(<http://www.unaids.org/aidspub/list.asp>)



### **La République dominicaine : divergence d'expressions, silence et divulgation en matière de VIH/SIDA**

Le plus souvent, les couples infectés par le VIH informent leurs amis, leur famille et leurs voisins de leur état, lorsqu'un des membres du couple seulement a la maladie. Auquel cas, les couples cachent l'infection à la famille des femmes et à la majorité de leurs voisins, lorsque le mari est malade. La famille et les amis de la femme ne sauront au courant de l'infection que lorsque le mari sera testé positif. Autrement, les mères d'enfants séropositifs et décédés ont révélé à leurs amis et à leurs voisins l'état de leurs enfants et bénéficient de la solidarité comme du soutien de beaucoup d'entre eux, en dépit de la pauvreté générale. Les femmes s'occupent des malades et font le ménage, alors que les hommes aident les malades à se déplacer et rapportent de l'argent.

Les hommes et les femmes ont tendance à réagir différemment, en apprenant le diagnostic qui les concerne : les hommes s'y résignent, les femmes paniquent et sombrent dans la dépression. Indifférence, rejet par la famille et stigmatisation, telles sont certaines des réactions constatées qui, semble-t-il, expliquent pourquoi les personnes dissimulent leur état.

Les difficultés économiques de beaucoup de ceux qui sont infectés et la perte de leur emploi dès l'apparition des symptômes ne leur permettent pas d'acheter facilement de quoi se nourrir ainsi que des médicaments de base. Seule une très petite minorité de ces personnes a accès aux traitements antiviral. L'appartenance à telle ou telle classe ou génération est discriminatoire. Ceux qui ont un faible niveau d'études souffrent plus de la discrimination au sein de leur famille et communauté ainsi que les plus jeunes dans les services de santé. Une personne sur cinq seulement n'est pas atteinte du SIDA.

*Source :* A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care : Dominican Republic's experience, UNESCO, 1999.



### 3 - APERÇU DE LA SITUATION ACTUELLE

#### 3.1 - L'ÉVALUATION DES FORMES ACTUELLES D'IEC

La première phase de la lutte contre le VIH/SIDA a principalement porté sur l'action épidémiologique et la recherche sur la maladie elle-même. Les progrès scientifiques ont cependant révélé que beaucoup de temps (de 5 à 10 ans) peut s'écouler entre la contamination et la manifestation de la maladie. Aussi a-t-on prêté davantage attention à la gestion non seulement médicale mais également éducationnelle de la prévention ainsi qu'à la phase de postinfection intermédiaire.

Instrument clé de l'action préventive, les programmes d'IEC ont été mis sur pied pour le VIH/SIDA et d'autres problèmes supposant un changement radical du comportement, comme les politiques de population. Dans ce cadre, on a bien entendu souligné le rôle primordial du système scolaire et des massmédias.

Malheureusement, les institutions internationales de coopération, les ONG et les autorités nationales n'ont pas développé de programmes, de matériels et de projets appropriés dans le cadre des programmes scolaires et universitaires. Les programmes télévisés et radio ainsi que, dans une certaine mesure, le contact direct avec les populations à risque se sont révélés plus efficaces.

##### 3.1.1 - LA SITUATION ACTUELLE DE L'IEC

Dans le domaine de **l'éducation préventive** contre le VIH/SIDA et la toxicomanie, les activités de l'UNESCO de ces deux dernières années ont surtout consisté à aider les États membres à préparer et à mettre sur pied des programmes à l'attention des planificateurs de programmes, des enseignants, des jeunes gens (au sein de l'école comme à l'extérieur) et des jeunes femmes analphabètes. On a recherché et conçu des orientations stratégiques et des matériels éducatifs types et culturellement appropriés, qui soient accessibles aux groupes cibles spécifiques. Durant les deux années à venir, on s'attachera tout particulièrement à responsabiliser les jeunes via l'éducation préventive contre le VIH/SIDA et la toxicomanie. On y parviendra en aidant les systèmes nationaux d'éducation sanitaire grâce à des programmes de développement pédagogique et de formation des enseignants ainsi qu'en menant des campagnes internationales à l'intention des jeunes et qu'ils organiseront eux-mêmes.

En 1996, en guise de suivi à la Conférence du Caire sur la population et le développement (1994), le FNUAP et l'UNESCO ont engagé un programme commun sur les stratégies d'IEC liées à la relation entre **population, environnement et développement**. Son but est de promouvoir une large prise de conscience sur ces sujets parmi les décideurs, les éducateurs, les étudiants et le grand public, dans des secteurs formels et non formels. Par la suite, des projets et des stratégies d'IEC ont été lancés dans divers domaines liés à l'UNESCO: l'information (c'est-à-dire surtout les massmédias), l'éducation à l'intérieur comme à l'extérieur de l'école et la communication sur les problèmes de population et la prévention du VIH/SIDA.

Dans le *Rapport d'évaluation du FNUAP* (1999), les observations suivantes (fondées sur les évaluations par pays au Burkina Faso, au Mexique, au Maroc, au Népal, aux Philippines et en Ouganda) ont été faites:

- Les stratégies d'IEC sont trop axées sur la transmission de connaissances (approche théorique) et non sur la mise en œuvre de changements du comportement.
- Elles ne touchent pas également leurs publics cibles en raison d'un manque de spécificité ou de projets d'IEC trop généraux, pour avoir sous-estimé et mal compris les problèmes de vie spécifiques des femmes, des hommes et des jeunes comme pour avoir trop insisté sur des modèles beaucoup plus personnels que communautaires.

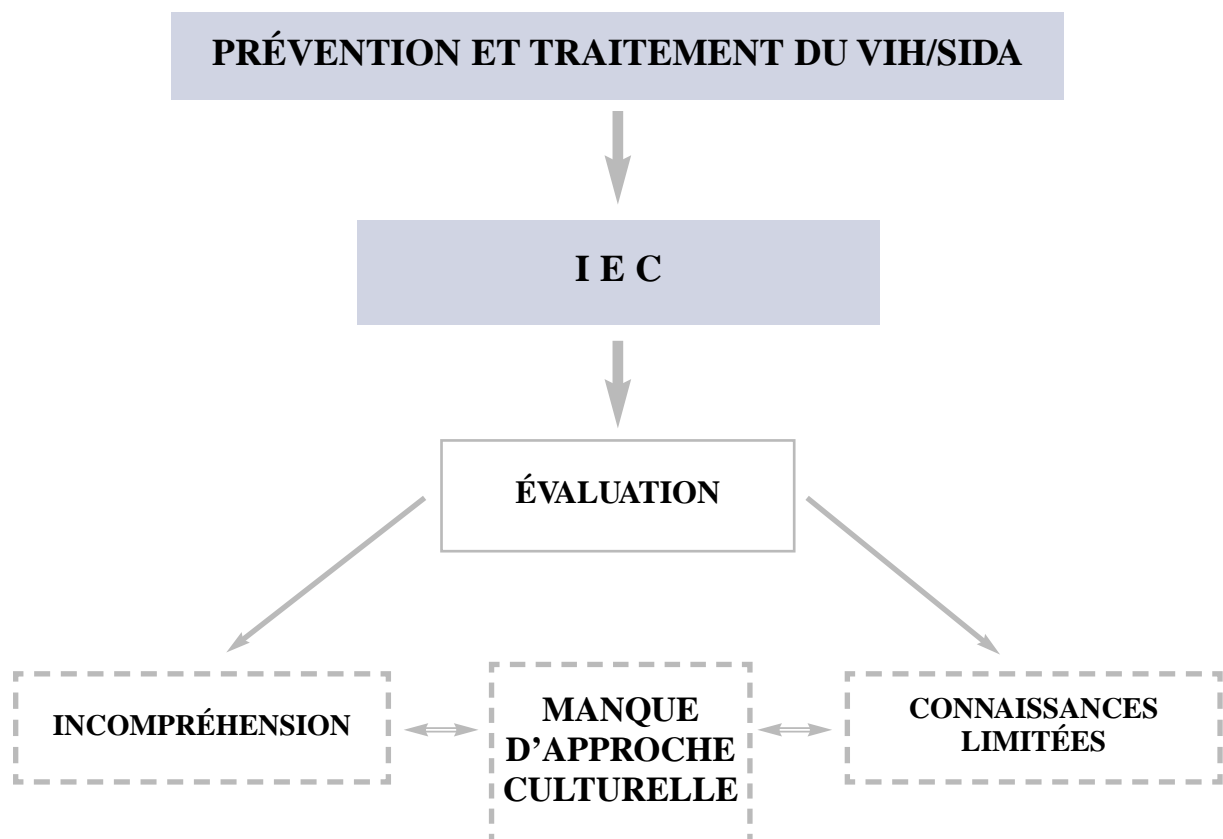




- Les recherches sur les comportements sexuels (aspects majeurs et systèmes de valeurs sous-jacents) sont soit absentes, soit mal utilisées.
- Les procédures de communication fondées sur l'information sont unidirectionnelles et artificiellement didactiques.
- Les programmes ou les articles des médias ne correspondent pas aux services et aux autres activités disponibles.
- Les médias traditionnels ne sont pas clairement identifiés ou ils sont trop peu utilisés.
- Il y a quelque confusion entre le fait d'accroître les connaissances et la mise en œuvre d'un changement de comportement, dernier aspect qui nécessiterait d'être encouragé et d'être traité en fonction d'une approche sensible.

Les activités actuelles de l'UNESCO en matière d'**éducation préventive** et leur mise en œuvre souffrent des mêmes carences. Un changement du contenu et du rôle de l'éducation relativement au VIH/SIDA est nécessaire, afin de répondre aux besoins des étudiants, de mettre plus l'accent sur les compétences indispensables dans la vie courante et d'adapter les programmes aux groupes marginalisés. Cela englobe les enfants qui ne vont pas à l'école et les jeunes gens, les analphabètes et surtout les filles et les femmes. En tous les cas, l'inefficacité relative résulte du manque de considération pour le contexte culturel et la vie quotidienne des personnes.

Aussi un effort supplémentaire est-il nécessaire, afin de mettre sur pied un certain type de matériel éducatif culturellement approprié ainsi que de nouveaux circuits d'information et de communication recourant à une approche intersectorielle. Cela nécessiterait la coopération d'autres parties prenantes, qu'il s'agisse d'institutions ou d'ONG, aux niveaux national et international, si possible conformément au cadre de communication de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA.



### 3.1.2 - LES COMPOSANTES DE L'IEC

Jusqu'à présent, telles qu'elles ont été définies par le FNUAP pour les politiques de population ainsi que la prévention et le traitement du VIH/SIDA, les diverses composantes de l'IEC ont été intégrées à leurs stratégies et à leurs méthodes, ce qui s'est souvent soldé par un manque d'efficacité, de pertinence et de soutien mutuel. La nécessité de stratégies intégrées, même exprimées sur le plan théorique, n'a pas abouti à une action commune réelle. Aussi chaque médium doit-il encore être évalué séparément.

#### Information (massmédias)

Les mass médias jouent un rôle déterminant dans la création et la consolidation de l'opinion publique et de la volonté politique d'affronter l'épidémie du VIH/SIDA. Les médias peuvent rendre compte de certaines tendances et de certains phénomènes qui, au sein de la communauté ou de la société, facilitent la propagation du VIH/SIDA et en informer le public. Ils peuvent également jouer un rôle décisif quant à l'éducation du public à l'importance des mesures préventives et servir à signaler des dangers. Ils peuvent aider à sensibiliser le public et à mobiliser l'opinion publique contre des tendances, des phénomènes et des pratiques qui favorisent la propagation de l'épidémie. La participation active des organisations de médias et des praticiens de la communication à la lutte contre le VIH/SIDA est essentielle, si l'on souhaite vraiment développer les connaissances et la sensibilisation ainsi que réduire les comportements à risque parmi différents segments de la population dans les pays africains.

En général, la situation actuelle est moins satisfaisante. Des programmes spécialisés de télévision et de radio, en particulier ceux qui sont diffusés au niveau national ou international, ont favorisé jusqu'à un certain point un changement de comportement dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA, au sein des publics les plus cultivés et les plus sensibles à l'audiovisuel (en Thaïlande). Les programmes radiophoniques, qui sont à présent largement accessibles aux populations dans leur ensemble, y compris les zones rurales, souffrent d'un manque d'interaction avec le public. L'accessibilité et la souplesse techniques dont la radio témoigne dans l'élaboration de ses programmes interactifs en font un médium potentiellement approprié et convivial, ce qui est loin d'être le cas avec la télévision.

En dépit des progrès enregistrés jusqu'ici, les médias de nombreux pays ne peuvent pas s'attaquer comme il se doit au problème. Des groupes importants ne sont pas réceptifs aux messages de prévention transmis par les médias et ce en raison de multiples facteurs, comme les barrières politiques et la peur d'une répression par les autorités. Les communautés situées dans des régions reculées et/ou parlant des langues minoritaires sont également difficiles à atteindre par les canaux médiatiques en place. En outre, dans de nombreux cas, le message est inefficace dans sa forme et dans son contenu, car il n'est pas adapté au contexte culturel spécifique.

#### Tels sont les principaux facteurs qui contribuent à l'inefficacité des massmédias :

1. L'ignorance et l'indifférence des « gardiens » dans les médias quant aux questions du VIH/SIDA. Les rédacteurs et les directeurs des institutions de médias fonctionnent comme des « gardiens », qui décident des histoires à traiter et à diffuser. La sélection des informations dépend de leur choix.
2. L'incapacité des journalistes à mener des enquêtes sur le VIH/SIDA.

2. *Media and HIV/AIDS in East and Southern Africa, A Resource Book*, UNESCO, 1999, pp. 11-12.



Au-delà de ces résultats limités, les projets d'IEC ont buté sur des contraintes plus complexes : le manque de compréhension du contenu informatif ou médical du message, ainsi que le comportement qui en résulte. Dans les pays d'Afrique australe par exemple, les messages médiatisés à l'intention des populations rurales, urbaines, sans formation ou pauvres n'ont pas été compris. Ils ont au contraire véhiculé et renforcé des peurs sans fondement et ils ont entraîné le rejet des malades et des personnes supposées être infectées, d'où une attitude fataliste à l'encontre de la prévention et de l'autoprotection.

En Asie du Sud-Est, les populations tribales étaient si effrayées par les images diffusées par la télévision, qui montraient la dégradation physique de malades, qu'elles ont refusé d'en entendre plus sur la maladie. Ce qui a donc compliqué et, dans certains cas, rendue impossible la diffusion de l'information sur les actions de prévention et de traitement.

