

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

PROJET DE RECHERCHE UNESCO/ONUSIDA

SYNTHÈSE DES ÉTUDES PAR PAYS

UN PANORAMA INTERNATIONAL

Études et rapports, série spéciale, n° 10

Division des politiques culturelles

UNESCO 2002

Les opinions qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'UNESCO.
(CLT-2002/WS/10)

TABLE DES MATIERES

<i>PREFACE</i>	9
<i>RESUME</i>	11
<i>AVANT PROPOS</i>	13
PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE	17
I. Introduction.....	19
II. Objectifs principaux.....	21
III. Concepts clés.....	21
IV. Hypothèses de base.....	22
V. Termes de référence d'ensemble.....	22
VI. Cadrage géographique.....	24
VII. Résultats attendus et suivi méthodologique.....	25
DEUXIEME PARTIE : SYNTHESE DES ETUDES PAR PAYS	27
I. CONSIDERATIONS GENERALES	29
1. Termes de référence des études par pays	29
1.1. Action institutionnelle.....	29
1.2. Etude de cas approfondie.....	30
2. Résultats attendus des recherches et suivi méthodologique.....	30
3. Action expérimentale et projets-pilotes.....	30
4. Propositions et recommandations pour l'utilisation de l'approche culturelle dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA.....	31
5. Suivi Pratique.....	31
6. Phases successives du travail.....	31
II. TENDENCES COMMUNES	32
1. Perception du risque: large prise de conscience, mais compréhension insuffisante.....	33
2. L'épidémie du VIH/SIDA : un phénomène socio-économique, sociétal et culturel complexe.....	35
3. Conditions socio-économiques, leur impact sociétal/culturel et le VIH/SIDA.....	36
4. L'impact multidimensionnel du VIH/SIDA.....	38
4.1. Effets socio-économiques.....	38
4.2. Impact sociétal/culturel.....	41
5. Une crise culturelle mondiale déstabilisatrice.....	42
6. Problèmes communs, diversités sur le terrain.....	43

III. DIVERSITES CULTURELLES ET SOCIETALES.....	43
1. Aires régionales sociétales/culturelles et VIH/SIDA.....	44
1.1. La sous-région de l'Afrique australe.....	44
1.2. Les Caraïbes.....	45
1.3. L'Asie du sud-est (la Thaïlande et les pays voisins).....	46
2. Diversités culturelles majeures.....	47
2.1 Traditions culturelles.....	47
2.2 Croyances religieuses.....	50
2.3. Culture, santé, vie et mort.....	52
2.4. Références sexuelles et sexualité.....	54
IV. GROUPES SOCIETAUX ET CULTURELS FRAGILES.....	59
1. Régions de fragilité géo-culturelle.....	59
2. Migrations et perte de l'identité culturelle.....	60
3. Crise des modèles familiaux.....	63
4. Culture, SIDA et rapports hommes/femmes.....	64
5. Pratiques homosexuelles : acceptabilité sociétale et culturelle.....	65
6. Travailleurs sexuels.....	68
7. Sous-cultures, violence, dépendance des drogues et irresponsabilité sexuelle.....	70
8. Jeunes : espoir ou désespoir.....	72
V. CONCLUSIONS.....	75
1. Tendances communes.....	75
2. Diversités culturelles.....	76
2.1 Particularités régionales.....	76
2.2. Spécificités culturelles.....	76
3. Motivations au changement.....	77
4. Mobilisation de masse : du devoir au consensus.....	77
VI. ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS.....	80
1. Identification des problèmes de fond et à long terme.....	80
1.1. Interactions entre la culture, le VIH/SIDA et le développement.....	80
1.2. Impact sociétal/culturel du changement socio-économique.....	82
1.3. Impact socio-économique et sociétal/culturel du VIH/SIDA.....	82
2. Références et ressources culturelles à examiner.....	83
2.1. Traditions culturelles.....	83
2.2. Croyances religieuses.....	83
2.3. Culture et santé.....	84
3. Recommandations.....	84
3.1. Contexte.....	85
3.2. Elaboration et mise en œuvre des politiques et des projets.....	85
3.3. Information/ Education/ Communication.....	86
3.4. Formation.....	86
3.5. Information et recherche.....	86
4. Implications méthodologiques.....	86

<i>ANNEXE 1</i>	91
<i>ANNEXE 2</i>	93
<i>ANNEXE 3</i>	95
<i>ANNEXE 4</i>	97

PREFACE

Cette édition est une version, étendue et plus détaillée, du Rapport de synthèse des évaluations par pays réalisées dans le cadre du Projet conjoint UNESCO/ONUSIDA "L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA". Elle présente un effort nouveau pour établir un panorama international des interactions entre cultures, développement et VIH/SIDA.

Il est maintenant largement reconnu, dans les activités de l'UNESCO et des autres agences des Nations Unies en matière de développement, que l'approche culturelle propose un concept global visant à atteindre des résultats plus efficaces, pertinents et durables dans l'action préventive contre le virus et à créer un environnement humain plus solidaire pour les personnes infectées, en s'appuyant sur la capacité des populations à comprendre et à intégrer le problème en fonction de leur propres références et ressources culturelles et à établir de nouvelles normes de comportement fondées sur des motivations nouvelles.

La première phase du projet (1998-1999), orientée vers la recherche, a abouti à neuf évaluations nationales pour l'Afrique australe, l'Asie du Sud-Est et les Caraïbes. Chacune d'elles contient, d'une part, une évaluation de l'action menée à ce jour par les institutions en faveur de la prise en considération des aspects culturels dans la prévention et le traitement et, de l'autre, une analyse approfondie des réactions des populations au VIH/SIDA, en relation avec leurs références et ressources culturelles.

En mettant en relief les tendances communes et les différences sociétales et culturelles dans des situations variées, le Rapport met en lumière l'importance de la diversité culturelle et des convergences à trouver dans l'action internationale. Plus concrètement, les résultats des évaluations nationales ont été utilisés pour identifier et formuler les concepts de base, les orientations et les méthodes pour élaborer, dans une approche culturelle, des stratégies, des politiques et des projets mieux adaptés, plus efficaces et durables.

A cette occasion, je souhaite réaffirmer trois principes fondamentaux du travail de l'UNESCO dans le domaine de la culture: la pertinence de la définition adoptée par la Conférence mondiale de Mexico sur les politiques culturelles en 1982; la dimension et les multiples applications possibles de la Résolution sur la *sauvegarde et revitalisation du patrimoine matériel et immatériel*, adoptée par la Conférence Générale à sa trentième session en 1999; et enfin la qualité et la nécessité de la coopération et de l'interaction continues entre l'Organisation et ses Etats membres.

Au total, sur la question cruciale du VIH/SIDA, le document fournit une preuve supplémentaire que, dans la prévention et le traitement de l'épidémie, comme dans d'autres problèmes liés à la continuité et au changement dans les sociétés contemporaines, la culture est toujours considérée d'une importance déterminante par la communauté internationale dans son ensemble.