### L'éducation préventive

#### *Les résultats de l'éducation scolaire*

L'expérience de l'UNESCO a montré que l'éducation et plus particulièrement l'école et l'université sont un instrument clé dans la prévention. Des stages d'information spécifiques sont mis sur pied dans de nombreux pays, dans le cadre même du programme scolaire et sur des sujets tels que : les compétences indispensables dans la vie courante, le respect mutuel et la compréhension des femmes et des hommes ainsi que l'éducation par les pairs. Une formation est également assurée en matière d'informations pratiques sur la physiologie du corps, l'éducation sexuelle et l'importance de la protection (c'est-à-dire des préservatifs). Cet effort a besoin d'être renforcé, d'être élargi et d'être rendu accessible à tous les enfants du monde et en âge scolaire, dans le contexte de l'apprentissage de base, en utilisant toutes les méthodes et tous les contenus qui s'imposent : en d'autres termes, l'éducation culturellement appropriée pour tous. A cet égard, les priorités de l'UNESCO relativement à la réforme de l'éducation dans la perspective de l'éducation pour tous et tout au long de la vie mettront l'accent sur le développement de l'enseignement secondaire, en insistant sur l'éducation à la prévention contre le VIH/SIDA et la toxicomanie. Après le Forum mondial sur l'éducation qui s'est tenu à Dakar en avril 2000, l'UNESCO s'est engagée à faire du VIH/SIDA l'une de ses plus hautes priorités, à travers l'éducation préventive formelle et non formelle, en s'attachant tout particulièrement à l'efficacité des différentes stratégies préventives assurant un changement des comportements et des attitudes.

### **L'Afrique du Sud : le document de politique générale sur l'éducation scolaire en matière de VIH/SIDA**

#### **1. Principes éducationnels**

Un programme d'éducation continue au VIH/SIDA et d'acquisition des compétences indispensables dans la vie courante doit être mis en œuvre dans toutes les écoles et dans tous les établissements pour tous les élèves, étudiants, éducateurs et autres membres du personnel. Des mesures doivent être également prises dans les auberges de jeunesse.

#### **2. Éducation au VIH/SIDA par groupe d'âge**

Elle doit faire partie du programme pour tous les élèves et les étudiants, comme elle devrait être intégrée au programme éducatif d'acquisition des compétences indispensables dans la vie courante pour les élèves de l'école maternelle, du primaire et du secondaire. Cette éducation devrait comprendre ce qui suit :



2.1 Fournir des informations sur le VIH/SIDA et développer les compétences nécessaires à la prévention dans la vie courante.

2.2 Inculquer des principes de premiers soins, dès l'âge le plus précoce, notamment quant à la manière de traiter les blessures ouvertes grâce aux précautions de sécurité qui s'imposent.

2.3 Insister sur le rôle des drogues, des violences et des abus sexuels ainsi que des maladies sexuellement transmissibles (MST) dans la transmission du VIH, et responsabiliser les élèves, afin qu'ils puissent gérer ces situations.

2.4 Encourager les élèves et les étudiants à recourir aux services de santé, de conseil et de soutien (notamment les services liés à la reproduction ainsi qu'à la prévention et au traitement des maladies sexuellement transmissibles), proposés par les organisations de services communautaires et d'autres institutions.

2.5 Apprendre aux élèves et aux étudiants comment se comporter à l'égard des personnes malades du SIDA, les sensibiliser à la question des préjugés et des stéréotypes liés au VIH/SIDA.

2.6 Favoriser un environnement propice et une culture de non-discrimination pour les personnes malades.

2.7 Fournir des informations sur les mesures qui s'imposent pour prévenir et éviter le VIH/SIDA, notamment via l'abstinence et l'absence de laisser-aller moral en matière de relations sexuelles, l'utilisation de préservatifs, la fidélité envers son partenaire, le traitement médical immédiat des maladies sexuellement transmissibles et de la tuberculose, le refus de tout contact avec le sang et l'application de normes universelles en matière de précautions.

### **3. Éducation et information**

L'éducation et l'information relatives au VIH/SIDA doivent être données d'une manière précise et scientifique, en utilisant un langage et une terminologie compréhensibles.

### **4. École, éducation et parents**

Les parents des élèves et des étudiants doivent être informés de l'éducation dispensée par les écoles et les établissements en matière de VIH/SIDA et d'acquisition des compétences indispensables dans la vie courante, des contenus enseignés et de la méthodologie pratiquée, ainsi que des valeurs qui seront transmises. Ils devraient être invités à participer à des séances d'orientation parentale et devraient être sensibilisés à leur rôle d'éducateurs en matière de sexualité et de transmetteurs de valeurs à la maison.

### **5. Educateurs, élèves et étudiants**

Les éducateurs n'ont pas de relations avec leurs élèves ou leurs étudiants mais, si c'est le cas, ce sujet doit être abordé conformément à la loi de 1998 sur l'emploi des éducateurs (« Employment of Educators' Act »).



## 6. Infection et activité enseignante

Si les élèves, les étudiants ou les éducateurs sont infectés par le VIH, ils devraient être informés qu'ils peuvent continuer à mener une vie normale pendant de nombreuses années, en prenant soin de leur santé.

## 7. Devoirs et responsabilités

Tous les élèves, les étudiants et les éducateurs devraient respecter les droits des autres élèves, étudiants et éducateurs.

Le code de conduite adopté par les élèves dans une école ou par les étudiants dans un établissement devrait comprendre des mesures relatives au caractère inacceptable de certains comportements à risque, susceptibles de transmettre le VIH.

C'est aux parents qu'incombe la responsabilité ultime du comportement d'un élève ou d'un étudiant. Les parents de tous les élèves et étudiants :

- sont supposés exiger des élèves ou des étudiants qu'ils observent toutes les règles destinées à prévenir les comportements à risque, susceptibles de transmettre le VIH ;
- sont encouragés à s'intéresser activement à l'acquisition de toute information ou de toute connaissance sur le VIH/SIDA, fournie par l'école ou par l'établissement, et à assister aux réunions organisées à leur intention par le conseil ou le comité directeur de l'établissement.

Il est recommandé qu'un élève, un étudiant ou un éducateur atteint du VIH/SIDA (et son père ou sa mère, dans le cas d'élèves ou d'étudiants) consulte un médecin pour évaluer si l'élève, l'étudiant ou l'éducateur, en raison de son état ou de sa conduite, présente un risque sanitaire manifeste et médicalement reconnu pour autrui. Si un tel risque est établi, le principal de l'école ou le directeur d'un établissement devrait en être informé. Ce principal ou ce directeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la santé et la sécurité des autres élèves, étudiants, éducateurs ainsi que des autres membres du personnel.

Les éducateurs ont pour devoir particulier de veiller à ce que les droits et la dignité de tous les élèves, étudiants et éducateurs soient respectés et protégés.

*Source : A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care : South Africa's experience, UNESCO, 1998.*

### *Limites et déficiences*

Bien que ces activités aient entraîné des changements importants pour les étudiants, leur impact a mis en évidence les différences qui existent entre les niveaux d'éducation, le contexte sociétal et culturel ainsi que les situations locales — différences qui, dans leur ensemble, se traduisent parfois dans les politiques éducatives nationales.

De plus, les enfants et les jeunes gens qui se trouvent hors du système éducatif formel n'ont pas été efficacement touchés par les autres activités et circuits éducatifs. La situation est même pire pour le grand nombre de jeunes et d'adultes analphabètes, en particulier les filles et les femmes, pour lesquelles il faut utiliser des circuits éducatifs alternatifs.



En outre, les écoles ne travaillent pas toujours en coordination avec les autres parties prenantes de l'éducation, comme les leaders religieux et spirituels, les représentants traditionnels de la culture, les principaux acteurs sociaux et économiques de la société, les familles et les parents et surtout les massmédias, dont le potentiel est loin d'être exploité adéquatement. Enfin, des informations théoriques bien comprises ne se traduisent pas nécessairement par un changement de comportement, comme on le verra ci-dessous.

Les limites et les déficiences de l'action entreprise dans le domaine de l'éducation scolaire et extrascolaire ont été mises en évidence dans le Rapport d'évaluation du FNUAP (1999) :

- *Éducation scolaire* : dans de nombreux cas, on a eu beaucoup de mal à discuter de sexualité en général et des pratiques sexuelles des jeunes gens. On a également rencontré ces difficultés auprès de l'encadrement éducatif (professeurs d'école, administrateurs et même décideurs éducatifs) ainsi qu'auprès des familles, car beaucoup de parents ont désapprouvé le fait de discuter ouvertement de questions sexuelles avec les enfants et les adolescents. De plus, les comportements sûrs préconisés (comme l'abstinence) n'ont pas paru crédibles aux yeux des étudiants plus âgés, alors que les plus jeunes en ont accepté l'idée plus aisément, certes dans la mesure où ils n'étaient pas directement concernés — mais pas nécessairement en guise de règle de conduite durable.
- *Éducation extrascolaire* : le problème le plus sérieux a été représenté par le manque de contact entre les éducateurs et les jeunes non scolarisés, en particulier les filles, et les jeunes gens analphabètes, ce qui rendu extrêmement difficile la mise sur pied d'une éducation par les pairs entre les jeunes gens éduqués et non éduqués dans les différentes tranches d'âge.
- *Populations analphabètes* : les femmes en particulier devraient recevoir des messages éducationnels spécifiques, bien ciblés, dans la mesure où elles sont particulièrement sujettes à un plus grand risque d'infection, du fait de situations où elles ne peuvent pas refuser de relations sexuelles.

### Communication (hors médias)

La communication, dans le sens d'un processus d'information non médiatisé, est un échange d'informations entre, d'un côté, des conseillers en information professionnels et, de l'autre, des représentants clés de la population. Le processus général de communication n'intègre pas cependant des mesures nécessaires à l'échange approprié d'informations sur la prévention, au niveau des jeunes hommes et femmes exposés au VIH. Ces mesures doivent intégrer une approche beaucoup plus « chaleureuse » de la question, caractérisée par une confiance mutuelle, une sympathie et une appréciation totale des références et des ressources culturelles de la population donnée.

A cet égard, le *Rapport d'évaluation du FNUAP, Les résultats de l'IEC (IEC Findings, 1999)*, a mis l'accent sur les déficiences et les besoins non satisfaits suivants :

- Le conseil devrait toujours aller de pair avec le test, non seulement pour sensibiliser les gens au risque, mais aussi pour les informer sur leur infection et pour les aider à faire des plans de vie pour le futur.
- Les conseillers ne font pas assez souvent preuve d'engagement et de capacité d'écoute, car ils consacrent trop peu de temps aux séances individuelles. Ils ne savent pas comment se comporter dans des situations où les personnes infectées ont des réactions négatives. Enfin, ils ne parlent pas aisément des questions sexuelles, en particulier avec les jeunes gens qui ont leur propre manière d'exprimer leurs règles, leurs pratiques et leurs besoins.

Le conseil, qui suppose des recommandations positives sur les attitudes et les pratiques sûres à adopter, notamment l'utilisation de préservatifs, manque souvent de soutien de la part des responsables politiques, des communautés, des parents et des autres « gardiens ». On constate une sérieuse déficience dans la conception des stratégies de communication, qui vise à mettre sur pied une volonté politique et un environnement de soutien sociétal et culturel afin de rendre plus acceptable le conseil à tous les niveaux.

### 3.1.3 – LES LEÇONS A RETENIR DES ACTIVITÉS ACTUELLES D'IEC

Toutes les institutions de coopération reconnaissent le principe du développement participatif, mais il apparaît que la mise en pratique de ce principe prend du temps. La mise en œuvre d'activités participatives serait un atout pour les projets de prévention et de traitement, même si ce principe ne s'est pas encore traduit dans les activités d'IEC.

Les deux raisons majeures qui expliquent la situation actuelle sont les suivantes :

- Les institutions sous-estiment le pouvoir important que la culture exerce sur le développement en général et sur l'information, l'éducation et la communication en particulier.
- Les populations locales ne soutiennent pas réellement les approches institutionnelles des questions liées au VIH/SIDA et leur pensée, comme elles n'intègrent pas les messages d'IEC à leurs modèles de comportement et de pensée.

Les actions institutionnelles actuelles ont besoin d'être réévaluées par rapport aux systèmes des médias, à l'éducation scolaire et extrascolaire ainsi qu'aux processus de communication entre institutions et populations. Ces principaux éléments ont été identifiés à la fois dans le *Rapport d'évaluation de 1999 du FNUAP* et dans le Cadre de communication de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA (2000).

La prédominance de la culture institutionnelle et sa confiance excessive en des méthodes d'éducation et de communication « scientifiques » participent de ce problème. Cependant, la principale faiblesse de l'approche institutionnelle réside dans son manque de compréhension des références et des ressources culturelles, ce qui aboutit à une remodelisation inefficace des stratégies et des méthodes. La plupart d'entre elles se fondent encore sur un ensemble rationnel de théories et de modèles de changement du comportement sexuel.

Étant donné la situation actuelle, il est important de mener des recherches et, par conséquent, de mieux comprendre les références et les ressources culturelles.

## 3.2 - COMPRENDRE LES RÉFÉRENCES ET LES RESSOURCES CULTURELLES

On peut mieux comprendre les références et les ressources culturelles grâce à de grandes approches méthodologiques, telles que l'étude de cas approfondie et les projets pilotes.

### 3.2.1 - L'ÉTUDE DE CAS APPROFONDIE

Une étude approfondie de situations de terrain nécessite de procéder aux tâches suivantes :

- Identifier les ressources ainsi que les références et caractéristiques culturels, notamment les valeurs religieuses, spirituelles, éthiques comme les tabous qui interagissent d'une manière importante dans la prévention ou la propagation du VIH/SIDA, et dans les soins médicaux ou non aux personnes infectées et malades.
- Évaluer le rôle spécifique de ces références et de ces ressources, en s'assurant de l'adéquation et de l'efficacité des actions actuelles de prévention et de traitement.
- Améliorer l'analyse des interactions entre la culture, l'évolution du virus du VIH/SIDA et les politiques et problèmes généraux de développement.
- Identifier les besoins spécifiques des groupes à risque défavorisés et les méthodes requises pour s'attaquer à leurs problèmes via l'approche culturelle.





### 3.2.2 - LE TRAVAIL EXPÉRIMENTAL, LES PROJETS PILOTES ET L'ACTION NOVATRICE

La recherche devra être complétée par une action expérimentale au travers de différents systèmes :

- promouvoir le processus participatif, un soutien et un traitement communautaires pour les malades du SIDA, des initiatives et un réseau à leur intention, une communication et un apprentissage interactifs parmi les malades et entre les personnes infectées et les autres ;
- développer par tous les canaux de l'IEC la sensibilisation, la responsabilisation, le respect mutuel, les liens affectifs et les témoignages de solidarité, moderniser les traditions et les références culturelles, mobiliser les savoirs traditionnels et les ressources spirituelles ;
- mobiliser les savoirs traditionnels, les ressources spirituelles, les attitudes énergiques et la solidarité habituelle à l'égard de l'action préventive, les soins médicaux et les attentions à l'endroit des personnes infectées et des malades, afin d'éliminer petit à petit les pratiques fréquentes de rejet et de stigmatisation.

### 3.2.3 - ÉVALUER LES TENDANCES COMMUNES ET LA DIVERSITÉ SOCIÉTALE ET CULTURELLE

L'élaboration d'un matériel et d'activités d'information, d'éducation et de communication culturellement appropriées n'a pas été suffisamment fondée sur les références et les ressources sociétales et culturelles des différentes populations cibles. Il est par conséquent nécessaire d'évaluer leur efficacité, leur adaptabilité et leur durabilité, eu égard à la préparation et à la mise en œuvre de l'action de prévention et de traitement, afin d'obtenir un changement du comportement.

Dans cette perspective, il est nécessaire d'identifier quelles sont les tendances communes et la diversité sur le plan culturel et sociétal dans une zone géographique donnée.