Mounir Bouchenaki
Sous-Directeur général pour la culture

RESUME

Dans le cadre du Projet conjoint UNESCO/ONUSIDA "L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA", cet ouvrage présente une version augmentée et plus détaillée du Rapport de synthèse des 16 évaluations nationales et documents nationaux généraux réalisés en Afrique australe, dans les Caraïbes et en Asie du sud-est. Ce travail visait à identifier les interactions entre les cultures, le développement et le problème du VIH/SIDA, afin d'adapter en conséquence l'action de prévention et de traitement. Dans cette perspective, le document présenté ici peut être considéré comme un panorama de la situation internationale à cet égard.

Les activités d'évaluation ont porté sur deux points principaux:

- 1. Analyse de l'action institutionnelle menée jusqu'ici, dans la mesure où elle prend en compte les aspects culturels dans les programmes et projets de prévention et de traitement;*
- 2. Etude de cas approfondie des réactions des populations vis-à-vis du risque et de la nécessité pour elles de modifier leurs comportements sexuels et non sexuels à cet effet, compte tenu de leurs références et ressources culturelles.*

En principe, réaliser un tableau cohérent et complet de la situation actuelle au niveau mondial, en matière d'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, nécessite une couverture géographique large des situations nationales, si l'on veut aboutir à une vision significative du problème à ce niveau. Toutefois, par suite des contraintes de temps et de ressources, l'envergure du projet a dû être ramenée à trois zones géographiques prioritaires: l'Asie du sud-est, les Caraïbes et l'Afrique australe, où l'impact de l'épidémie a été spectaculaire au cours des années 1990.

Cette analyse a permis de formuler un premier ensemble de remarques et d'établir un résumé des principales observations faites dans ce cadre. Ainsi, bien que l'évaluation n'ait pas été mondiale à proprement parler, elle a été assez large pour permettre d'identifier, d'un côté, des tendances communes, de l'autre, des diversités culturelles et sociétales, liées à des aires géographiques plus ou moins spécifiques.

Les tendances communes ainsi identifiées sont liées avant tout à la perception du risque: partout une large prise de conscience peut être opposée à une compréhension insuffisante de la maladie. Le VIH/SIDA lui-même ne correspond pas à un problème purement médical, mais représente un phénomène socio-économique, sociétal et culturel complexe. Les conditions socio-économiques pèsent lourdement sur les références et ressources sociétales et culturelles et sur la maladie proprement dite. L'impact de celle-ci est également multiple, dans le domaine économique et social comme dans les systèmes sociétaux et culturels. En dernière analyse, le VIH/SIDA est l'indicateur d'une crise mondiale déstabilisatrice, qui frappe à la fois les modèles familiaux, les cultures rurales traditionnelles, le statut des femmes et des jeunes - avant tout à travers l'explosion urbaine mondiale.

Les similitudes dans tous ces problèmes montrent l'inadaptation fondamentale de l'action de prévention et de traitement menée jusqu'ici, face aux diversités multiples que l'on constate sur le terrain. On peut ainsi identifier des aires, sociétales et culturelles régionales de grande dimension mais posant des problèmes particuliers. D'autres diversités culturelles majeures sont liées aux traditions, croyances religieuses, représentations de la santé, de la maladie, de la vie et de la mort, normes et pratiques sexuelles. On peut également distinguer des groupes plus ou moins fragiles culturellement, vulnérables

ou effectivement à risque: des plus généraux (pauvres, femmes, enfants et jeunes) à des catégories culturelles plus spécifiques (familles, hommes /femmes dans leurs relations, communautés et migrants), et enfin, aux petits groupes particulièrement exposés au risque (jeunes entraînés dans les sous-cultures urbaines, homosexuels, actifs des professions mobiles et travailleurs sexuels).

Les évaluations nationales ainsi réalisées ont permis de tirer des conclusions et recommandations de caractère général, permettant de faire, en matière de prévention et de traitement, des propositions d'action plus efficace, mieux adaptée et entraînant des effets durables. Elles ont été utilisées pour identifier et pour formuler les concepts de base, les orientations et les méthodes visant à élaborer, dans une approche culturelle, stratégies, politiques et projets qui prendront pleinement en considération les références et ressources culturelles des différentes populations auxquelles s'adresse la Stratégie de l'ONUSIDA. C'est sur cette base que se poursuit actuellement le projet conjoint UNESCO/ONUSIDA.

AVANT-PROPOS

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

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

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

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

3) Une étude méthodologique intitulée *Changement du comportement sexuel lié au virus: Où les théories nous ont-elles menés?* Les observations les plus importantes de cette étude sont les suivantes :

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

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

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

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

Les résultats principaux du projet sont les suivants :

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

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

- 2) Trois ateliers de travail ont été organisés dans les trois sub-régions, dans le but de réunir les conclusions des études par pays et de définir des recommandations pour le suivi méthodologique et pratique du projet.

- 3) Un manuel, élaboré sur la base de ces études et ateliers de travail, contient un ensemble de propositions méthodologiques pour :
- Elaborer des stratégies et des projets en adoptant une approche culturelle ;
 - Développer des matériels et des processus d'information/ éducation/ communication culturellement adaptés ;
 - Renforcer les ressources humaines par la formation/sensibilisation à l'importance de l'approche culturelle, de tous ceux qui sont impliqués, à différents niveaux dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA ;
 - Promouvoir diverses autres données, processus, résultats des recherches et évaluations.

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

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

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

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

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

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

PREMIÈRE PARTIE :

PROBLÉMATIQUE

I. INTRODUCTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. OBJECTIFS PRINCIPAUX

L'objectif principal de ce projet est de:

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

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

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

III. CONCEPTS CLES

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

L'approche culturelle dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA constitue justement le moyen de prendre en compte tous ces aspects.

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

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

IV. HYPOTHESES DE BASE

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

En ce qui concerne la prévention et le traitement du SIDA, la prise en compte des aspects culturels signifie que toutes les références et ressources culturelles des populations constitueront des instruments clés dans l'élaboration des stratégies, des politiques et de la planification des projets, dans une perspective appropriée du développement durable. Ceci est une condition indispensable pour atteindre des changements profonds et durables des comportements humains et pour offrir une consistance réelle aux stratégies et projets médicaux et de santé.

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

V. TERMES DE REFERENCE D'ENSEMBLE

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

1. mieux comprendre les interactions existantes entre les cultures, l'évolution de la crise du SIDA et des problèmes du développement ;
2. identifier les ressources et les facteurs culturels qui jouent un rôle important dans l'évolution de la prévention et du traitement de l'infection ;
3. évaluer le rôle de ces facteurs et ressources pour donner pertinence et efficacité aux actions de prévention et de traitement, ainsi qu'aux cultures professionnelles des institutions impliquées ;
4. identifier les besoins spécifiques des groupes à risque (femmes, travailleurs sexuels, jeunes, enfants, pauvres, minorités et réfugiés) et les méthodes pour aborder leurs problèmes d'un point de vue culturel ;

5. identifier et réaliser des études de cas illustrant la manière selon laquelle la reconnaissance de ces facteurs influence positivement les résultats des stratégies et des programmes, ainsi que les conditions nécessaires pour l'adaptation des projets réussis à d'autres contextes (réplicabilité), et pour identifier ainsi les aspects prioritaires pour la recherche et les stratégies futures.