#### Les tendances communes

Les tendances communes identifiées sont surtout liées à la perception du risque: le contraste entre une large sensibilisation à l'épidémie et une compréhension insuffisante de l'épidémie est un thème récurrent dans le cadre de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. Comme ce dernier ne représente pas seulement un problème médical mais qu'il consiste en un phénomène complexe, socio-économique ainsi que sociétal et culturel, les conditions socio-économiques ont un impact considérable sur les références et les ressources sociétales et culturelles et, par conséquent, sur le VIH/SIDA.

L'impact de la maladie est complexe. Le SIDA a un impact dans le domaine économique et social, au niveau des systèmes culturels et sociétaux. Les analyses les plus récentes ont vu dans le VIH/SIDA une crise mondiale de déstabilisation, qui a une incidence sur les modèles familiaux, sur les cultures rurales traditionnelles, sur la condition des jeunes et des femmes, surtout à la faveur de l'explosion urbaine mondiale.

#### La diversité sociétale et culturelle

Étant donné la diversité des situations rencontrés sur le terrain, les actions de prévention et de traitement actuelles ont été relativement inefficaces. Il est possible d'identifier de grandes zones sociétales et culturelles régionales ayant des problèmes spécifiques. D'autres aspects majeurs de la diversité culturelle sont liés aux traditions, aux croyances religieuses, à la représentation de la santé et de la maladie, de la vie et de la mort, aux normes et aux pratiques sexuelles.

Les groupes culturellement fragiles et à risque sont généralement les pauvres, les femmes, les enfants et les jeunes gens. Des groupes spécifiquement à risque et plus petits englobent les jeunes exposés à la sous-





culture de la rue, les professions mobiles, les travailleurs sexuels et les homosexuels<sup>3</sup>. Les systèmes culturellement spécifiques touchés par l'épidémie englobent les familles, les relations hommes-femmes et les liens communautaires rompus par la migration.

### 3.3 - LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA SENSIBILISATION ET À LA MOBILISATION PAR L'ÉDUCATION

La question la plus importante en matière de changement de comportement est l'**identification et la mobilisation des motivations** d'un groupe donné. Suivant les observations de spécialistes médicaux et d'IEC de haut niveau, le contenu actuel des messages n'est pas diffusé et appliqué de manière appropriée. Ces messages sont destinés à donner aux gens une compréhension claire des origines et des symptômes de l'infection. Malheureusement, même si ces messages peuvent être appris et « mémorisés » d'un point de vue intellectuel, cela n'est ni adapté au groupe cible donné, ni assimilé par lui, au niveau de ses habitudes et de son comportement de tous les jours. Par conséquent, **la compréhension du message n'entraîne pas la conviction intime**, qui pousserait les gens à modifier leurs pratiques sexuelles et non sexuelles à l'égard du VIH/SIDA. Par conséquent, les références et les ressources culturelles jouent un rôle plus important dans le développement des perceptions et des attitudes pour les communautés, les groupes et les individus que l'approche médicale, éducationnelle et institutionnelle.

#### 3.3.1 - LA MOBILISATION DES MASSES : DU DEVOIR AU CONSENSUS

Il faut d'abord faire une distinction claire et fondamentale entre, d'une part, l'action et la réaction institutionnelles et, d'autre part, la réponse de la société.

- **Les réseaux et les agents institutionnels**, à travers leur culture professionnelle, jouent un certain rôle dans l'interprétation des directives des décideurs. Dans cette mesure, les échelons institutionnels et leur personnel sont utilisés pour mettre en œuvre des directives qui viennent d'en haut et qu'ils comprennent et intègrent grâce à leur formation, leur expérience et leur culture institutionnelle. Les politiques et les projets de prévention et de traitement du VIH/SIDA ne font pas exception à cette règle. Aussi faut-il faire un effort fondamental de « repensée » pour passer de la mise en œuvre de plans et de directives venant d'en haut à l'adaptation des méthodes de travail aux cultures et aux habitudes de vie des gens. Des méthodes et des programmes novateurs de sensibilisation et de formation doivent être mis sur pied pour des professionnels qui travaillent dans des agences et dans des institutions spécialisées.
- Comme l'ont démontré les nombreux exemples donnés dans les évaluations par pays, une **société civile** a recours à ses propres références et ressources culturelles, avant de modeler sa réponse sur le défi et la pression institutionnelle visant à modifier les comportements. Aussi la réponse sera-t-elle bâtie sur la base d'un consensus, d'une acceptation, d'une conviction et de motivations à la fois partagées par le groupe et les personnes. Plus précisément, ses références et ses ressources culturelles (c'est-à-dire ses savoirs et ses perceptions, ses traditions, ses croyances et ses normes en matière de comportement) serviront de fondement à de nouvelles pratiques culturelles, qui répondront aux contraintes et à l'évolution de l'environnement socio-économique.

Par conséquent, les groupes de projets fondés sur la communauté devront être bâtis sur une base pleinement participative, avec les leaders locaux clés, les informateurs et les familles, y compris les séropositifs et même les malades. Les gens ne se mobiliseront que si on les atteint là où ils sont et sur un pied d'égalité.

3. Pour une analyse plus détaillée des tendances communes et des diversités, voir notre publication *Summary of country assessments*, UNESCO, 2000.



### 3.3.2 - LES PARTENARIATS DE L'IEC

Les partenariats de l'IEC devront être choisis en fonction des connaissances, des systèmes de valeurs et de la réceptivité culturelle des gens. L'IEC ne pourront être efficaces que si elles garantissent un système d'information à double sens, qui intègre les valeurs, les connaissances et les informations aux données médicales modernes et au système d'explication. Ces éléments doivent être formulés et véhiculés en utilisant un langage et un fonds sémantique appropriés au groupe en question.

- a) En matière de mobilisation, le rôle des **communautés**, des **mouvements sociaux** (de femmes, de jeunes, des associations sportives, etc.) et des **syndicats** de toutes sortes sera essentiel. Ils véhiculent leurs propres systèmes de valeurs et ils évalueront les activités de prévention et de traitement du VIH/SIDA en fonction de leurs mandats et de leurs devoirs spirituels, éthiques et pratiques.
- b) Les **leaders culturels traditionnels**, plus particulièrement les **guérisseurs traditionnels** peuvent également être consultés pour établir une coopération entre eux-mêmes et le système médical et éducatif de type moderne. Il est indispensable de considérer leur rôle en matière de prévention et de traitement, car beaucoup de gens les consultent lorsqu'ils ont peur d'être infectés ou d'être séropositifs, non seulement comme des experts médicaux, mais aussi comme des conseillers sociaux et psychologiques. Ils jouent un rôle reconnu en Afrique du Sud et au Zimbabwe, ainsi que dans d'autres sociétés.
- c) Les **individus** qui préconisent l'abstinence, la monogamie et l'utilisation du préservatif soulèvent des questions complexes sur le plan pratique et moral. Ils ne seront acceptés que si les principes, la culture sexuelle et les conditions de vie réelles des gens peuvent correspondre à de telles pratiques. La même difficulté apparaît dans la transmission de l'infection et de la maladie à un ou à des partenaires sexuels. Dans ce cas, le fait de l'annoncer signifie une rupture des tabous, des modèles et une perte de « prestige ». De plus, dans ce domaine, les règles familiales traditionnelles peuvent imposer le silence, surtout aux femmes et aux filles.
- d) Les **groupes à risque** ou ceux qui sont en danger sur le plan culturel et social sont sensibles à des facteurs socio-économiques, d'éducation et culturels qui interagissent gravement avec les questions d'ordre médical et sanitaire. Ces groupes sont exposés à différents types de difficultés à la fois, qui se soldent toutes par d'importants effets déstabilisants et discriminants : chômage massif, précarité du logement ou son absence, détresse économique et déficit de formation.
- e) Chacun de ces facteurs est aggravé par une **déstabilisation sociétale et culturelle générale**. Celle-ci pourrait s'expliquer par la migration, le déclin des campagnes, l'instabilité dans certains pays et certaines régions, la prédominance de stratégies économiques à court terme dans les activités de production, l'urbanisation galopante, par contraste avec le rythme beaucoup plus lent dont les cultures et les sociétés ont besoin pour construire de nouvelles configurations pour réagir au changement.
- f) Dans ce contexte, des pratiques à risque, le rejet du préservatif, la toxicomanie, le trafic de drogues, l'alcoolisme, toutes les formes de violence y compris sexuelle, la prostitution et le proxénétisme constituent tous les aspects des sous-cultures émergentes, qui sont liés à de simples problèmes de survie dans un monde où règnent la loi du plus fort et l'intérêt matériel. Ils peuvent sérieusement entraver la prévention et le traitement du VIH/SIDA et on doit du même coup s'attaquer à eux, afin d'obtenir des résultats probants dans la lutte contre l'épidémie.

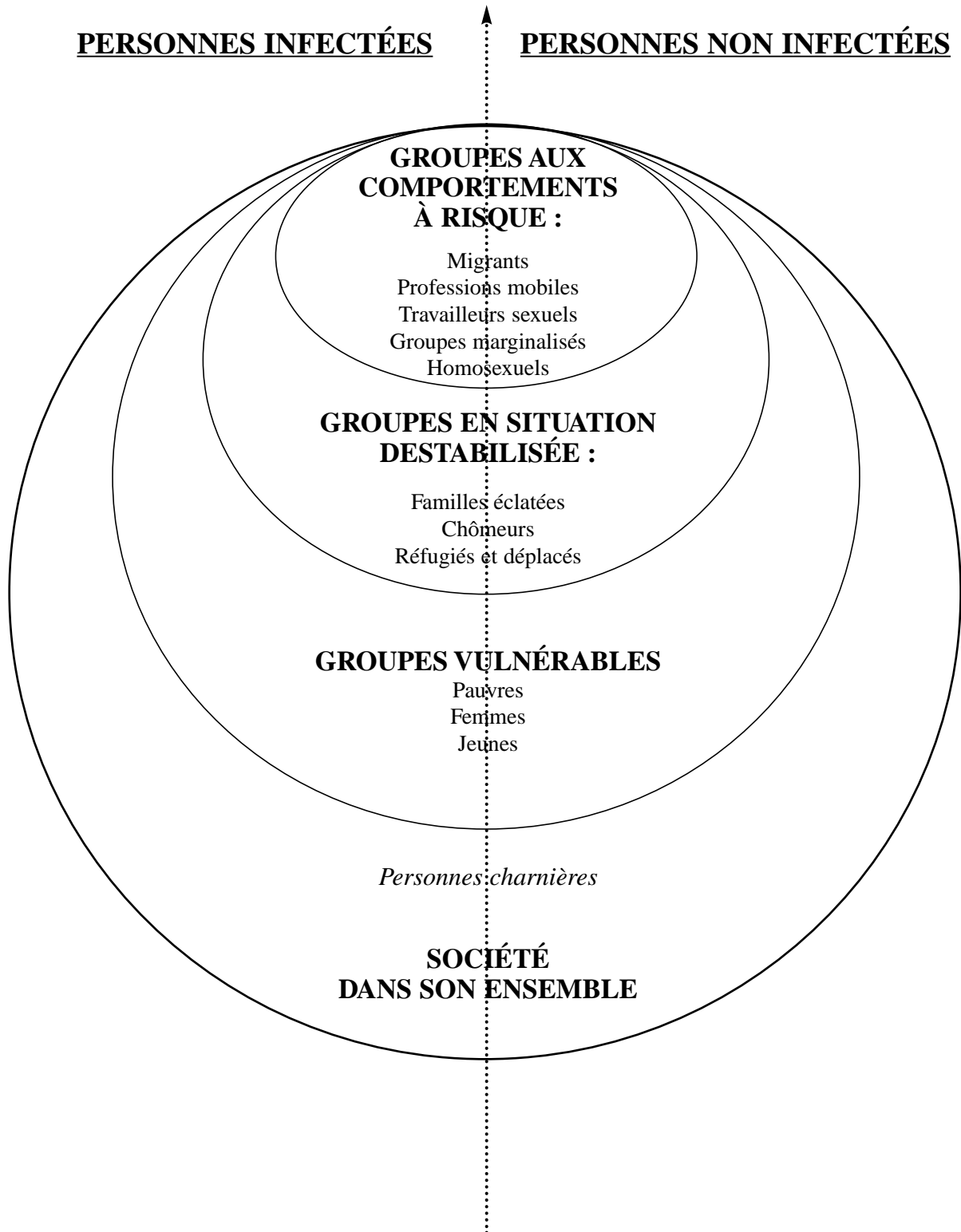


### 3.3.3 - MESSAGES ET PROCESSUS APPROPRIÉS

C'est dans ce contexte que les **grandes lignes des messages et des processus de l'IEC culturellement appropriés** (dont l'utilisation de langues et de modes d'expression locaux) doivent être définies et qualifiées, afin de concevoir et de mettre en œuvre les stratégies suivantes :

- Engager une mobilisation de masse dans les établissements, la société, les familles et auprès des gens.
- Sensibiliser le public à un changement de comportement.
- Développer des relations de proximité entre le système de prévention et de traitement et les populations.
- Coopérer avec la société civile, les communautés religieuses et les leaders traditionnels.
- Mettre sur pied des projets de prévention et de traitement axés sur la communauté.
- Élaborer ou adapter des systèmes de formation pour les planificateurs, les fonctionnaires, les médias, les éducateurs scolaires et non scolaires, les travailleurs sociaux et le personnel médical.
- Soutenir une nouvelle créativité liée au VIH/SIDA (matériel créatif d'information et de prévention, initiatives littéraires et artistiques) et être en meilleure corrélation avec le sport.
- S'attacher tout particulièrement aux groupes en danger.
- Mener davantage d'études approfondies dans les « zones grises ».

#### 4 - L'IDENTIFICATION DU PUBLIC DE L'IEC (GROUPES VULNÉRABLES ET À RISQUE)



## 4.1 - LES GENS, LA VULNÉRABILITÉ ET LE RISQUE

De l'infection initiale au développement de la maladie, le VIH/SIDA a des conséquences dramatiques sur l'environnement socio-économique, sociétal et culturel des personnes infectées et de leur famille proche ou de leur partenaire sexuel ou affectif. Par exemple, la perte de l'emploi ; le rejet par l'autre, conjoint(e) ou partenaire, par la famille et la communauté ; la rupture des relations interpersonnelles en raison d'un sentiment de culpabilité et de honte ; le tabou, la stigmatisation sociale et la peur vis-à-vis de son entourage.

### 4.1.1 - L'IMPACT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DE L'INFECTION

Pour l'ensemble de la population, l'infection correspondra au recours à des systèmes de traitement gratuits ou à une médication moins coûteuse, ainsi qu'à l'accessibilité physique et culturelle à des centres de médecine ou à des spécialistes. Cela se soldera fréquemment par le chômage des personnes infectées, et elles ne pourront plus subvenir aux besoins de leur famille, de leur village ou de leur tribu, en particulier dans les zones de pauvreté et dans les pays d'émigration. C'est souvent le cas en Afrique australe et pour les pays frontaliers de la Thaïlande.