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

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

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

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

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

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

1. Evaluation institutionnelle

- Evaluer l'action institutionnelle concerne d'une part, la prise en considération des aspects culturels dans les programmes et les projets de prévention et de traitement; d'autre part, l'impact de la "culture" propre des populations (concepts et méthodes de travail) sur la compréhension et les réactions concernant l'évolution de l'épidémie (personnes infectées et malades); elle examine également les effets sociaux et culturels de l'action de ces institutions dans le contexte et la perspective du développement humain durable;

- L'évaluation porte plus spécifiquement sur la situation actuelle de la prévention du VIH/SIDA, les méthodes de dépistage et de traitement pratiquées par les différentes institutions impliquées, en accordant une attention particulière à la prise en compte des références et des ressources culturelles d'une population donnée dans les projets et programmes;
- Les institutions pratiquent-elles l'auto-évaluation de leurs activités en accordant l'attention nécessaire au respect des différents aspects culturels ?
- L'examen se doit aussi d'inclure l'étude des projets des études de cas réussis et des expériences novatrices développées jusqu'à présent, dont on peut tirer des leçons sur la base desquelles il serait envisageable de mettre en oeuvre des actions similaires ;
- Les stratégies à moyen et long terme prévoient-elles le développement des actions et des propositions pour de nouvelles politiques ?

2. Analyse approfondie (études de cas)

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

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

Les objectifs de cette investigation ont été les suivants :

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

VI. CADRAGE GEOGRAPHIQUE

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

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

VII. RESULTATS ATTENDUS ET SUIVI METHODOLOGIQUE

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

- la conception, la mise en œuvre, la modification et l'évaluation des stratégies et programmes de prévention du VIH/SIDA, dans le but d'élaborer des guides pratiques pour les planificateurs, les responsables des projets et les opérateurs de terrain;
- la mise en œuvre de programmes et projets novateurs, élaborés dans une approche globale et interdisciplinaire, pour la prévention et le traitement du virus dans un contexte multiculturel ;
- l'adaptation des stratégies, programmes et méthodes de planification des institutions à ces exigences;
- la promotion du processus participatif, du soutien et des soins des malades par la communauté, de la mise en réseau et des initiatives, de l'apprentissage interactif et de la communication à but éducatif;
- la formation/sensibilisation de tous les intervenants dans ces actions, au niveau des communautés locales, des structures administratives, des institutions éducatives et de santé, des organisations religieuses, des médias, des institutions nationales et internationales, gouvernementales et non gouvernementales;
- la promotion, auprès des populations, de la prise de conscience, du sens de la responsabilité, du respect réciproque, de l'attachement et de la compassion, des changements de comportement culturel et, de la réévaluation des traditions et des références culturelles, de la mobilisation des connaissances et des ressources spirituelles dans le combat contre le virus;
- l'identification des domaines prioritaires pour les programmes de recherche et les stratégies futures.

Ces résultats peuvent être résumés de la manière suivante :

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

DEUXIEME PARTIE :

SYNTHESE DES ETUDES PAR PAYS

I. CONSIDERATIONS GENERALES

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

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

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

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

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

1. Termes de référence généraux des études par pays

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

1.1. Action institutionnelle

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

- la situation actuelle concernant la prévention, le dépistage et le traitement du virus du SIDA, les activités dans lesquelles sont impliquées des institutions internationales et nationales et des organisations non gouvernementales;
- les éventuels exercices d'auto-évaluation institutionnelle existants ;

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

1.2. Etude de cas approfondie

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

2. Résultats attendus et suivi méthodologique possible

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

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

3. Action expérimentale et projets-pilotes

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

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

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

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

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

5. Suivi pratique possible

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

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

6. Phases successives du travail

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

En Afrique australe, la région la plus affectée par ce problème, cinq études approfondies ont été accomplies prévues pour : l'Angola, le Malawi, l'Ouganda, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe. Sept études plus courtes ont été réalisées pour le Botswana, la République Démocratique du Congo, le Lesotho, la Namibie, le Mozambique, le Swaziland et la Zambie. Grâce à ces documents, il a été possible d'une part, d'évaluer la situation dans la sous-région sur des bases concrètes et d'autre part, de définir les axes futurs d'action.

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

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

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

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

II. TENDANCES COMMUNES

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

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

A l'opposé, les différences et les spécificités des situations et contextes donnés doivent être incluses dès le départ dans la description des programmes et projets, dans la mesure où ils

concernent des aires d'action plus limitées, au niveau sous-régional ou régional, et/ou local, afin de prendre pleinement en considération les diversités sociétales et culturelles et de reformuler les projets et les activités en conséquence. C'est ainsi que l'utilisation de l'approche culturelle dans la prévention, le dépistage, le traitement médical et non médical montrera toute sa pertinence.

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

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

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

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

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

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

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

Thaïlande: images culturelles négatives

Depuis l'apparition du SIDA en Thaïlande en 1984, la maladie s'est traduite par trois types d'images culturelles négatives, qui ont un impact négatif grave sur les personnes infectées et leur famille:

SIDA: un effet du laxisme moral

Les images et interprétations du SIDA qui sont apparues et ont été transmises à l'opinion publique sont hautement négatives. Concrètement, se sont les homosexuels masculins qui sont infectés en premier puis qui transmettent le virus aux usagers de drogues intraveineuses, puis aux travailleurs sexuels. Les hommes hétérosexuels sont infectés ensuite par le virus et le transmettent à leur femme enceinte. Ainsi, leurs enfants sont séropositifs dès la naissance.

Il faut le remarquer, dans cette explication des étapes de la transmission du VIH, les premières victimes de la maladie sont les groupes déjà marginalisés dans la société Thaï. Ils font déjà l'objet d'une stigmatisation. Quand ils sont infectés par le virus, ils sont considérés comme le réservoir qui entretient et transmet le virus aux autres groupes. Ils sont encore davantage stigmatisés en tant que groupe sexuellement condamnable, dont le comportement est condamné par les normes bouddhistes. Ils sont considérés comme la cause du malheur des victimes innocentes: les femmes et les bébés. Cette perception des personnes infectées est prédominante dans la société et conduit à estimer qu'il mérite d'être puni selon leur propre karma.

Ségrégation et stigmatisation: les séropositifs comme "l'autre dangereux"

La signification biomédicale du SIDA a conduit à la croyance générale qu'il s'agit d'une maladie mortelle qui ne peut être guérie par aucun médicament existant. Le SIDA est une maladie infectieuse qui peut être transmise par le sang d'une personne contaminée, le partage des aiguilles entre toxicomanes ou par le rapport sexuel avec une personne infectée. Il n'existe aucune explication claire du mécanisme de l'infection par le SIDA. De ce fait, les séropositifs sont considérés comme des gens atteints d'une maladie qui peut causer la mort d'autres gens. Cette perception rend les séropositifs réellement étrangers à la société. Les médias diffusent cette vision dans l'opinion publique et comparent les séropositifs à des meurtriers ou à un ennemi qui doit être entièrement éliminé. Un dessin animé montre un personnage à la mâchoire sanglante tenant une épée et les campagnes du gouvernement contre le SIDA décrivent couramment celui-ci comme un désastre ou un danger silencieux.

Ceci ajoute à la description des séropositifs comme des étrangers les excluant des espaces social et moral de la société Thaï. Cette image des séropositifs a exacerbé les préjugés et la

stigmatisation sociale contre eux. Des journaux qui ont publié un article sur un séropositif qui piquait d'autres gens avec une aiguille dans un centre commercial ont atteint des records de vente et augmenter l'incompréhension vis-à-vis des séropositifs. Bien qu'on ait montré d'autres aspects de l'histoire des séropositifs et de leur famille-perte d'emploi avant l'apparition des symptômes, rejet des membres de la famille d'un séropositif ou suicide chez les personnes infectées et leur famille- l'attitude et les préjugés de la société sont restés inchangés.

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Thailand's Experience*, UNESCO, 1999.

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

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

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

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

- problèmes historiques et politiques : par exemple, dans le cas des pays colonisés (Afrique centrale et sub-saharienne, Jamaïque et République dominicaine), des pays récemment

devenus indépendants ou autonomes, et, en Afrique du Sud, par suite de l'héritage lourd de la période d'apartheid;

- maintien du déséquilibre entre les ressources existantes et la population, entre les pays du Nord et du Sud, entre les pays en développement et les pays les moins développés, à travers le processus de mondialisation, qui représente en fait une internationalisation "asymétrique" de l'économie, des finances, des connaissances, de la recherche et de l'information ;
- recherche exclusive du profit maximum à court terme dans les systèmes économiques émergents, qui mènent à l'effondrement bancaire et monétaire et, par conséquent, à des désastres sociaux ;
- la persistance, dans certains pays et groupes sociaux, de la pauvreté extrême des systèmes de santé, et donc la réduction dramatique de l'espérance de vie et de la natalité et/ou le déséquilibre immense entre la croissance familiale et les revenus ;
- l'existence d'inégalités importantes quant aux chances de développement social dans des secteurs tels que : éducation, emploi, santé, hygiène; l'aggravation des problèmes sexuels pour les femmes et les filles (même si le nombre le plus élevé de personnes infectées se trouve encore chez les hommes) ;
- les bouleversements politiques et la faiblesse institutionnelle : les guerres et les conflits internationaux frappant les populations civiles et provoquant des mouvements de réfugiés, le déséquilibre du pouvoir décisionnel interne/externe dans les situations nationales, le poids excessif de la dette extérieure, les contraintes de l'ajustement structurel, et le manque de communication entre les autorités et la société.

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

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

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

L'étendue et le poids du changement économique et ses conséquences sociales, en particulier celles liées à la généralisation de l'économie de marché, ont eu des répercussions majeures sur l'équilibre général du développement, au niveau international et national, dans les pays industrialisés, en développement ou les moins développés. En introduisant des pratiques et des systèmes de valeurs nouveaux, ces effets ont entraîné à leur tour des crises profondes d'ordre sociétal et culturel, tandis que les normes traditionnelles sont devenues de plus en plus

fragilisées et dévaluées. Les anciens systèmes de valeurs concernant divers aspects de la vie de famille et de la communauté, la solidarité entre ses membres, le sentiment de dignité et de comportement juste sont balayés par les nouvelles pratiques liées à l'autodéfense et aux intérêts individuels ou aux stratégies des groupes informels pour leur survie quotidienne; c'est l'effet de l'écrasante culture de la modernité, avec son prestige, son attrait et son exigence d'adaptation instantanée, sans lesquels ces populations sont vouées au rejet brutal.

Afrique du sud : le traumatisme de l'Apartheid

Il faut le souligner, les effets à long terme de la politique d'Apartheid ont laissé des traces profondes encore visibles dans tous les secteurs de la vie économique sociale et culturelle en Afrique du sud. En même temps, les forces culturelles actuelles découlent en partie de ces expériences traumatisantes qui ont forgé l'esprit actuel de la population sud-africaine, dans la conservation de leur tradition culturelle ou la création à travers la lutte pour leurs droits, d'une culture de la résistance, de l'affirmation de soit dans une société plus juste.

En outre, l'Apartheid aboli en principe depuis 1990, a eut des conséquences à long terme sur la plus grande partie de la population non blanche, bien au-delà des problèmes médicaux et sanitaires. Ceci nécessite qu'une réponse d'ensemble soit élaborée si l'on veut trouver dans une approche culturelle une compréhension de l'épidémie et de la stratégie pour la combattre.

Très concrètement, le système antérieur des *Homelands* et des *Bantustans* a laissé aussi des traces profondes dans la répartition géographique des populations entraînant des déséquilibres socio-économiques et socioculturels dont les conséquences sur le problème du VIH/SIDA font partie.

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

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

Les sociétés rurales et leurs styles de vie traditionnels sont en même temps en déclin, sous l'effet de l'attraction pour la ville, de l'appauvrissement continu des populations rurales et de la diminution du revenu familial, contrastant avec la croissance des grandes exploitations agricoles, qu'il s'agisse des plantations (République Dominicaine) ou de l'agro-industrie orientée vers l'exportation (Afrique du Sud, parmi d'autres).

A la fois cause et conséquence de cette évolution, les jeunes hommes qui pourraient constituer la main d'œuvre active émigrent vers les grandes villes et les pays riches. Cette tendance sans cesse croissante détruit les couples, laisse à l'abandon des femmes et des enfants dans leurs villages ou tribus d'origine et aggrave la destruction du monde rural. Cette évolution conduit aussi à la perte des références culturelles des immigrés, de leurs familles et modes de vie, en aggravant l'inégalité entre les sexes, avec un nombre important d'hommes isolés dans les grandes villes et de femmes abandonnées dans les zones rurales, où elles doivent supporter le fardeau de toute la famille et des conditions de travail extrêmement difficiles. Dans cette

situation, certaines d'entre elles émigrent aussi vers les villes ou bien se prostituent afin d'avoir une source de revenus, étant donné que les occasions de travail sont très rares, même à un niveau de rémunération très bas. De telles situations sont décrites explicitement dans les études par pays concernant la République Dominicaine, l'Ouganda ou la Thaïlande, où l'offre de "chair fraîche" pour les lieux de prostitution, y compris pour les pays voisins, constitue une activité économique bien organisée.

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

4. Impact multiple du VIH/SIDA

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

4.1. Impact économique et social de l'infection

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

Angola: les conséquences économiques du SIDA

Secteur de l'agriculture familiale

Le principal secteur économique de l'Angola est l'agriculture. En touchant la population active, notamment les travailleurs agricoles, l'épidémie peut aggraver la crise socio-économique existante dans les familles qui dépendent de ce secteur. La main d'œuvre peut être réduite non seulement par l'absence des malades, mais également des membres de leurs familles qui doivent prendre soin d'eux.

Les changements dans le recrutement et la disponibilité en main d'œuvre peut forcer les familles à abandonner une activité génératrice de revenus pour une production de simple subsistance. Cette situation réduira leurs revenus et limitera davantage la possibilité de recruter de la main d'œuvre à l'extérieur. En outre, l'utilisation du travail des enfants peut les forcer à quitter l'école. La faiblesse de la productivité menace la sécurité alimentaire des ménages entraîne la malnutrition et interfère avant tout sur l'éducation.