Le cas des enfants orphelins témoigne de l'interaction entre la maladie et ses dimensions socio-économiques. Si les parents meurent du SIDA, les orphelins sont souvent pris en charge par la famille (c'est-à-dire par les grands-parents), dans les limites de leurs ressources. Autrement, les veuves et leurs enfants peuvent se voir chassés de chez eux et/ou abandonnés dans la rue. Dans ces circonstances, les enfants sont davantage susceptibles de connaître des situations à haut risque (malnutrition, gangs, prostitution précoce, etc.). L'assistance aux orphelins manque cruellement, en particulier dans les pays africains où la mortalité liée au SIDA est la plus élevée du monde.

### 4.1.2 - L'IMPACT SOCIÉTAL ET CULTUREL DU VIH/SIDA

Beaucoup de personnes infectées continuent d'ignorer qu'elles sont séropositives, parce que les systèmes de test sont loin d'être disponibles partout. Lorsqu'elles sont dépistées, les effets sociétaux et culturels, à court et à long terme, sont en général désastreux pour elles comme pour leur famille (ou groupe). Le rejet des personnes infectées et des malades par le monde du travail et la société se solde fréquemment par une crise grave : destruction des liens personnels et communautaires ainsi que détresse morale, culturelle et économique.

Voilà pourquoi les personnes infectées n'informent souvent pas celui ou celle avec qui elles ont des relations sexuelles ou affectives habituelles. Dans les autres cas, les personnes ne se soucient pas de l'infection du VIH/SIDA, à cause de considérations plus contraignantes liées à leur condition socio-économique « défavorisée ». Au contraire, les personnes qui bénéficient d'une position sociale et économique supérieure (c'est-à-dire les « sugar-daddies », ceux qui jouissent de quelque autorité dans le monde des affaires, la vie publique ou le secteur éducationnel et qui entretiennent des jeunes filles contre des relations sexuelles) s'estiment « immunisés » contre la maladie, en raison de leur condition socio-économique.

Beaucoup ont des professions nécessitant de fréquents déplacements et n'assument pas leur responsabilité envers une partenaire sexuelle occasionnelle. On compte parmi ces professions les camionneurs, les colporteurs, les marins, les soldats, les mercenaires, les vendeurs ambulants, les fonctionnaires, les travailleurs temporaires dans les mines, la pêche industrielle, l'agriculture ou le bâtiment. C'est pourquoi des secteurs de haute concentration de l'épidémie et de la prostitution correspondent aux zones d'activité de ces professions, en particulier le long des frontières nationales.

Dans les situations les plus extrêmes, la maladie peut résulter d'une « vengeance », lorsque la personne infectée contaminera exprès de nouveaux partenaires sexuels, pour se venger ou pour réagir contre une prétendue malédiction. Parmi les groupes urbains marginalisés de jeunes gens, on rencontre une autre attitude

qui consiste à participer délibérément à des activités à haut risque. Bien que conscients du risque, ces jeunes y voient un défi à relever tout comme le ferait un joueur.

Enfin, dans des zones où les risques épidémiologiques sont élevés et multiples (malaria, typhus, choléra, maladie du sommeil, tuberculose, MST en général) et les dangers souvent mortels (zones de guerre, secteurs minés), les gens ne ressentent pas le même besoin urgent de mener une campagne contre telle ou telle maladie ou bien tel ou tel danger mortel plutôt qu'un autre ou qu'une autre.

L'obstacle le plus sérieux à la prévention est cependant le **choc culturel** éprouvé par les générations les plus jeunes, à la faveur de leur brutale immersion dans le monde moderne et urbain, où viennent converger de nouveaux migrants, étrangers ou non, issus des zones rurales et tribales ou semi-tribales (par exemple de la région du Haut-Mékong en Asie du Sud-Est). Ils doivent à la fois faire face à un monde où se mêlent l'intérêt matériel, l'égoïsme et l'individualisme, une compétition professionnelle sans merci, un chômage de masse, des conditions de logement précaires ou inexistantes, autrement dit la « lutte pour la vie » de tous les jours.

Un exemple particulièrement dramatique de cette situation nous est donné par celle des jeunes filles issues des zones frontalières de la Thaïlande, sans autres références éducationnelles et culturelles que celles de leurs communautés d'origine, et mises sur le marché de la prostitution industrialisée par des professionnels du commerce sexuel.

Le même choc culturel et humain a lieu par exemple en République dominicaine avec des jeunes garçons et des jeunes filles qui, loin de se présenter comme des adultes sur le plan intellectuel, moral et même physiologique, sont contraints à la prostitution pour de simples raisons de survie économique, à cause d'une éducation très insuffisante, d'un chômage de masse et de l'industrie prospère du tourisme sexuel. Dans de telles situations, être contaminé se traduit par un désastre économique, social et culturel, souvent renforcé par la toxicomanie liée à la dépression mentale, à l'abandon culturel et à la perte des références vitales.

## 4.2 - LES GRANDS GROUPES VULNÉRABLES

### 4.2.1 - LES PAUVRES

Une condition socio-économique inférieure expose davantage un groupe à de nombreuses maladies, notamment le VIH/SIDA. Les gens en mauvaise santé se sont constamment avérés développer plus souvent un SIDA, peu après avoir été contaminés par le VIH. Dans les pays aux faibles ressources, différents rapports et études ont traité de la condition socio-économique et d'autres facteurs liés au VIH/SIDA. En Thaïlande, par exemple, les femmes bénéficiant de plus d'éducation et d'un revenu ménager plus élevé font preuve d'une meilleure compréhension du VIH/SIDA que les femmes moins éduquées et au revenu plus faible. Il est à nouveau prouvé que la politique du 100 % préservatif à laquelle les travailleurs sexuels ont adhéré est de plus en plus difficile à tenir, en raison du ralentissement économique en Thaïlande.

Les connaissances en matière de VIH/SIDA se sont révélées être presque inexistantes parmi les personnes interrogées dans les bidonvilles urbains en Inde, notamment parmi les femmes. Une autre étude en Inde a montré que l'analphabétisme lié à la pauvreté créait un fossé quant aux connaissances sur le VIH/SIDA. La faible condition socio-économique des femmes urbaines en Argentine a témoigné de leur vulnérabilité particulière au SIDA, en raison de leur classe sociale et de leur sexe.

*Source*: UNAIDS Communication Framework on HIV/AIDS.



#### 4.2.2 - LES FEMMES ET LES FILLES

La conséquence la plus grave de cette crise est son impact sur les femmes et les jeunes filles. Des niveaux élevés d'analphabétisme, le manque de formation et l'instabilité du logement constituent l'ensemble des facteurs qui augmente la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles aux situations à haut risque (comme l'abus sexuel des jeunes filles, quelquefois incestueux). Ces conditions peuvent aboutir à de graves problèmes socio-économiques, tels que le sous-emploi ou un emploi sous-payé (particulièrement pour les gens de maison), le travail des enfants, le développement de grossesses parmi les jeunes femmes mariées (ou non mariées) ou encore la prostitution forcée. Il arrive que des filles et, dans certains pays, des garçons et des jeunes hommes soient contraints à la prostitution à un âge précoce. Les possibilités de trouver des emplois stables et bien payés sont très rares pour les femmes dans de nombreux pays.

Aussi, étant donné les modèles familiaux et sexuels qui sont actuellement en faveur dans la plupart des régions, l'analphabétisme et le manque d'éducation se soldent-ils par la dépendance économique des femmes, excepté parmi les classes moyennes émergentes des villes, où le modèle de la famille nucléaire est une valeur. Dans la plupart des cas, les femmes ayant des enfants dépendent des hommes pour leur survie économique — situation qu'aggrave tout particulièrement le départ des hommes pour les grandes villes et pour l'étranger, en quête d'un travail. Outre des relations sexuelles et des grossesses non désirées, l'allaitement demeure une habitude prédominante, profondément enracinée dans la relation entre la mère et l'enfant, symbole de don de la vie et de fertilité. C'est encore une croyance immémoriale dans les cultures traditionnelles, mais aussi une nécessité lorsqu'on ne peut pas se procurer de lait hygiéniquement sûr pour les bébés. La contamination de la mère à l'enfant est fréquente dans nombre de ces situations.

#### 4.2.3 - LES JEUNES GENS

Étant donné la situation démographique dans la plupart des pays en voie de développement, les jeunes gens y sont majoritaires. Une éducation incomplète ou inexistante et un chômage très prolongé peuvent conduire à une totale absence de perspective pour la construction d'un meilleur avenir.

A cause de cette éducation incomplète, inadaptée ou inexistante, la plupart des jeunes n'ont pas de qualifications, sinon médiocres, lorsqu'ils entrent sur le marché du travail. Le chômage sera la règle. La situation des adolescents et des enfants (avec ou sans parents) empirera avec la précarité et l'indigence de leur logement.

Les jeunes gens continuent pourtant à migrer de plus en plus massivement vers les villes. **La ville est un lieu mythique** où beaucoup espèrent pouvoir vivre, grâce à un travail régulier ou à des activités dans le secteur non structuré, même s'ils gagnent le strict minimum. D'où une extrême pauvreté et l'émergence de sous-cultures, parfois sous la forme de contre-cultures.

Beaucoup de jeunes gens, qui ne trouvent pas de travail dans le secteur non structuré, se tourneront vers les activités illégales dont on a parlé plus haut. Même ceux qui peuvent trouver un travail vivent souvent dans de sordides taudis ou dans des foyers, loin de leur famille. Très exposés à la culture « sauvage » de la ville, ainsi qu'au mode de vie moderne axé sur le profit, ces jeunes gens sont confrontés à une compétition impitoyable, où **le fait de faire de l'argent paraît à la fois facile et inaccessible**.

Dans de telles conditions, ces jeunes gens se sentiront marginalisés, n'ayant comme seule préoccupation que leur survie au jour le jour. Certains formeront de petits groupes, où le comportement à risque fera dès lors partie de leur situation générale. La toxicomanie et le recours presque inévitable à la prostitution les exposeront tout particulièrement à la contamination par le VIH/SIDA.





### 4.3 - LES GROUPES CULTURELLEMENT DÉSTABILISÉS

En général, la segmentation des groupes spécifiques à risque devrait intégralement tenir compte de leur situation dans le contexte du développement général : pauvreté, insécurité, manquement aux droits de l'homme et autres maux. A cet égard, les pauvres, les femmes, les réfugiés et les minorités sont les plus exposés aux risques. Il est cependant possible de définir des publics cibles plus spécifiques.

#### 4.3.1 - LES MIGRANTS : LA PERTE DE L'IDENTITÉ CULTURELLE

Un facteur important de la propagation de l'épidémie est le mouvement des populations (c'est-à-dire la migration domestique ou à l'étranger ; des activités professionnelles impliquant une grande mobilité). Les réfugiés, les travailleurs migrants et, dans certains cas, les communautés tribales nomades et semi-nomades contribuent à la dissémination du virus et rendent difficiles le dépistage et le traitement des populations éventuellement contaminées. La migration aura également un impact culturel sur ces communautés, familles, femmes et enfants laissés derrière au village.

Dans les secteurs industriel et minier, les travailleurs migrants, qui peuvent représenter la majorité de la main-d'œuvre, risquent tout particulièrement de perdre leur identité sociétale et culturelle et sont par conséquent plus exposés au virus. Ils peuvent être aisément poussés, d'une manière ou d'une autre, à trouver le soir certaines sources de compensation ou de détente.

De plus, la plupart d'entre eux vivent dans des **foyers ou des centres d'accueil collectif**, loin de leur partenaire sexuelle régulière ou de leur femme. Aussi se tournent-ils vers les prostituées, les rencontres sexuelles occasionnelles ou le partage des femmes. Ces pratiques sont souvent liées à la toxicomanie et à l'alcoolisme, notamment parmi les jeunes.

Des réseaux de solidarité peuvent cependant subsister dans le monde urbain. Des gens appartenant à la même communauté vivront peut-être dans le même secteur et mettront sur pied des systèmes d'entraide, des groupes de défense d'intérêts communs et, dans certains cas, des groupes semi-criminels. La mise en place de ces réseaux a souvent lieu parmi les groupes les plus pauvres, où l'identité culturelle reste l'un des rares atouts d'individus par ailleurs dépossédés.

#### 4.3.2 - LES FAMILLES DÉSINTÉGRÉES

L'un des facteurs les plus importants de déstabilisation est la crise du modèle familial, en particulier dans des sociétés où il représente la pierre angulaire de tout le système économique, sociétal et culturel (comme en Afrique, en Asie, dans les Caraïbes et en Amérique latine).

Le système de la famille élargie peut être ressenti comme une **responsabilité écrasante**. Par exemple, une femme ou une fille peut se retrouver subvenir aux besoins d'un nombre plus ou moins grand de chômeurs dans sa famille. En même temps, le modèle de la famille élargie peut jouer à la manière d'un **système de solidarité**, comme dans le cas de difficultés économiques ou de santé, inspirant par leur nature un soutien affectif, des conseils et de la compassion.

Aussi la révolution urbaine comme le modèle rigide de la famille nucléaire (des parents avec deux enfants) ont-ils eu un impact important sur la société et donc sur le VIH/SIDA, aggravant la situation des gens contaminés et des malades ainsi que leurs épouses et leurs enfants. En outre, il se peut que la solidarité familiale ait été entamée par la séparation des parents, due à des raisons économiques ou à la surcharge des structures familiales de pouvoir.



Des conditions de vie misérables et de nutrition insuffisante constituent autant d'entraves aux messages de prévention contre le VIH/SIDA, sans parler de l'inefficacité des infrastructures sanitaires. Ces difficultés augmentent bien entendu le risque d'attraper des maladies, notamment des MST et le VIH/SIDA. L'infection conduit alors à l'incapacité professionnelle et par conséquent à la pauvreté, nouvel ébranlement de la stabilité de la vie familiale.

#### 4.3.3 - LES NOUVELLES POPULATIONS ET SOUS-CULTURES URBAINES : VIOLENCE, TOXICOMANIE ET IRRESPONSABILITÉ SEXUELLE

Si la polygamie est traditionnellement de règle dans certaines sociétés, des relations sexuelles avec des partenaires multiples sont de plus en plus fréquentes dans la société urbaine. A cet égard, on peut éventuellement observer certaines différences entre hommes et femmes.

Les raisons pour lesquelles les hommes sont enclins à une **sexualité à partenaires multiples** sont complexes : entre autres facteurs, signalons la séparation d'avec leur famille, leur mobilité professionnelle et leur culture de groupe masculine. On a constaté dans beaucoup de sociétés un sentiment profondément enraciné de supériorité, qui s'exprime par la « conquête » sexuelle de nombreuses filles ou femmes, voire en peu de temps. De plus, en l'absence d'autres centres d'intérêt ou d'autres activités de loisir, l'activité sexuelle représentera le passe-temps le plus évident des jeunes hommes, pour lesquels les conquêtes sexuelles multiples sont un important facteur de prestige.

La nouvelle classe moyenne des villes a également vu un nombre croissant de femmes et de filles jouer un rôle social plus actif par rapport aux garçons et aux hommes, en particulier dans le cadre de la culture « disco », comme on l'a observé en Afrique du Sud.

Dans beaucoup de mégapoles et de villes du monde à la croissance galopante, en particulier dans les bidonvilles et les baraquements qu'on trouve fréquemment dans les pays en voie de développement, **le crime et la violence** jouent un rôle de plus en plus important depuis les années 70. En même temps, l'essor effréné des villes et la situation économiquement désastreuse de la plupart des nouveaux immigrants se sont soldés par un chômage massif et par de nouvelles formes d'activité criminelle (comme le trafic de drogues, le vol et le trafic d'armes).