Du fait de la gravité de la crise économique et de l'absence d'un système d'aide social organisé en Angola, les frais d'éducation et de santé qui devraient être supportés par l'état, pèsent sur les budgets familiaux. Les frais d'assistance médicale et de médicaments concernant le VIH/SIDA sont très élevés et donc au-delà des possibilités des familles les plus pauvres et défavorisées en particulier.

Des recherches récentes montrent que les frais d'hospitalisation d'un enfant séropositif correspondent environ au triple du salaire mensuel du père. Le transport du malade et des membres de la famille qui l'accompagne augmente encore ces frais

Du fait de cette situation et de l'absence de traitement du SIDA, les populations défavorisées ne peuvent soutenir convenablement les malades. Ils peuvent même en arriver à ignorer ceux-ci, considérant inutile de dépenser de l'argent pour des gens déjà condamnés à mourir. En fait, ils peuvent même utiliser leurs rares ressources pour d'autres membres de la famille encore en bonne santé.

La réduction du revenu familiale peut conduire à une réduction des dépenses de nourriture, de vêtements et d'éducation si bien que les enfants vont quitter l'école plus tôt. La situation peut être plus grave pour les femmes qui, dans de nombreux cas, perdent leur droit d'hériter de leur mari et sont donc forcées à retourner avec leurs enfants à leur village d'origine.

Secteur informel

Du fait de la crise économique, la majorité de la population travail dans le secteur informel, où les activités de commerce sont prédominantes. Selon certains auteurs, l'importance du secteur informel contribue au développement de conduites à haut risque: prostitution, abus de drogues etc. les jeunes, surtout les jeunes femmes sont les plus exposées à ce risque. Il faut mettre en relief l'activité de ce secteur, dont beaucoup de familles dépendent pour leur vie quotidienne. En outre, les déplacements constants des marchands ambulants à travers le pays peut accentuer l'expansion de la maladie au niveau national.

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Angola's Experience*, UNESCO, 1999.

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

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

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

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

Ouganda: impact du VIH/SIDA sur la vie familiale

La capacité des structures familiales et communautaires en général à prendre en charge les malades du SIDA est fortement influencée par les niveaux de revenus et les relations sociales. Du fait que le SIDA tue dans le groupe d'âge le plus productif (20-50 ans) la maladie décime les membres les plus actifs de la famille. Dans certains cas, se sont eux qui sont censés apporter les services tels que l'argent, la nourriture et le logement.

L'impact du SIDA sur la famille lui retire le soutien économique et abandonne un grand nombre de personnes dépendantes: enfants et vieillards qui deviennent plus vulnérables.

D'après des recherches récentes les personnes appartenant au groupe à revenus élevés sont plus susceptibles d'attirer des partenaires sexuels plus entreprenants et ont probablement davantage d'argent pour récompenser leur partenaires sexuels. Ainsi, les hommes riches peuvent être plus exposés que les pauvres. De même, alors qu'on attend que les gens éduqués soient mieux informés sur la transmission du virus, il arrive qu'ils finissent par prendre davantage de risques compte tenu des liens possibles entre niveaux d'éducation et de revenus également élevés.

La recherche a également établi que la mort d'un jeune adulte n'est pas seulement une tragédie familiale mais produit des effets à long terme sur les survivants dans plusieurs domaines.

En premier lieu le choc et le traumatisme psychologique et affectif que connaissent les survivants reste largement négligé. Dans le contexte de l'Ouganda, il est prouvé que pour la plupart des communautés il n'existe pas de traitement psychologique et de centre de conseil spécialement consacré pour répondre à ce besoin.

En second lieu, le SIDA entraîne des dépenses médicales très élevées avant la mort ainsi que des frais d'obsèques également élevés. Dans le contexte culturel de l'Ouganda, la famille doit trouver les fonds pour financer le rituel funéraire, ce qui dans la plupart des cas ne peut se faire facilement. Tous ces facteurs se combinent pour rendre dévastateur l'impact du SIDA sur la vie familiale.

En troisième lieu, l'émergence du rôle des femmes dans l'épidémie, pour prendre soin des malades a exigé une adaptation radicale du soutien personnel et familial. C'est la femme qui prend soin de son mari malade jusqu'à son décès. Une femme malade peut être ramenée à son lieu natal afin que sa vieille mère puisse prendre soin d'elle. Quelques fois, quand une femme est malade sa sœur ou sa fille viendront à sa maison pour prendre soin d'elle. Quand une femme survie à son mari mort du SIDA elle devient la principale responsable de la famille. Dans certains endroits tous le monde la fuit et elle doit partir dans un autre endroit où les gens ne la connaîtront pas. Elle peut même se remarier de façon à assurer sa subsistance et celle de ses enfants ou se prostituer pour de l'argent ou d'autres cadeaux, surtout si elle est peu éduquée ou ne connaît aucun métier.

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Uganda's Experience*, UNESCO, 1999

4.2. Impact sociétal/culturel du VIH/SIDA

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

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

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

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

Le facteur aggravant le plus important reste cependant le choc culturel déclenché parmi la jeune génération par l'immersion brutale dans le monde urbain moderne, où de nouveaux migrants d'origine nationale ou étrangère, rurale et tribale ou semi-tribale (par exemple la

région du Haut Mékong en Asie du Sud-Est), doivent faire face en même temps à la société matérialiste et individualiste/égoïste, à la concurrence accrue pour l'emploi, au chômage de masse, en d'autres termes, à la "lutte pour la vie", dans un monde où les lois ne sont pas respectées.

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

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

5. Une crise culturelle mondiale déstabilisatrice

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

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

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

- crise des modèles familiaux; séparation des époux, abandon des enfants et des femmes à cause de l'extrême pauvreté, perte de l'espoir, éclatement du modèle de famille étendue en tant que structure de solidarité ;
- migrations pour des raisons économiques ou de situations conflictuelles violentes : l'identité culturelle et les liens avec la communauté d'origine sont brisés, la répercussion étant le désarroi économique, social, intellectuel et culturel ;
- extension de l'agressivité et de la xénophobie envers des populations ayant d'autres cultures, même après une cohabitation de longue durée, ainsi qu'à l'égard de l'immigration récente ;
- aggravation de la condition des femmes, entraînant la pauvreté, l'impossibilité de prendre soin des enfants et la prostitution forcée ;

- prédominance du modèle culturel urbain et de la culture urbaine de survie, entraînant la délinquance sexuelle, la dépendance des drogues, la violence et en conséquence, la devise "pas de loi pour les plus forts", résultat de l'explosion urbaine et de la promiscuité générée par l'insuffisance du logement et de l'hygiène ;
- pour les jeunes, les grandes villes représentent des lieux où saisir sa chance ou perdre l'espoir en une solution, particulièrement en matière d'éducation, d'emploi ou d'organisation de la vie adulte.

6. Problèmes communs, diversités sur le terrain

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

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

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

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

III. DIVERSITES CULTURELLES ET SOCIETALES

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

1. Aires sociétales/culturelles régionales et VIH/SIDA

1.1. La sous-région Afrique australe

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

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

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

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

modes de pensée et de comportement des populations, dans le cadre d'une amélioration générale de leurs conditions de vie.