L'incidence du **trafic de drogues**, de la **toxicomanie** (cannabis, cocaïne, amphétamines et autres drogues chimiques) et de l'alcoolisme s'accroît également, principalement parmi les jeunes. Certains ont tendance à être à la fois des consommateurs et des pourvoyeurs de différents produits types de « fuite de la vie quotidienne ». Des masses de jeunes sans emploi ou insuffisamment éduqués se tournent alors vers des activités particulièrement illégales, pour se faire de l'argent le plus rapidement possible. C'est en particulier les cas dans les zones populaires où les services de sécurité sont souvent absents ou passifs.

Toutes ces manifestations de violence et cet essor de la criminalité (vols à main armée, viols, meurtres, etc.) peuvent être considérés dans une certaine mesure comme des **indicateurs de désespoir**. Ils résultent de la persistante exploitation sociale, économique et culturelle des pauvres par de puissantes minorités locales ou étrangères, et de l'échec des systèmes éducationnels.

Un autre aspect important de la sous-culture urbaine est l'attitude de plus en plus agressive et xénophobe de certains groupes culturels, même après de longues périodes de cohabitation, comme dans le cas des immigrants récents.



## 4.4 - LES GROUPES SPÉCIFIQUES À RISQUE

### 4.4.1 - LES PROFESSIONS MOBILES

La **mobilité professionnelle** est donc un facteur important de dissémination du virus. Certaines professions sont particulièrement exposées au risque d'attraper et de transmettre la maladie (comme les camionneurs parcourant de longues distances, les travaux saisonniers employés sur des plantations ou dans de grandes fermes pour la moisson, la récolte des fruits ou des légumes ou encore les vendanges). Au nombre d'autres professions susceptibles de jouer un rôle dans la transmission du VIH, on compte les colporteurs et les marchands itinérants, les troupes de soldats et les mercenaires ainsi que les étudiants démunis vivant loin de chez eux (par exemple en Thaïlande et en Ouganda).

### 4.4.2 - LES TRAVAILLEURS SEXUELS

Les travailleurs sexuels représentent un groupe à la fois à haut risque et en danger sur le plan socioculturel. Les personnes s'adonnant à la prostitution, surtout les femmes (la prostitution masculine et infantile caractérisant aussi certains pays), sont donc plus exposées à l'infection, tout en se voyant en même temps confrontées à la difficulté d'accéder à un traitement médical approprié.

Pour les filles et les femmes, l'entrée dans la prostitution résulte souvent du fait d'avoir été abandonnées par un mari ou un partenaire habituel ou bien par ses parents ou une mère célibataire. En République dominicaine, la prostitution infantile est la conséquence logique de familles pauvres migrant vers les grands centres urbains. Le chômage structurel qui en découle, l'extrême pauvreté et le manque d'éducation de base sont autant d'obstacles aux besoins vitaux fondamentaux. Certains se trouvent même dans la nécessité de se tourner vers la prostitution pour financer leurs études ou leur formation universitaire.

De plus, en raison de la stigmatisation sociétale et culturelle liée à la prostitution, en particulier homosexuelle, **les travailleurs sexuels ne peuvent pas refuser des pratiques sexuelles non sûres** et souvent, en cas de contamination, **ils ne peuvent pas s'identifier à leur client**. Les jeunes filles contraintes à des pratiques sexuelles précoces sont également exposées, surtout parce que des hommes plus âgés ou des « connaisseurs » tiennent tout particulièrement à avoir des relations sexuelles avec des vierges. Certaines jeunes prostituées peuvent même avoir été soumises à des relations sexuelles au sein de leur famille ou violées par des hommes contaminés à des fins de « nettoyage » sexuel. En outre, au sein des populations les plus pauvres, les femmes peuvent recourir à la prostitution occasionnelle comme un moyen de payer sa nourriture ou ses transports.

D'autres types de prostituées sont « jetées » dans la **prostitution des bordels**, sans aucune expérience préalable de la vie, loin de leur village ou de leur tribu, contre des sommes d'argent versées à leur famille ou à des proxénètes locaux, et ce uniquement parce que l'industrie du sexe veut de la « chair fraîche ».

Un sentiment de solidarité contre le VIH/SIDA émerge néanmoins dans l'industrie du sexe de certains pays (par exemple dans les Caraïbes et en Amérique latine). Les prostitué(e)s, notamment les travestis, luttent pour mettre sur pied **des groupes et des associations** destinés à développer des contacts avec les autorités publiques, notamment le système de santé publique, et à s'assurer l'accès aux infrastructures de protection et de traitement. On préconise souvent l'utilisation du préservatif parmi les travailleurs sexuels et leurs clients. Malheureusement, une majoration du paiement pour des relations sexuelles non protégées ne permet pas aux prostitué(e)s de refuser ces pratiques dangereuses.



#### 4.4.3 - L'HOMOSEXUALITÉ ET L'ACCEPTABILITÉ SOCIÉTALE ET CULTURELLE

Si les communautés et les pratiques lesbiennes ne semblent pas faire l'objet de beaucoup de discussions par rapport au VIH/SIDA, les discussions sur l'homosexualité masculine provoquent de vives réactions, non seulement quant aux aspects médicaux de l'épidémie, mais surtout à cause des questions d'acceptabilité sociétale et culturelle.

La raison principale en est historique. Les premiers cas de SIDA ont été identifiés parmi les communautés gay d'Amérique du Nord et dans certains pays d'Europe occidentale. Aussi la peur de la maladie s'est-elle développée à la faveur d'attitudes sociétales et culturelles négatives, liées aux relations homosexuelles et résultant des principes moraux portant sur le rôle des relations entre hommes et femmes dans la société. Les sociétés patriarcales et chrétiennes, en particulier, envisagent ces relations hommes-femmes sous l'angle de la reproduction de l'espèce et de la continuité entre les générations.

Dans le monde moderne, l'homosexualité masculine s'est développée comme un mode de vie protégé, reconnu et accepté légalement. Cette évolution, qui a commencé dans les pays occidentaux, s'étend actuellement à certains pays en voie de développement, malgré l'image sociétale et culturelle négative de l'homosexualité (par exemple en Jamaïque, en Thaïlande et dans certains pays d'Amérique latine).

Pour lutter contre l'épidémie du VIH/SIDA, **des mouvements collectifs, des associations et des groupes de pression** demandent aujourd'hui reconnaissance et assistance aux systèmes de santé, aux mouvements et aux projets de solidarité, notamment sur le plan de l'éducation préventive, du traitement social et médical ainsi qu'en matière de soutien aux malades. Dans un certain nombre de pays occidentaux, les communautés homosexuelles ont mis sur pied des systèmes médicaux, sociaux et de soutien psychologique très actifs et très efficaces.

#### 4.5 - L'INTERFACE AVEC L'ENSEMBLE DE LA SOCIÉTÉ

Lorsqu'on aborde la prévention et la propagation du VIH/SIDA, on ne doit pas seulement parler des groupes à risque, mais il conviendrait d'insister sur les **comportements responsables ou irresponsables** en matière de prévention et de traitement. C'est souvent plus important que de montrer du doigt des minorités ou des groupes sociaux, sociétaux et culturels spécifiques, censés être les seuls responsables de la propagation de l'épidémie.

En réalité, l'épidémie se propage parmi les gens, sans se soucier de leur appartenance à un « groupe à risque » spécifique. Comme l'a souligné une récente publication de l'ONUSIDA, *Looking deeper into the HIV Epidemic* (1998), si les gens se mêlent à des **groupes relativement fermés** (les groupes dits à risque), le VIH peut se propager plus rapidement parmi eux, mais n'aura qu'un impact limité sur la population dans son ensemble. Cependant, s'il y a un mélange plus large entre les membres de ces groupes et les catégories supposées sans risque de la population dans son ensemble (c'est-à-dire conjoints et partenaires réguliers), la maladie peut décoller lentement, mais elle pénétrera dans beaucoup plus de secteurs de la société. De plus, les membres des groupes dits à risque peuvent en réalité être séronégatifs et conscients du risque, alors que les membres contaminés de la société dans son ensemble agiront d'une manière irresponsable et contamineront leur partenaire ou compagne habituels. Des **populations charnières** qui constituent un lien entre des groupes qui seraient autrement sans rapport peuvent s'avérer particulièrement importantes pour la dynamique de l'épidémie, en mettant en relation des populations à faible risque avec des populations à haut risque, via leurs pratiques réelles.

## 4.6 - CONCLUSIONS

- a) Il existe une conscience mondiale du danger, mais elle ne conduit pas suffisamment les gens à adopter des changements importants dans leur comportement sexuel et non sexuel en matière de prévention et de traitement. Cela est dû à des facteurs d'ordre non médical ou sanitaire, qu'il convient de mieux comprendre et de mieux intégrer dans les nouvelles stratégies. De plus, certaines méthodes d'information ne sont souvent pas adaptées à la capacité de compréhension d'une population donnée.
- b) Le VIH/SIDA est en permanente interaction avec les cultures des gens et l'ensemble du développement socio-économique.
- c) Ces interactions, comme n'importe quel processus à double sens, entraînent des situations et suscitent des obstacles qui empêchent l'action médicale et d'information d'être tout à fait efficace. On peut résumer ces éléments comme suit:
  - Les questions de développement économique et social exercent une influence considérable sur la propagation de l'épidémie, dans la mesure où elles affectent gravement les conditions de vie des gens.
  - L'évolution socio-économique a également un impact très lourd sur les systèmes de valeurs sociétaux et culturels ainsi que sur les modes de vie précédemment adoptés, en particulier dans les pays en voie de développement et surtout via les mouvements de population, les migrations, les conditions de vie et de logement misérables, aggravant par conséquent les risques de contamination.
  - A son tour, le VIH/SIDA a des effets importants sur le plan économique, social, sociétal et culturel.
- d) Par conséquent, l'IEC de prévention et de traitement fiables devront considérer la relation entre, d'une part, les références et les ressources culturelles et, d'autre part, les questions de développement socio-économique.



## 5 - L'IEC APPROPRIÉES : ASSOCIER ÉLABORATION ET DIFFUSION

### Un programme national contre le SIDA devrait dispenser une éducation au VIH/SIDA à tous les enfants des écoles

#### Obstacles à l'éducation au VIH/SIDA à l'école :

- Le sujet est jugé trop controversé
- L'éducation peut se limiter à des groupes d'un certain âge
- On n'enseigne pas la manière de se comporter face au SIDA, mais seulement des faits
- Le pays ne peut être couvert que partiellement

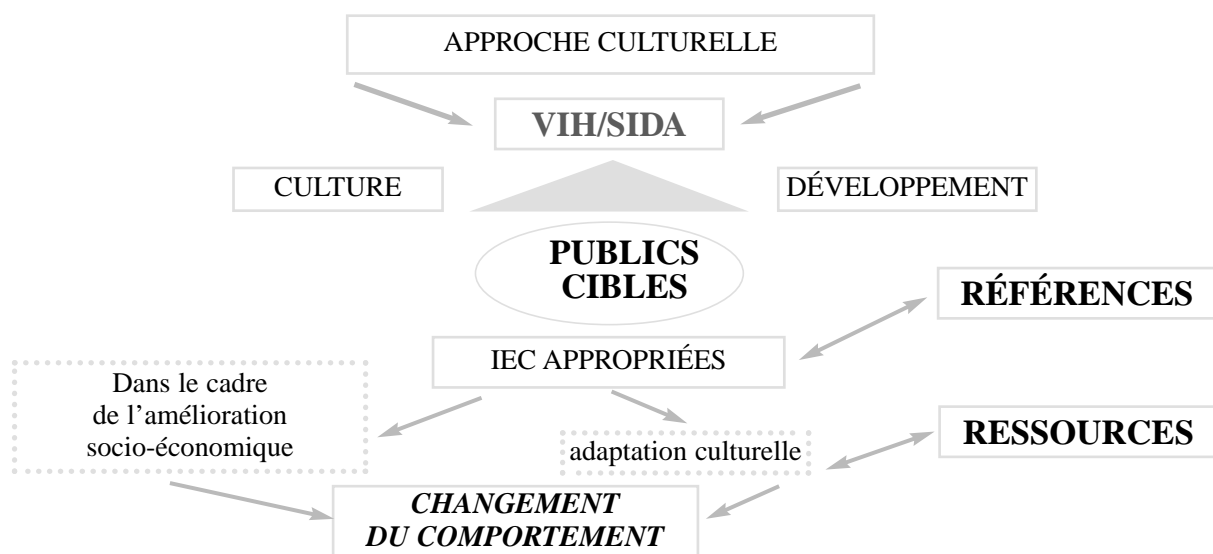
#### Manières de surmonter ces obstacles :

- Concevoir un bon programme adapté à la culture locale et aux circonstances
- Établir un partenariat entre les responsables politiques, les leaders religieux et communautaires, les parents et les enseignants
- Établir des politiques saines en matière d'éducation au SIDA à partir de ce partenariat

Source : ONUSIDA, 1997, Learning and teaching about AIDS at school, p. 2.

Selon sa définition la plus générale, la communication est un **processus** d'échange d'informations et de questions entre deux personnes, deux groupes ou plus. A cet égard, elle peut décrire n'importe quelle activité réalisée dans les domaines les plus spécifiques de l'information médiatisée, de l'éducation ou de la transmission directe de connaissances ou de valeurs et de la réception en retour de nouveaux éléments relevant d'autres catégories de connaissances et de valeurs.

En conséquence, **l'élaboration et la diffusion** de tout type de message font partie d'un système plus large de communication, dont les différentes phases ne peuvent être séparées sans perdre leurs caractères spécifiques. Voilà pourquoi toute action culturellement appropriée d'information, d'éducation et de communication devrait être envisagée dans ce cadre général. A cet égard, le cadre de communication de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA devrait être considéré comme un document stratégique fondamental.



## 5.1 - L'INFORMATION PAR LES MÉDIAS

En règle générale, les radios et les télévisions diffusent à un large public principalement des **informations** générales **non ciblées** sur la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Leur impact, même s'il est important, est limité par plusieurs facteurs. Ces facteurs limitatifs, même s'ils sont parfois techniques, sont généralement dus à la forme et au contenu des messages, qui ne sont pas adaptés pour être compris et intégrés par une population diversifiée. De plus, en fonction des conditions locales, si l'on peut se procurer largement des récepteurs radio, les téléviseurs, pour des raisons économiques ou techniques, ne sont pas aussi aisément accessibles. Enfin, des messages médiatiques trop généraux peuvent induire un comportement irresponsable et à haut risque, qui peut conduire à contracter ou à transmettre l'infection, d'où l'effort de contrebalancer cette situation par une programmation spécialisée sur le VIH/SIDA. C'est pour ces raisons que les mass-médias, malgré leur potentiel mobilisateur à l'égard du public, n'ont pas encore réussi dans certaines régions à faciliter au mieux le développement d'une réaction massive, nationale ou régionale contre la maladie.