1.2. Les Caraïbes

Si le taux d'infection est moins dramatique dans les Caraïbes qu'en Afrique du Sud, l'épidémie reste un problème important pour les pays comme Haïti, les Bahamas et la République Dominicaine, tandis que la Jamaïque, Trinidad et Tobago semblent être moins affectés, et Cuba paraît faire face à la maladie avec un réel succès.

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

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

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

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

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

Les pays de l'Asie du sud-est (Myanmar, Thaïlande, Cambodge et Vietnam), enregistrent le taux le plus élevé d'infection par le VIH en Asie. En Thaïlande cependant, il semble qu'on

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

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

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

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

2. Diversités culturelles principales

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

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

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

2.1. Traditions culturelles

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

Malawi: traditions culturelles et famille

Polygamie

La polygamie est pratiquée dans de nombreuses communautés au Malawi. Cette pratique est considérée comme un frein à l'infidélité, puisque l'homme qui a plusieurs femmes ne verra pas de raison à sortir avec d'autres. Par rapport au VIH/SIDA, le problème vient du fait que ni l'homme ni la femme n'est soumis au dépistage, chacun d'eux étant exposé à l'infection et, pour l'homme à la transmission du virus à la ou aux femme(s) avec lesquelles il est déjà marié. La polygamie est surtout pratiquée dans les régions du nord et du sud du pays. Dans le Malawi central au contraire cette pratique n'est pas très répandue.

Héritage des veuves

Selon cette coutume, la veuve est généralement "héritée" par le frère du défunt exposant chacun d'eux à l'infection si l'un des partenaires est déjà séropositif. Cette pratique est généralisée dans le Nord du Malawi où son appellation traditionnelle est *kuhara*.

Soin aux malades

Dans la plupart des familles du Malawi, le soin aux malades est avant tout laissé aux femmes, qui jouent un rôle social de soutien lié à la production et au service à la famille.

Inévitablement, si le malade est atteint du SIDA, la femme est plus exposée en donnant des soins que l'homme qui est rarement impliqué dans les soins pratiques aux malades.

Captation de propriété

A la mort du mari, sa famille s'approprie enlève l'héritage à la veuve. Certaines propriétés peuvent faire partie des sources de revenus de la famille. De ce fait, la femme est laissée sans moyens de subsistance, sauf parfois par la prostitution.

Education scolaire réservée aux garçons

La plupart des parents sentent qu'il est préférable d'éduquer un garçon qu'une fille puisque pour celle-ci le bénéfice de l'éducation ira à son mari et à ses beaux parents. Les parents considèrent également le rôle de leur fille comme sans rapport avec son éducation. Ce type d'attitude, place les filles dans des situations de risque plus grandes que leurs frères puisqu'elles ne peuvent pas résoudre les problèmes aussi bien que ceux qui sont allés à l'école.

De nombreuses autres recherches réalisées au Malawi sur les relations entre culture, prévention et traitement du VIH/SIDA ont abouti aux mêmes conclusions. Ce n'est donc pas le manque d'information sur les relations entre culture et VIH/SIDA au Malawi qui pose de grands problèmes.

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Malawi's Experience*, UNESCO, 1999.

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

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

Angola : pratiques traditionnelles et expansion du VIH/SIDA

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

- l'apprentissage des relations sexuelles dans le cadre ou en dehors des rites d'initiation: le moyen traditionnel d'apprentissage contribue aussi à la dissémination de la maladie, étant donné que les " adultes éducateurs " (hommes et femmes) peuvent être infectés sans le savoir ;
- les scarifications, avec une attention spéciale pour les tatouages, qui constituent pour certains groupes ethnolinguistiques des signes de beauté. Ces pratiques peuvent transmettre le virus par suite de l'utilisation d'instruments infectés ;
- les pratiques de la fraternité du sang selon lesquelles deux personnes échangent et boivent leur sang en signe de confiance réciproque. Il s'agit en général d'un pacte entre deux personnes ou représentants de deux groupes visant à consolider leurs relations par un rite au cours duquel ils échangent leur sang. Ce pacte instaure la fraternité et une amitié sacrée et profonde qui, en cas de trahison, demande la punition. En Angola, les jeunes Kikongo échangent du sang pendant le rite de la circoncision : "Après avoir trempé du manioc dans le sang de la peau de leur prépuce, ils mangent "le pain de la fraternité";
- la circoncision (individuelle ou collective) : quand elle fait partie des rites d'initiation, cette pratique concerne la jeune génération. Si la lame est infectée, chaque initié risque l'infection ;
- l'utilisation par les sages-femmes d'objets infectés pour couper le cordon ombilical. Selon une fille Kikongo, la méthode traditionnelle ne recourt pourtant pas à des objets coupants : "*Ils font un nœud, ensuite tendent le cordon à partir de ce nœud et celui-ci se casse sur le coup*";
- la polygamie: certains participants pensent que la polygamie pratiquée de manière traditionnelle protège l'homme et ses femmes des MST et du SIDA. D'autres ne sont pas d'accord avec cette opinion, du fait que les hommes n'ont pas de relations avec toutes leurs femmes en même temps. Il les "acquiert" à travers le temps et, dans certains cas, il devient polygame en pratiquant la substitution. Les manifestations modernes de la polygamie et probablement la promiscuité dans les couples qui ne partagent pas la même maison contribuent à la transmission des MST, en particulier du SIDA ;
- la défloration des filles par leurs pères : c'est une pratique observée dans certains groupes, mais qui peut faciliter la transmission du SIDA ;
- le mariage traditionnel intra-tribal : c'est un moyen de protéger le groupe dans lequel la maladie pourrait se répandre, à condition que certains de ses membres ne soient pas infectés ;
- certaines méthodes traditionnelles de guérison qui utilisent des objets pointus ou coupants ;
- les pratiques de substitution ou assimilées.

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Angola's Experience*, UNESCO, 1999.

Certaines études par pays mettent en évidence le fait que d'autres pratiques et normes de comportement pourraient être considérées comme facteurs de risque : par exemple, le mariage précoce des filles, la promiscuité et la violence sexuelles, les grossesses prématurées et trop fréquentes chez les femmes mariées, les relations sexuelles extraconjugales des hommes pendant la période post-partum des mères, la polygamie, liée en général au système sociétal agraire et aux principes traditionnels de la population musulmane. Ce dernier point donne pourtant lieu à de nombreuses discussions parmi les traditionalistes. Finalement, le sentiment de supériorité profondément enraciné chez les hommes, comme le *machisme* dans les pays

d'Amérique latine (République Dominicaine et même le Cuba) et le principe du statut privilégié des fils et des garçons dans l'éducation et la vie sociale, si ancien et largement accepté dans de nombreux pays (Méditerranée, Pays arabes, Inde, Amérique latine), sont considérés comme entraînant les hommes à l'infidélité sexuelle, y compris avec des partenaires multiples.