Cependant, **les programmes radio locaux**, qu'ils soient urbains ou ruraux, se développent de plus en plus, grâce à une approche participative et communautaire. Leur simplicité technique, leur faible coût de production et d'achat, en font un instrument particulièrement bien adapté pour améliorer la participation ainsi que l'échange d'informations et d'expériences, grâce à des discussions très accessibles.

Un exemple de ce type de projet est développé en Afrique australe, sous l'appellation générale « Women Speaking to Women » (« Les femmes parlent aux femmes »). Il consiste à mettre sur pied une station de radio possédée et gérée par des **associations de femmes**. L'idée générale de ce projet est de permettre à des femmes de la communauté, plus éduquées et plus ouvertes, d'aider à informer et à éduquer d'autres femmes moins chanceuses quant aux défis actuels de la vie quotidienne et à leurs conséquences. Ces programmes utilisent bien entendu un vocabulaire et un langage appropriés.

De nouvelles initiatives de formation sont également mises sur pied. Le défi à relever est de préparer les journalistes et d'autres professionnels des médias à l'utilisation des ressources médiatiques pour éveiller, mobiliser et sans cesse stimuler l'opinion publique, afin de soutenir des efforts contre des pratiques nuisibles. La phase initiale de ce processus consiste à susciter l'intérêt, à éveiller les consciences, à enrichir les connaissances et à faire comprendre aux praticiens des médias ce qu'est la maladie et ce que sont ses modes de transmission, de prévention et de gestion. Elle les encourage également à participer à l'effort visant à prévenir et à contrôler la propagation de l'épidémie.

### L'information préventive : un projet de l'UNESCO

Afin de répondre au besoin d'informer les journalistes et les professionnels des médias de leur responsabilité vis-à-vis du VIH/SIDA, l'UNESCO a engagé en 1998 un projet d'information préventive, fondé sur le journalisme d'investigation et le VIH/SIDA en Afrique orientale et australe. Les objectifs du projet étaient les suivants :

- Identifier dans la région les tendances marquantes qui contribuent à propager le VIH/SIDA.
- Entreprendre une étude approfondie sur la relation entre ces tendances et la prédominance de la maladie.
- Étudier dans quelle mesure les médias témoignent de l'incidence du VIH/SIDA.

*Source : Media & HIV/AIDS in East and Southern Africa, UNESCO, 1999.*



## 5.2 - L'ÉDUCATION

### 5.2.1 - L'ÉDUCATION PRÉVENTIVE DE L'UNESCO POUR LUTTER CONTRE LE VIH/SIDA

Dans sa nouvelle stratégie d'éducation préventive pour lutter contre le VIH/SIDA, l'UNESCO a identifié de nouveaux critères et de nouvelles priorités pour améliorer l'éducation préventive. Elle s'est en particulier attachée à l'évaluation de l'efficacité des stratégies d'éducation préventive existantes et de la diffusion des meilleures pratiques. L'accent sera mis sur le changement du comportement à risque, grâce à la promotion de programmes éducatifs formels et non formels destinés aux élèves des écoles, aux étudiants des universités ainsi qu'aux jeunes et aux adultes non scolarisés. Ces programmes seront complétés par des campagnes plus importantes, qui auront recours aux différents médias, notamment aux brochures, à l'information par la presse et aux messages radio, dans un effort pour mobiliser les leaders d'opinion.

### 5.2.2 - ÉDUCATION ET CULTURE : UN CONTINUUM

Sur le plan conceptuel, l'éducation et la culture peuvent être entendues comme un domaine homogène de l'activité humaine, défini comme la création, la transmission et la préservation des connaissances, des savoir-faire et des systèmes de valeurs d'une société donnée, en relation avec son évolution passée, présente et future.

Étant donné la diversité des groupes concernés, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des actions éducatives sont donc un défi culturel, qui requiert une approche culturelle. Dans la mesure où l'éducation est avant tout destinée à des enfants et à des jeunes gens, l'association d'une action urgente et d'une perspective à long terme s'impose comme un besoin.

L'éducation scolaire n'est cependant qu'une des composantes du processus éducatif, qui se déroule également à travers d'autres circuits : la famille, la communauté et la société dans son ensemble. Comme les modèles et les instruments de la vie moderne pénètrent de plus en plus profondément dans le tissu social local, national et international, les médias sont et seront aussi importants que l'éducation scolaire (sinon davantage). En outre, l'éducation, au sens large du terme, est un processus qui dure toute la vie et qui engage la participation de toutes les générations.

#### Adapter l'éducation scolaire à la culture

Le système éducatif de l'école est-il adéquat ? On ne pourra s'attaquer à cette question que si des actions correspondent aux circonstances et aux besoins réels, non seulement des groupes les plus accessibles mais également des **populations sous-desservies** (c'est-à-dire les pauvres, les enfants des rues et qui travaillent, les populations rurales et reculées, les travailleurs migrants et les nomades, les populations locales, les minorités ethniques, raciales et linguistiques, les réfugiés, les personnes déplacées, les handicapés et les populations vivant sous une occupation étrangère).

De plus, l'éducation appropriée permettra aux gens de bâtir un héritage qui leur soit commun sur le plan culturel, spirituel et linguistique. Elle s'attachera également à la diversité, à la complexité et aux caractéristiques changeantes de l'éducation scolaire et non scolaire des enfants, des jeunes et des adultes. L'éducation devrait donc s'adapter aux conditions et aux circonstances au niveau local : langue, développement participatif, soutien familial et communautaire, système éducatif traditionnel, dimensions sociétales, culturelles et éthiques du processus éducatif. Plus précisément, elle devrait s'appuyer sur les conditions de vie, les références et les ressources culturelles des enfants et des jeunes. D'où l'établissement de systèmes et de motivations prioritaires en vue du changement<sup>4</sup>.

4. *Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous et Cadre d'action pour répondre aux besoins éducatifs fondamentaux*, Jomtien, Thaïlande, 1990.



## L'éducation des adultes

Beaucoup d'adultes et de jeunes gens sexuellement actifs travaillent pour subvenir à leurs besoins quotidiens et ne peuvent donc pas avoir accès à l'IEC préventives via le système scolaire. Il peut s'avérer approprié de développer des programmes d'IEC à leur intention, sur leur lieu de travail ou ailleurs, dans le cadre d'activités éducatives adaptées aux adultes.

L'éducation des femmes devrait également être reconsidérée sous cet angle, afin de les atteindre là où elles se trouvent (dans leur village, sur les marchés, dans les centres de consultation maternelle, sur les lieux de travail, à l'église, dans les services publics, etc.).

### L'Afrique du Sud : le lieu de travail, un site stratégique pour la prévention

Le manuel élaboré par le Département de la santé d'Afrique du Sud donne deux exemples de programmes de prévention qui sont parvenus à développer sur le lieu de travail une politique et des programmes sur le VIH/SIDA et les MST. Voici la description de ces exemples :

#### **David Whitehead Textiles :**

##### **« Montrer aux ouvriers que leur entreprise prend soin d'eux »**

Les points forts de cet exemple sont les suivants :

- réalisation d'une pièce de théâtre et d'une bande dessinée en plusieurs langues et en plusieurs endroits : salles de théâtre, discothèques et cours d'école ;
- informations et conseils informels aux employés, individuellement ou par petits groupes, avec la participation de travailleurs sexuels et si possible à l'exclusion des équipes de travail, dans des bars et des brasseries, à la ferme ou à l'occasion de rencontres locales de football.

Dans l'entreprise, les cas de MST ont chuté d'environ 50 à 75 % entre 1989 et 1992, en raison de : la plus grande distribution de préservatifs, la réduction du « vagabondage » sexuel des hommes, la collaboration entre la direction et les employés ainsi que l'éducation du personnel.

#### **Le projet de prévention du VIH/SIDA de Mutare (Zimbabwe)**

Le Département de la santé de la ville de Mutare, où 20 000 cas de MST ont déjà été traités en 1990 (soit 25 % de la population adulte), met sur pied un programme de prévention axé sur les groupes à haut risque et sur les employés du secteur structuré. Des rencontres avec des éducateurs appropriés ont lieu dans des lieux publics, dans des brasseries et sur des terrains de sport, à l'occasion de réunions et dans le travail. Les éducateurs sont choisis en fonction de leur âge (18-30 ans), de leur enthousiasme et de leur capacité à communiquer et à fournir des informations. Le taux de MST a chuté de 48 % au cours de la première année du programme.

*Source : A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care, South Africa Experience, UNESCO, 1999.*





### 5.2.3 - L'ÉDUCATION FAMILIALE : UN POTENTIEL SOUS-ESTIMÉ

Dans toutes les traditions sociétales et culturelles, le rôle de la famille (parents, grands-parents ou collatéraux) a toujours été essentiel pour l'éducation des enfants. Aujourd'hui, toutes les sociétés se modernisent, ce qui peut conduire à une crise du modèle familial, en particulier en matière d'éducation. L'école, le système social d'éducation et la « vie de la rue » se sont par conséquent substitués au rôle de la famille.

#### **L'Angola : l'éducation sexuelle, les valeurs traditionnelles de la famille et le VIH/SIDA**

L'éducation familiale exerce en général une influence indispensable sur le comportement des jeunes. On aborde cependant très rarement le VIH/SIDA dans les discussions entre parents et enfants, dans la mesure où les questions de sexe sont considérées comme « tabous ». Selon une étude réalisée à Luanda parmi des adolescents de 14 à 20 ans, la plupart d'entre eux ne parlent pas de sexe avec leurs parents. En règle générale, ce sujet est abordé avec des amis, des camarades d'école ou leur partenaire. D'après certains auteurs, les parents évitent cette question, de peur, estiment-ils, d'inciter leurs enfants à avoir des relations sexuelles trop précoces.

En ce qui concerne les modèles familiaux, l'idée de la famille en Angola est très complexe, à cause de la diversité des modèles d'organisation familiale. L'idée de la famille importée des pays européens ne convient pas à la réalité locale, car elle est étroitement liée au contexte socioculturel de chaque groupe, communauté ou société. L'idée traditionnelle de la famille englobe des critères de sang, de mariage, de relations et parfois de logement.

La famille est l'espace où les enfants vivent en harmonie avec leurs parents, où les valeurs et les normes communautaires sont transmises et où le contrôle social s'exerce (Locoh, 1988). La famille peut par conséquent exercer un contrôle sur la sexualité.

De même, les systèmes de parenté peuvent influencer le comportement sexuel. Par exemple, dans un système matrilineaire, la prédominance sexuelle des hommes est plus faible à cause du contrôle par les femmes de la production domestique. Ce système contribue donc à l'autonomie et même à l'indépendance des femmes.

Pour ce qui est de la structure du ménage, le contrôle de la sexualité serait plus strict dans les familles élargies où, contrairement aux familles nucléaires, plusieurs générations vivent ensemble.

La perte des valeurs traditionnelles en matière de sexualité est un autre facteur important de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. Les sociétés traditionnelles angolaises ont subi de graves changements à la faveur de la « modernisation ». Ces transformations ont conduit à la perte de certaines valeurs et normes culturelles traditionnelles qui influençaient autrefois le comportement sexuel des individus. L'urbanisation et l'éducation formelle ont éloigné les individus de leurs groupes. Dès lors, les décisions relatives au sexe sont devenues plus une affaire personnelle qu'une question familiale ou communautaire.

La crise socio-économique a exacerbé ces transformations. De nos jours, les aînés ont progressivement perdu le contrôle des jeunes, et les hommes ont moins d'influence sur les femmes. Certains cas de détérioration de la famille ont contraint des enfants à quitter leur foyer pour aller vivre dans la rue, où ils ont développé leurs propres stratégies de survie. La prostitution, le trafic de drogues, la délinquance et d'autres pratiques et comportements à haut risque facilitent ainsi la propagation du VIH/SIDA.

Une autre étude montre que l'éducation sexuelle à l'école peut avoir une influence sur le comportement sexuel des jeunes (en repoussant l'âge des premières relations sexuelles et en développant l'utilisation du préservatif). Les programmes d'éducation sexuelle à l'école sont plus efficaces, lorsqu'on met l'accent sur les normes et les responsabilités sociales. Ces programmes devraient cependant être complétés, avant que les jeunes gens aient eu leur première expérience sexuelle.

*Source : A cultural approach to HIV/AIDS prevention and care, Angola's experience, UNESCO, 1999.*

#### 5.2.4 - LES CIRCUITS RELIGIEUX ET TRADITIONNELS

A la faveur de la crise actuelle du VIH/SIDA, il apparaît cependant qu'en comparaison avec d'autres systèmes d'IEC la famille reste un système éducationnel irremplaçable. Son rôle devrait donc être réaffirmé et préservé en cas de désagrégation. L'éducation familiale devrait interagir de manière permanente avec le système scolaire (association de parents d'élèves), les mouvements de la société civile ainsi que les autorités culturelles et spirituelles au sein des mass médias et avec leur œil critique. En même temps, ces normes devraient être reconsidérées en cas de tabou et si le silence devait régner entre parents et enfants en matière de sexualité. Il conviendrait de développer la sensibilisation à cette question auprès des parents et des autres « leaders » de la famille. Plus précisément, le rôle clé joué par les mères dans l'éducation familiale devrait être mieux souligné et soutenu.

Le rôle des croyances et des communautés religieuses est parmi les processus d'IEC les plus culturellement appropriés. Le prestige social et l'activité des leaders et des guérisseurs traditionnels devraient être envisagés comme essentiels dans l'éducation culturellement appropriée à la prévention et au traitement du VIH/SIDA.

#### **Le rôle de la communauté et des croyances religieuses dans l'information et dans le traitement**

Comme on l'a vu dans les différents rapports sur les pays, les croyances religieuses sont étroitement liées aux représentations du VIH/SIDA, à ses causes et à ses effets. Les attitudes morales et spirituelles associées à ces croyances peuvent être utilisées pour développer la responsabilité de chacun vis-à-vis de lui-même et d'autrui par rapport à l'infection, et elles peuvent également développer la solidarité à l'égard des personnes contaminées et des malades. Une telle solidarité est plus spécifiquement active parmi certaines communautés religieuses et auprès de certains leaders spirituels, par exemple des missionnaires chrétiens et des imams.

L'une des initiatives les plus originales dans le cadre du renforcement de l'IEC par l'utilisation appropriée des croyances religieuses et des liens communautaires a été mise sur pied grâce à l'Association médicale islamique d'Ouganda (IMAU). Son réseau comprend un grand nombre de mosquées particulièrement actives dans ce domaine dans tout le pays.



### **L'Ouganda : l'éducation au SIDA par les imams**

« L'éducation au SIDA par les imams » est née du besoin de développer la sensibilisation au message de prévention et de contrôle du VIH/SIDA dans les communautés musulmanes d'Ouganda. La conception du projet a représenté une tâche complexe à cause de la diversité sociale et culturelle qui caractérise les différentes régions du pays. Des groupes divers tendent à recevoir et à percevoir ces messages diversement. En outre, la diffusion d'informations relatives au SIDA s'est révélée très inadéquate et souvent au détriment de l'exactitude.