Dans d'autres pays, on constate, au contraire, un effort de la part des jeunes pour faire revivre les cultures et les traditions, en témoignage de respect envers les plus âgés dans les communautés et envers les ancêtres dans la religion et la morale, comme c'est le cas par exemple des communautés Zoulou et Xhosa en Afrique du Sud. Dans le contexte de la contamination mère/enfant pendant la grossesse ou la période d'allaitement ou, plus généralement dans le cadre des relations parents/enfants, ces initiatives peuvent apparaître comme des tentatives pour rétablir la responsabilité entre générations, avec une application possible au risque de transmission du VIH/SIDA.

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

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

2.2. Croyances religieuses

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

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

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

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

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

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

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

Malawi : Médecine traditionnelle et sorcellerie

De nombreuses communautés croient que le VIH/SIDA peut résulter de pratiques magiques. Certaines distinguent le SIDA de deux maladies classiques "tsempho" et "kanyera" qui ont des

symptômes analogues au SIDA. Ces deux maladies sont considérées par ces communautés comme causées par les conduites suivantes:

"*Tsempho*" : - violation des tabous sexuels
- relation sexuelle extra-maritale
- promiscuité
- rapports sexuels avec une femme qui a fait une fausse couche

"*Kanyera*" : - relation sexuelle avec une femme pendant ses règles
- relation sexuelle avec une accouchée récente
- relation sexuelle avec une femme qui a fait une fausse couche
- relation sexuelle avec une personne déjà malade

Il n'existe pas de distinction claire entre certains symptômes du tsempho, de la kanyera et du SIDA : chute des cheveux, perte de poids, diarrhées, abattement. Toutes les trois ont un symptôme commun: la promiscuité. Ainsi, si les membres de la communauté sont convaincu que quelqu'un atteint d'une maladie liée au SIDA souffre en réalité du tsempho ou de la kanyera il est conduit directement chez un guérisseur traditionnel pour subir un traitement. La raison de ce choix est qu'ils estiment que la maladie peut être traitée par les plantes médicinales. Dans l'intervalle, le patient exposera les autres, notamment son conjoint, à un risque élevé de contamination.

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Malawi's Experience*, UNESCO, 1999.

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

2.3. Culture, santé, vie et mort

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Les références culturelles et la sexualité

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

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

Croyances traditionnelles sur la fécondité et la sexualité en Jamaïque

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

La sexualité est également considérée comme une raison de vivre en Jamaïque. Les femmes, dit-on, doivent avoir des enfants ou doivent "atteindre leur quota..." afin de justifier leur existence et de donner libre cours à leur vitalité naturelle. En même temps, les jeunes hommes doivent prouver leur masculinité en laissant les femmes enceintes. En fait, selon les recherches récentes sur les sexes et la sexualité dans les Caraïbes, plusieurs caractéristiques rituelles démontrant la masculinité des hommes sont en réalité des caractéristiques féminines ou qui ont des effets négatifs sur le bien-être des femmes.

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care : Jamaica's Experience*, UNESCO, 1999.

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

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

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

Ouganda: Rapport sexuel rituel

L'intensité de l'expérience sexuelle peut souvent être associée à d'autres événements importants, comme une façon de leur donner un surcroît de signification dans la vie courante. Chez les Ankole de l'Ouest, il y a au moins trente-trois occasions spéciales qui sont censées être associées à des rapports sexuels rituels entre mari et femme. C'est notamment la moisson la construction d'une nouvelle maison et la naissance des enfants. Chez les Bunyoro, des gestes rituels symbolisant la relation sexuelle et parfois la relation elle-même sont pratiqués. Ainsi, afin de s'éloigner de la mort après une période de deuil ces relations doivent être pratiquées par la veuve et par certains autres hommes de la famille, voir pratiquées avec des étrangers. Des actes sexuels rituels font également partie des activités d'initiation dans le culte de guérison Mbandwa chez les Banyoro. Pendant le rituel d'initiation, les dieux sont censés devenir très excités et l'initié est en danger rituel considérable (mahano).

Chez les Buganda, la nuit du mariage, l'attente paternel de la fille doit être présente pour donner les explications et parfois démontrer physiquement l'activité sexuelle elle-même à la nouvelle épouse.

Les rapports sexuels sont parfois considérés comme faisant partie des rituels entourant la mort et l'héritage des veuves. Chez les Sebei, l'héritier légal doit avoir une relation sexuelle avec la veuve pour nettoyer les cendres, *erandet*, trois jours après le décès

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Uganda's Experience*, UNESCO, 1999.

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

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

Angola : résistance à l'utilisation des préservatifs

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

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

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

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

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

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

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care : Angola's Experience*, UNESCO, 1999.

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

Afin d'inculquer un sentiment de protection de la santé des siens et des autres et de les protéger du risque de mourir plus tôt et dans de grandes souffrances, il serait utile de mobiliser certaines valeurs, comme par exemple : l'amour réciproque entre les époux ou les partenaires, l'amour des parents et en particulier des mères pour leurs enfants.

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

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

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

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

Il existe probablement d'importants malentendus au sujet du vocabulaire des populations en matière de sexualité. Cet aspect n'a pas été bien étudié et documenté jusqu'à présent. Ceci peut conduire les agents extérieurs chargés de la prévention et des soins à considérer que les femmes sont en général ignorantes par rapport à leurs fonctions physiologiques (Ouganda, République

Dominicaine, Thaïlande). La situation réelle dans ce domaine devrait être analysée d'une manière plus approfondie.

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

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

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

Par suite des difficultés économiques d'une grande partie des gens infectés et du chômage qui survient dès l'apparition des symptômes, l'achat des aliments et médicaments est beaucoup plus difficile. Seule une minorité réduite a accès aux médicaments anti-virus. La discrimination est en fonction de la classe sociale et de la génération. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont plus marginalisées dans leur familles et leur communauté, et les moins jeunes, par les services de santé.

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

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

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

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care : Dominican Republic's Experience*, UNESCO, 1999.

IV. GROUPES SOCIETAUX ET CULTURELS FRAGILES

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

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

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

En même temps, puisque les conditions socio-économiques et les systèmes des ressources/références sociétales/culturelles sont plus ou moins affectés par le processus de mondialisation, les risques diffèrent d'une population à l'autre. Cette observation, valable pour l'accès aux soins médicaux et au traitement médical avancé du VIH/SIDA, s'applique également en ce qui concerne l'exposition aux risques médicaux et sanitaires liée à leurs conditions de vie quotidienne.

1. Régions de fragilité géo-culturelle

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

Comme on l'a montré dans l'analyse des tendances communes, les facteurs aggravants de l'expansion de l'épidémie sont d'abord la pauvreté, le chômage, le manque d'éducation et de logement, le délabrement ou l'absence des systèmes de santé, le travail migrant et/ou précaire,

qui menace surtout le groupe d'âge de 15 à 35/40 ans, avec une proportion croissante de femmes contaminées.

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

2. Migrations et perte de l'identité culturelle

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

Zimbabwe de l'Ouest: migrations, déstabilisation de la communauté locale et VIH/SIDA

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

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

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

aux femmes dont les hommes sont partis pour longtemps, l'occasion de trouver des partenaires pour satisfaire leurs besoins sexuels.