Afin de permettre un travail d'IEC plus approprié, l'Association médicale islamique (IMAU) a lancé une initiative créative visant à la mise en œuvre d'une approche multisectorielle du contrôle du SIDA. Le Gouvernement ougandais a adopté cette stratégie après avoir réalisé que le SIDA n'était pas seulement une question de santé mais aussi un problème social, culturel et économique qui avait besoin de l'effort collectif d'autres secteurs et institutions. Le fort taux de sensibilisation au VIH/SIDA et les taux décroissants de contamination sont les résultats directs de l'engagement des particuliers et des institutions qui ont choisi de faire face à l'épidémie, en intégrant les informations médicales et scientifiques sur le VIH/SIDA à la sagesse et aux valeurs de la religion islamique.

*Source : UNAIDS Best Practice Collection, Case Study: Uganda, octobre 1998.*

En Thaïlande, certains moines bouddhistes participent au traitement des malades, en particulier des femmes et des prostituées qui ne peuvent plus revenir à leur village ou dans leur famille.

### **La Thaïlande : les moines bouddhistes, les femmes et les malades du SIDA**

Parmi les aspects divers du VIH/SIDA en Thaïlande du Nord et du Nord-Est, la participation des moines bouddhistes au traitement des malades diffère en fonction de la situation générale dans chaque région.

Dans le nord-est, les migrants ayant contracté le VIH ne sont pas retournés à leur village. Ils avaient peur de la discrimination dont leur famille aurait pu être victime. Dans la même région, les moines des forêts ont soigné certains malades qui, pendant la période de repiquage du riz, sont revenus à leur village pour aider leurs parents à ces travaux, tout en cachant leur maladie. Une femme rentrée pour aider ses parents et ayant avoué avoir le SIDA a d'abord été obligée de rester dans un petit baraquement situé à l'extérieur du village, dans la rizière, jusqu'à ce que les villageois en arrivent à penser qu'elle n'avait pas le SIDA puisqu'elle ne mourait pas.

Souvent, les femmes ne sont pas rentrées chez elles, parce que leurs parents et leurs enfants dépendaient d'elles et qu'elles ne voulaient pas être un fardeau pour leurs parents. Selon ces derniers, non seulement les filles étaient incapables de subvenir à leurs besoins, mais elles auraient représenté un pur gaspillage de leurs ressources.

Dans le nord-est, certains moines des forêts, qui n'étaient pas partie intégrante de la structure sociale d'un village important, ont soigné des malades qu'ils ne connaissaient pas particulièrement. Dans le nord, des moines de la région de Chiang Rai étaient liés aux gens et au village. Dans les zones rurales, les moines étaient très respectés et bien acceptés par les familles. Ils sont allés dans les villages visiter les malades, notamment les malades et leurs familles. Ils ont formé les familles sur la manière de soigner les malades. Ils ont également coopéré avec l'hôpital, où ils ont rendu visite à des patients et pris la charge d'un cabinet de consultation et de conseil.

La différence entre les cultures des campagnes et celles des villes s'est répercutée sur la manière dont les moines se sont occupés des malades. Dans les régions rurales, les gens avaient le temps de prendre soin de leur famille. Dans les régions urbaines, les gens avaient peu de temps. Les moines se sont souvent chargés des malades dont personne d'autre ne s'occupait.

Ici et là, il s'est avéré difficile de garder des malades au temple, parce qu'on associait leur présence au sexe et à une maladie « sale », qui était jugée souiller la « pureté » du lieu. Voilà pourquoi, dans le nord-est, les moines des forêts, qui ne vivent pas dans les temples, peuvent soigner les malades.

*Source: Cultural Factors in the Transmission, Prevention and Care of HIV/AIDS in the Upper Mekong Region (Chiang Mai Workshop, juin 1999).*

## La médecine traditionnelle et le VIH/SIDA

### L'Association nationale des guérisseurs traditionnels du Zimbabwe (ZINATHA)

La ZINATHA est l'organisme de coordination des 45 000 guérisseurs traditionnels officiellement reconnus par la loi de 1981 sur les praticiens médicaux traditionnels. La médecine traditionnelle est largement pratiquée au Zimbabwe, en particulier dans les zones rurales, alors que les équipements médicaux, les médecins et les infirmières de type moderne sont en nombre limité. Les guérisseurs traditionnels ainsi que les chefs de tribu ou de village sont les gardiens de la culture locale et leur traitement, le premier auquel environ 80 % des populations rurales et urbaines ont recours.

Ils font en outre office de conseillers de la communauté et on leur témoigne le plus grand respect. Les guérisseurs traditionnels traitent un large éventail de maladies, notamment les troubles liés au SIDA. Le ministre de la santé, en coopération avec la ZINATHA, a mis sur pied une série d'ateliers d'éducation sanitaire sur le VIH/SIDA pour les membres de la ZINATHA. Cette activité a marqué le début de la participation de la ZINATHA au travail de prévention du VIH/SIDA.

La ZINATHA a trois domaines principaux d'activité : le traitement et la guérison ; la recherche en matière de plantes et d'herbes médicinales ; et l'éducation sanitaire.



### **Le traitement et la guérison**

Dans ce programme, les activités sont plus liées à la supervision qu'au domaine pratique.

### **La recherche**

La plupart des guérisseurs traditionnels tirent leurs médicaments des plantes. Le programme de recherche s'est axé sur la cueillette de plantes et sur la vérification de leur efficacité. Ce programme se réalise en coopération avec les laboratoires de contrôle des médicaments du Zimbabwe. En 1994, 200 plantes traditionnelles environ ont été choisies de manière aléatoire, testées et déclarées efficaces dans le traitement des symptômes du SIDA ; 11 guérisseurs traditionnels ont administré leur traitement à des malades déclarés, tandis que des médecins assuraient le contrôle de leur santé. La plupart de ces patients se sont mieux portés. L'une des 400 plantes utilisées a fait l'objet d'un brevet au Zimbabwe, avec l'aide de l'UNESCO.

### **La santé et l'éducation**

Il s'agit d'un programme relativement nouveau résultant de l'impact de la pandémie du SIDA sur la population zimbabwéenne. Une série d'ateliers d'éducation sanitaire sur le VIH/SIDA a été lancée en coopération avec le ministère, pour les membres de la ZINATHA. Elle avait pour objectifs d'éduquer les guérisseurs traditionnels au VIH/SIDA (sensibilisation et prévention), de développer la sensibilisation à l'égard des pratiques médicales traditionnelles et du VIH/SIDA comme de promouvoir dans le domaine de la prévention et du traitement du SIDA une coopération entre médecine occidentale et médecine traditionnelle. Actuellement, le programme a des objectifs beaucoup plus larges, puisqu'il est axé sur les activités d'IEC et plus particulièrement sur les techniques culturellement appropriées, sur les différentes formes de stigmatisation culturelle et les questions qui font l'objet de controverses sur le plan culturel. Au total, 2 150 membres de la ZINATHA ont assisté aux ateliers de formation sur le VIH/SIDA. L'impact positif du programme s'est traduit par un développement sensible des connaissances, non seulement sur les aspects fondamentaux du VIH/SIDA, mais également sur le traitement hygiénique des patients. Les programmes de prévention du VIH/SIDA ne se sont pourtant pas soldés par un changement très suivi des comportements. Même si des discussions sur les pratiques culturelles ont marqué les programmes d'IEC, rien n'a été entrepris pour vérifier leur impact sur les programmes de prévention.

Si un plus grand nombre de guérisseurs parlent aujourd'hui avec leurs patients du VIH/SIDA, l'impact de ces discussions n'a pas été mesuré. Des essais cliniques se poursuivent avec le programme de contrôle des médicaments et des certificats d'efficacité ont été délivrés pour plus de 13 plantes utilisées dans le traitement de maladies liées au SIDA. On a encore besoin de recherches et d'une documentation appropriées sur les facteurs culturels et sociaux ainsi que sur la manière de les intégrer aux programmes de prévention du VIH/SIDA : par exemple, en disposant d'informations utilisables dans les processus éducationnels sur les valeurs et les enseignements culturels. La plupart des valeurs sont transmises oralement et à l'aide d'exemples mais, étant donné la confrontation existant entre culture traditionnelle et culture moderne ainsi que la disparition rapide des vieux sages, une grande partie de ces valeurs sera perdue. L'une des façons de les préserver est de

les documenter et de les enseigner à l'école. La ZINATHA planifie à présent la création d'une école de médecine traditionnelle, élément qui servira durablement à préserver et à affiner ce domaine. Elle sert également à travailler avec les communautés rurales et à les mobiliser en vue de la recherche et de la collecte de données authentiques et utiles.

*Source : Zimbabwe, Country case study, avril 1999.*

### 5.3 - LA COMMUNICATION

Outre les médias et l'éducation, la communication « en direct » est le principal circuit de développement d'un dialogue, d'une discussion et d'un conseil sur la prévention, le traitement et le soutien du VIH/SIDA. Elle requiert de l'ouverture pour engager et renforcer des relations avec les parties prenantes locales, les leaders de la communauté, les informateurs clés de la population et les leaders d'opinion. Dans le respect des cultures et des conditions de vie des gens sur le plan local, l'art, le sport et la créativité peuvent fournir des occasions de réussir en la matière.

#### 5.3.1 - LA COMMUNICATION : UN PROCESSUS INTERACTIF

Les institutions devraient essayer d'acquérir de plus en plus d'informations utiles sur les besoins des communautés, sur l'impact du VIH/SIDA sur leurs cultures et sur les rôles que celles-ci peuvent jouer dans le domaine de la prévention et du traitement.

Ils devraient chercher à obtenir des populations plus de participation, plus de partenariat et, finalement, leur contrôle total des décisions relatives à leur responsabilité et à leur mobilisation en vue de prévenir l'épidémie et de lutter contre elle.

Les acteurs de terrain sont les mieux placés pour « gérer » les dysfonctionnements survenant dans le cadre de la communication bilatérale ayant trait à la question. Leur rôle devrait être réinterprété en fonction de ces nouvelles perspectives :

- Faciliter l'identification du problème et la mise en œuvre de solutions par les populations elles-mêmes.
- Transmettre aux institutions des informations sur les situations dans lesquelles elles sont appelées à intervenir et sur les besoins identifiés des populations concernées.

#### **Informier et sensibiliser au niveau local**

Les actions d'information et de sensibilisation sont au cœur des projets de prévention culturellement appropriée et favorisent le développement de nouvelles attitudes à l'égard des malades. Les associations et les groupes éducatifs non scolaires peuvent travailler dans cette perspective, à condition de fournir une approche adaptée, en utilisant les méthodes de communication suivantes :

- Organiser des 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.
- Former sur le plan médical et sanitaire des personnes travaillant dans le cadre des projets de prévention et de traitement ainsi que dans les centres d'aide sociale.
- Inciter les éducateurs appropriés (individus ou groupes) à parler avec insistance de la prévention et du traitement à leur famille, aux gens de leur âge, à leurs collègues de travail ou à ceux qui partagent leurs loisirs.
- Mobiliser les personnes contaminées ou les malades pour parler de leur expérience.



## **La Thaïlande : le réseau des malades pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA**

En 1994, les malades ont commencé à former des groupes de soutien. Ils ont proposé au public, avec ces nouvelles ONG, d'autres attitudes à adopter à l'égard du SIDA, d'où le plus grand espace social que le gouvernement a accordé à ces malades.

L'espace public était cependant encore sous l'emprise du gouvernement et des bureaucrates. La technologie et la médecine prenaient le pas sur les questions de santé. Les habitants des régions rurales et les minorités ne faisaient pas partie du processus décisionnel. Les malades qui appartenaient à ces groupes étaient doublement marginalisés.

Les malades ont déclaré que le VIH avait besoin de médecine sociale et qu'on pouvait y arriver en mettant en avant la culture de la communauté. Ils ont estimé que les malades avaient besoin d'amour et de soins. Autant dire que la communauté et la famille devaient participer au traitement des malades. La famille et la communauté devaient prendre la responsabilité de leurs membres, certains d'entre eux s'étant sacrifiés pour leur famille et pour leur communauté, en travaillant dans des bordels ou dans des situations à haut risque. Le VIH/SIDA a donc été envisagé comme un problème communautaire et non plus simplement individuel.

Cet effort pour mettre en avant la culture de la communauté s'est avéré payant, malgré un changement rapide, résultant de la modernisation et de l'urbanisation. Différents groupes de malades ont développé des approches fort utiles du traitement des personnes contaminées ou des malades. Des ONG ecclésiastiques ont lancé le concept de « visite à domicile ». Des pasteurs, des moines et des professionnels de la santé aguerris se sont chargés de ces visites. D'honorables membres de la communauté se sont élevés contre la discrimination dont les malades étaient victimes. Ces visites ont également montré aux familles comment soigner les malades et elles ont été l'instrument grâce auquel plus d'informations sur le VIH et le SIDA ont été transmises à la communauté.

Le secteur de la santé publique comme les ONG ont permis d'élargir l'espace social. Les services de la santé publique ont cessé de tenir les malades pour des inutiles et pour des êtres qui allaient bientôt mourir. Cela a permis à beaucoup de révéler spontanément leur état de santé.

Les services de santé publique se sont mis également à établir des relations et des partenariats avec les ONG des malades. Le gouvernement a reconnu l'utilité des actions de ces ONG au niveau local et ces organisations ont commencé par être utilisées pour différents projets sur le VIH/SIDA. On a fait appel à elles pour diffuser auprès de la société civile les messages du travail sur le SIDA. Ces ONG ont également été utilisées pour soutenir la recherche sur les pratiques médicales traditionnelles et encourager le recours aux guérisseurs traditionnels. Les médecins traditionnels travaillent à présent avec les ONG sur les modalités d'utilisation de la médecine traditionnelle et des plantes dans le traitement du VIH/SIDA.



Les ONG ont incité les gens à échanger leurs points de vue et à bénéficier de leurs expériences respectives. Elles ont aidé les malades à disposer de plus d'espace social. Dans le nord, on insiste peu sur les essais de vaccins. Les groupes de malades ont mis l'accent sur l'aide sociale et sur le traitement que les malades du SIDA reçoivent à l'hôpital, en particulier lorsque les soins médicaux s'avèrent trop chers.

Les hôpitaux de district ont également mieux répondu aux attentes des malades, grâce au travail des ONG. Celles-ci n'ont pas assuré de traitement: elles ont pris contact avec les hôpitaux et se sont démenées, jusqu'à ce que les malades puissent être pris en charge médicalement, ce que les hôpitaux rechignaient alors à faire. Mais certains d'entre eux se sont révélés plus ouverts et ils encouragent à présent les malades à discuter de leurs problèmes avec les moines et les ONG. Un espace a été créé pour qu'un travail puisse être entrepris avec les responsables du secteur de la santé publique. Deux questions restent à résoudre: comment maintenir le niveau de cette action et comment intégrer les malades à la culture et à la société communes.

*Source: Cultural Factors in Prevention, Transmission and Care of HIV/AIDS in the Upper Mekong Region (Chiang Mai, juin 1999).*

- Occasions à saisir: lieu de travail, événements publics, manifestation sportive, festivités culturelles, célébrations religieuses, obsèques, marchés, réunions scolaires.
- Occasions informelles: discussions dans les bars, dans les foyers, dans les discothèques, sur les terrains de sport et dans d'autres lieux de divertissement.

### De la participation au partenariat

La participation est la méthode d'IEC la plus élémentaire, lorsqu'il s'agit de sensibiliser et de responsabiliser davantage des personnes, notamment des hommes jeunes, sur la nécessité de se protéger et de protéger son partenaire contre l'infection par le VIH/SIDA, à l'occasion de pratiques sexuelles, de consommation de drogues et de comportements violents.

La *participation* peut être mise en pratique de manières très différentes:

- en collaborant avec les services publics ou les ONG: cette pratique très courante n'implique pas de contact direct avec la population locale et, par conséquent, s'avère moins efficace;
- en consultant de manière permanente et limitée les populations locales: cette manière de procéder n'est cependant pas un gage de durabilité;
- en mobilisant la communauté, afin de préparer et de mettre en œuvre des actions;
- en recourant à l'éducation, à l'information et à la communication appropriées: en principe, c'est le meilleur circuit possible, mais il peut occasionner des rivalités et des conflits, s'il n'est pas bien maîtrisé.

Le *partenariat* représente l'équilibre optimal dans la relation entre les agents extérieurs et la population, jusqu'à ce qu'une équipe locale soit prête à assumer pleinement toutes les responsabilités.

Dans les deux cas, **deux conditions** devraient être réunies:

- disposer d'assez de temps (et, par conséquent, d'un financement suffisant) pour s'assurer de la participation de tous;
- la communication entre le terrain et les institutions ne devrait être ni discontinue, ni trop tatillonne: cette situation peut conduire les institutions à mal comprendre les questions auxquelles la communauté est confrontée et les ressources dont elles peuvent disposer.





## **L'Ouganda : l'Organisation de soutien pour le SIDA (TASO)**

Créée en 1987 par des Ougandais pour fournir un soutien psychologique aux malades, la TASO entend contribuer à rendre l'espoir aux personnes et aux communautés victimes du VIH/SIDA, tout en améliorant leur qualité de vie. En 1994, la TASO était implantée dans sept districts ougandais et procurait des conseils, des soins médicaux et un soutien social à 22 795 malades ainsi qu'à leur famille. Outre la prestation d'un ensemble de soins, la TASO propose également une formation en matière de conseil, elle assure un soutien matériel aux patients et à leur famille, de même qu'elle assiste la communauté dans ses efforts pour combattre l'épidémie du SIDA.

La TASO est un bon exemple de l'utilisation d'une approche culturelle du problème du VIH/SIDA. Le soutien psychologique et social proposé par l'organisation suppose une très forte participation. Toutes les parties prenantes, les patients, la communauté et le personnel concernés contribuent à la conception, à la planification et à la mise en œuvre des activités du programme. Cette approche participative permet aux parties prenantes de nourrir un sentiment de coopération, de renforcer les capacités et de définir des concepts et des méthodes permettant de vivre avec le VIH/SIDA et d'intégrer les gens au processus d'évaluation.

Grâce au conseil, la TASO permet aux gens d'affronter le problème. Ceux qui sont contaminés et malades doivent cependant accepter leur séropositivité et adopter une attitude positive face à une espérance de vie réduite. C'est ainsi que le conseil aide les patients à faire face à l'infection. Les conseillers et les patients discutent de sujets liés aux moyens de résister. Cela se solde finalement par un très haut degré d'acceptation de la part des personnes atteintes, de leur famille et de leur communauté.

En matière de soutien médical à domicile, la TASO assure le traitement des infections opportunistes. Ces soins comprennent le traitement médical, le conseil et les soins infirmiers. En 1993 et 1994, douze groupes de discussion sur quatorze se sont déclarés satisfaits des services médicaux de la TASO. La majorité des patients recherchaient un traitement médical précoce (c'est-à-dire au cours des deux premières semaines après l'apparition des symptômes).

Les services d'aide sociale ont pour caractéristique essentielle de s'appuyer sur la participation des malades et de leur famille à la réception de l'aide matérielle (nourriture, vêtements, activités du centre de soins de jour pour les malades du SIDA, activités rémunérées) et ils viennent en aide aux enfants nécessiteux, à la faveur de programmes scolaires de parrainage. Ces services sont certes méritoires, mais ils souffrent parfois d'un manque de moyens financiers.

*Source : Cultural factors in the prevention, transmission and care of HIV/AIDS in Uganda, juin 1999.*

## La créativité, le sport, la prévention du VIH/SIDA et l'IEC

Si les gens, les jeunes en particulier, tendent à moins s'intéresser aux circuits officiels ou traditionnels d'éducation et d'information, il se peut qu'ils écoutent plus volontiers leurs artistes et leurs sportifs favoris.

La **créativité** a déjà sa place dans les milieux artistiques et culturels, dans le cadre du VIH/SIDA et de ses conséquences : elle mérite d'être mieux connue et diffusée.

Étant donné les enseignements tirés du projet « L'art à l'hôpital », réalisé au cours de la Décennie mondiale du développement culturel, il conviendrait de renforcer des initiatives de groupe en mettant l'accent sur les séropositifs et les malades, dans les hôpitaux ou dans leur environnement quotidien.

L'intérêt des jeunes pour le **sport** et sa signification culturelle a fourni de nouvelles occasions de développer des initiatives d'IEC originales.

### L'Afrique du Sud : la passion du sport contre le VIH/SIDA (le projet LADUMA)

Le Comité national de lutte contre le SIDA d'Afrique du Sud a pris l'initiative de la publication d'une bande dessinée, en utilisant la passion des jeunes sud-africains pour le sport (surtout pour le football) pour mieux les sensibiliser au VIH/SIDA. **Le scénario** raconte ce qui arrive à un jeune Africain de Khayalitsha, « qui a de grands rêves d'avenir et une superbe petite amie avec qui les partager ». Il s'agit par ailleurs d'un excellent joueur de football, susceptible de devenir « l'un des meilleurs de la première division ». Malheureusement, il a une relation sexuelle occasionnelle, sans préservatif, avec une fille déjà contaminée par l'un de ses amis et le voilà lui aussi contaminé. Il contamine à son tour sa petite amie : ils sont à deux doigts de rompre et ses rêves d'une grande carrière de footballeur sur le point de s'effondrer. Ils se réconcilient cependant, s'expliquent et se promettent d'avoir dorénavant des relations sexuelles protégées.

L'histoire a été conçue par des **ateliers** de jeunes de Khayalitsha et Gualitu, deux villes de la région du Cap. On a également organisé des **groupes de travail** avec des jeunes à Kwanashu, Inando et Thornwood (Kwazulu-Natal).

Cette bande dessinée est suivie d'une série de **questions**, propices au débat de groupe à l'école, entre jeunes, dans les équipes sportives, à l'église, au cours de réunions politiques ou même à l'occasion de simples rencontres entre amis. Il est également possible de développer un **jeu de rôles** à partir de l'histoire. Une **démonstration pratique** de l'emploi du préservatif est ensuite donnée, puis une **rubrique d'informations** se présente sous la forme de questions et de réponses. La section finale résume le **contenu pédagogique de l'histoire** par thème : guérisseurs et dispensaires, notification au partenaire, amour, confiance, soins donnés par les dispensaires, respect.

*Source : A Culture Approach to HIV/AIDS Prevention and Care. South Africa's expérience, UNESCO, 1999.*

### 5.3.2 - L'APPROCHE CULTURELLE DE LA COMMUNICATION SUR LE VIH/SIDA

La communication entre les acteurs de terrain et la population suppose un **système d'échange d'informations** à double sens.

Pour ce qui est de la prévention comme du traitement destinés aux malades, les acteurs doivent être envisagés comme une ressource, des catalyseurs ou des « activateurs » en matière d'identification des problèmes et des ressources (internes et externes), de résolution des problèmes et de partage des responsabilités.

En tant qu'agents extérieurs, ils devraient discuter avec la communauté de ses priorités, de ses objectifs, des résultats qu'elle attend de l'action entreprise ainsi que des coûts (des sacrifices) et des bénéfices qu'elle prévoit.

#### Les conditions culturelles d'une bonne communication

- *Connaissances culturelles et sensibilisation*: avant d'arriver sur le terrain, les acteurs de terrain devraient se procurer des informations et se documenter sur la culture de la communauté avec laquelle ils vont travailler.
- *Engagement culturel*: dès leur arrivée, les acteurs de terrain devraient essayer de se familiariser avec le groupe, sa langue, ses opinions, ses connaissances, ses jugements, son savoir-faire, ses besoins de sens, ses mythes et légendes, sa religion, son art populaire et ses traditions orales. Ils devraient chercher à comprendre les relations existant au sein du groupe, la personnalité et les rôles des leaders d'opinion, afin de gagner la confiance et l'amitié de la population.
- *Coopération dans la systématisation de la collecte et de l'utilisation des informations sur le terrain*. A cet effet, ils peuvent utiliser les instruments suivants:
  - échantillonnage;
  - modélisation des interactions en vue de mobiliser la population pour concevoir et réaliser des activités nécessaires;
  - calendrier des activités de la communauté;
  - cartes et croquis de la zone d'action.

#### La communication culturelle pour le changement de comportement

- *Informers les gens*:
  - « 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 la propagation de l'épidémie;
  - s'assurer que la communauté saisit le problème, peut identifier les moyens de le résoudre et l'amélioration escomptée, et qu'elle est prête à participer pleinement pour assurer le succès des activités de prévention et de traitement déjà entreprises.
- *Se tenir informé*
  - quels sont les besoins (tels que les gens les expriment, après discussion)?
  - quels sont les conflits d'intérêt au sein du groupe, quelles sont les ressources locales disponibles et quelles sont les étapes décisives de l'action à entreprendre?
  - quelle image la population a-t-elle des acteurs de terrain?
- *Faciliter*. *Les acteurs de terrain devraient*:
  - soutenir les processus internes de changement;
  - favoriser le débat (y compris l'autocritique);
  - exprimer de manière concrète les intérêts et les motivations (politiques, économiques, symboliques et par rapport au pouvoir; avantages acquis et intérêts des sous-groupes défavorisés);
  - agir en médiateurs impartiaux en cas de conflit, avec toute la discrétion qui s'impose;



## **Culture multiforme, information, éducation et communication : l'exemple vietnamien**

A Ho Minh-Ville, le Département de la culture et de l'information participe activement à la réalisation de matériel d'information sur le VIH/SIDA. En matière de films, le Centre d'éducation sanitaire intervient toujours en tant que conseiller, pour éviter que la population soit effrayée par l'un d'eux. A la radio, une femme écrivain s'inspire avec humour des feuillets populaires ayant trait au VIH/SIDA, comme un moyen de transmettre l'information. Une grande attention doit être accordée à la préservation de l'intégrité des communautés tribales, qui peuvent être également déstabilisées par une activité touristique non maîtrisée.

Un petit groupe a été créé au Viet Nam, « Les amis aident les amis », qui participe à l'échange d'informations entre malades. Soutenue par les autorités sanitaires, il s'agit d'une petite organisation qui possède une maison à Ho Chi Minh-Ville et qui se voit attribuer un rôle officiel. Les malades sont des agents très influents dans le travail de prévention et de traitement, en raison de leur motivation manifeste à l'endroit d'autres malades et de personnes non contaminées. L'abandon de l'approche médicale et moraliste au profit d'une approche responsable permettra aux gens de s'accepter.

En outre, des réseaux de groupes de malades sont soutenus par des fonctionnaires, sur la base de l'acceptation du VIH/SIDA par la communauté et par eux-mêmes. Des travailleurs sociaux et des employés de la santé publique sont encouragés à comprendre et à accepter les malades, afin d'aider les communautés locales à évaluer leurs pratiques et leurs attitudes.

*Source : UNESCO Workshop on Cultural Factors in the Transmission, Prevention and care of HIV/AIDS in the Upper Mekong Region, Chiang Mai, Thaïlande, juin 1999.*

- contribuer à la conception des activités et à la distribution des tâches ;
- s'assurer de la participation de la population pendant toute la durée des activités planifiées ;
- renforcer la valeur des ressources locales (connaissances, savoir-faire, contributions matérielles, mode local de paiement, même symbolique) ;
- réaliser de fréquentes évaluations de l'effort engagé et des changements obtenus, au sein de la population.

### **5.3.3 - L'IEC CULTURELLEMENT APPROPRIÉES : LE TRAVAIL DE TERRAIN ET LES ACTEURS DE TERRAIN**

#### **Les différents types d'acteurs de terrain**

Les antécédents professionnels et éducationnels des acteurs de terrain sont très hétérogènes. Ils peuvent appartenir aux catégories suivantes :

- membres du personnel ou agents contractuels relevant d'un établissement médical ou sanitaire ;
- agents permanents d'une ONG ;
- coopérants bénévoles ;



Ils peuvent être membres d'une équipe ou travailler à titre personnel avec des agents locaux ou avec la communauté locale.

Dans le cadre du travail de prévention et de traitement, il est très important qu'ils soient choisis et nommés en fonction de leur profil professionnel et personnel, par rapport à la mise en œuvre des tâches susmentionnées, ou qu'ils soient formés en conséquence.

### **Le travail de terrain, les acteurs de terrain et la prévention et le traitement du VIH/SIDA**

- Développer la **participation** à la préparation et à la mise en œuvre des projets au niveau local, pour et avec une population donnée.
- Aider les populations à mettre en lumière leurs **problèmes prioritaires** relativement à la maladie et à leurs objectifs, pour identifier les solutions qu'elles pourraient mettre en pratique par elles-mêmes et celles pour lesquelles elles auront besoin d'une assistance extérieure (mobilisation initiale et désillusion finale).
- Fournir des **informations utiles et opportunes** pour entreprendre des activités efficaces, à la demande des gens, notamment l'évaluation commune permanente des progrès accomplis et des problèmes rencontrés.
- Intégrer leur soutien aux processus culturels intérieurs de changement.

## 6 - CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Parallèlement à l'effort international vers une approche scientifique plus globale de l'épidémie et une accessibilité générale au traitement médical, l'information, l'éducation et la communication constituent un instrument clé dans la prévention et le soutien efficaces des personnes contaminées et des malades, et ce dans la perspective d'un développement humain durable. Afin que cet instrument soit pleinement approprié et que ses effets se fassent ressentir à long terme, il doit être élaboré et développé dans le contexte d'une approche culturelle. Autrement dit, la validité de l'IEC est et sera testée par la réponse des populations, qui se soldera par la conservation ou le changement de leurs manières de pensée, de leurs systèmes de valeurs et de leurs styles de vie par rapport à l'épidémie.

C'est la raison pour laquelle la recherche méthodologique doit d'abord mettre l'accent sur la compréhension des ressources et des références culturelles des gens ainsi que sur la définition des conditions permettant de les sensibiliser et de les mobiliser en matière de prévention et de traitement.

Deuxièmement, étant donné qu'aucune activité sérieuse d'IEC ne saurait faire l'économie d'une analyse approfondie des caractères spécifiques des publics cibles, l'identification et la segmentation des différents « groupes à risque », dans leur relation culturelle avec le développement socio-économique et la société dans son ensemble, doivent faire l'objet d'une description détaillée, en vue de communiquer réellement avec toutes les composantes d'une population donnée.

Enfin, des propositions sont faites quant à des méthodes plus appropriées d'IEC, associant élaboration et diffusion via une approche culturelle de tous les types de communication et d'échange, y compris les médias et l'éducation.

N.B.: Comme la préface l'a mentionné, trois autres manuels sont respectivement consacrés : à l'élaboration d'une stratégie et d'une politique, au travail de terrain et à la conception d'un projet.