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

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care : Zimbabwe's Experience*, UNESCO, 1999.

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

Ouganda: Migration et VIH/SIDA

L'immigration est un important facteur de risque, aggravé par les pratiques pastorales, lorsque les bergers pratiquent la transhumance saisonnière avec leur troupeau pour chercher eau et pâturage de bonne qualité. En outre, hommes et femmes émigrent fréquemment vers les villes pour rechercher un emploi. Des études montrent que les femmes dont le mari est mort du SIDA, émigrent vers les villes pour éviter la stigmatisation ou chercher des moyens de subsistance économique. Le commerce sexuel trans-frontalier est un autre facteur de maladie sexuellement transmissible, là où il représente un comportement acceptable. De même, la polygamie est considérée comme une chose naturelle. Quand à la stabilité du groupe, les personnes religieusement pratiquantes peuvent y réussir sinon c'est impossible. Il semble exister des valeurs et modèles communs à ce groupe justifiant le changement de partenaire. D'autres justifications existent également tels que, les difficultés matérielles: absence de logement ou pouvoir d'attraction des femmes qui sont plus nombreuses que les hommes dans ce genre d'endroit. D'autres excuses sont basées sur l'immaturité due à la jeunesse.

En ce qui concerne les différentes pratiques sexuelles qui garantissent la sécurité dans les rapports, aucune n'est admise ni acceptée. Les pratiques légitimes se limitent à la pénétration alors que les autres sont considérées comme insignifiantes ou inintéressantes.

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Uganda's Experience*, UNESCO, 1999.

De même, dans les activités minières et industrielles, les travailleurs migrants - représentant souvent la majorité de la force de travail manuel, dans des secteurs d'activité particulièrement difficiles - sont spécialement exposés à la perte de leur identité sociétale et culturelle et donc à être contaminés par le virus. Ils peuvent être facilement conduits à recourir à tous les moyens pour trouver apaisement et détente le soir. De plus, la plupart d'entre eux habitent dans des foyers, loin de leurs partenaires sexuels réguliers ou de leurs femmes. Ils se tournent donc vers des prostituées, des partenaires sexuels occasionnels ou pratiquent le partage des femmes. Ces conduites sont souvent associées à la consommation d'alcool ou des drogues, notamment parmi les générations les plus jeunes et à des pratiques sexuelles irresponsables, en relation avec leur situation d'isolement et la "loi sauvage" des sous-cultures urbaines.

Cuba : comportements des migrants et VIH/SIDA

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

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

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

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

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

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care : Cuba's Experience*, UNESCO, 1999.

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

3. Crise des modèles familiaux

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

Thaïlande: crise familiale profonde dans les régions les plus pauvres

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

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

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

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

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

La crise actuelle, déclenchée par la révolution urbaine et le modèle familial "nucléaire" (parents avec 2 enfants), et entrant en interaction avec le VIH/SIDA, constitue à la fois un facteur aggravant et une conséquence pour les personnes infectées et malades, ainsi que pour leurs conjoints et enfants. La solidarité familiale est affectée par la séparation des parents pour des raisons économiques ou par la rigidité excessive des structures de pouvoir familiales. Conjointement à l'alimentation insuffisante et aux conditions de vie misérables, ces structures s'opposent aux messages de prévention du virus, interdisant aussi l'accès aux unités sanitaires ou médicales. Ces difficultés accroissent le risque de contracter des maladies, parmi lesquelles les MST en général et le VIH/SIDA. L'expansion de l'infection mène à l'accroissement de l'impossibilité de travailler et à l'aggravation de la pauvreté, autre choc porté à la stabilité de la vie familiale.

4. Culture, SIDA et rapports hommes/femmes

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

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

Angola: femmes, mariage et systèmes informels

Le système traditionnel de mariage en Angola est semblable à ceux des autres pays de l'Afrique australe. En général, c'est le résultat des ententes et alliances familiales plutôt que des décisions individuelles. Dans de nombreux cas, sa réalisation, qui nécessite une longue

période de préparation, est marquée par des stades rituels qui diffèrent en fonction de chaque groupe ethnolinguistique du pays.

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

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

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

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

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

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

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care : Angola's Experience (UNESCO, 1999)*.

5. Pratiques et communautés homosexuelles : acceptabilité sociétale et culturelle

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

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

Jamaïque: masculinité, colonialisme et homophobie

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

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

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

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

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

Source: A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care : Jamaica's Experience, UNESCO, 1999.

De l'examen des études par nationales réalisées dans le cadre du projet, il apparaît que les relations homosexuelles masculines sont plus fréquentes que cela est publiquement admis, même si elles sont considérées comme honteuses et inacceptables - et conséquemment niées - dans les sociétés où la masculinité constitue une valeur prédominante de l'individu et de la communauté. En effet, dans de nombreux pays, les relations sexuelles entre hommes sont pratiquées comme des substituts aux relations hétérosexuelles, là où ces relations sont contrôlées par le système de pouvoir social et moral. En outre, elles tendent à se développer dans les situations où des hommes jeunes et adultes sont isolés, par exemple dans des prisons,

les logements collectifs ou quand il leur est économiquement impossible de rencontrer des prostituées. En outre, on observe une tolérance sociale croissante vis-à-vis de l'homosexualité masculine dans les sociétés urbaines et modernes, notamment dans les pays occidentaux, chez les jeunes, ainsi que dans d'autres sociétés, où elle est historiquement admise (par exemple, sous la forme des travestis à l'occasion des célébrations religieuses ou culturelles, ou lors des célébrations de fin d'études des adolescents).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Cuba's Experience*, UNESCO, 1999.

6. Travailleurs sexuels

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

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

Ouganda : le sexe pour l'argent

Le sexe pour l'argent

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

Des recherches établissent une distinction entre différents concepts de la prostitution et font valoir qu'il arrive aux femmes Bagandas et Bakigas de se vendre pour échanger, ou pour recevoir des cadeaux de leur partenaire stable. Toutefois ces recherches ont distingué quatre classes de prostituées à Kampala : les Bahayas qui se prostituent dans certains bidonvilles, les serveuses de bar, les prostituées bien habillées et éduquées de la bourgeoisie et les homosexuels qui ont surtout des européens pour clients

Source: *A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care: Uganda's Experience*, UNESCO, 1999.

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

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

Des entretiens ont été réalisés avec des jeunes qui pratiquaient la prostitution. Quatre jeunes prostitués étaient des mineurs de 16 à 18 ans. Les travailleurs de la rue avaient été initiés sexuellement à l'âge de 9 à 11 ans et ceux des bordels, à 14-15 ans. Ils considèrent que la

situation concernant le SIDA est "dangereuse", "parce que plusieurs personnes en sont mortes". Ils connaissent de 1 à 4 personnes ayant le SIDA. Quatre travailleurs sexuels plus âgés avaient entre 22 et 26 ans et avaient commencé le travail sexuel entre 11 et 17 ans. Ils connaissent 2 à 4 personnes mortes du SIDA.

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

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

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

Source : *A Cultural approach to HIV/AIDS Prevention and Care : Dominican Republic's Experience*, UNESCO, 1999.

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

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

Les raisons pour lesquelles les hommes préfèrent avoir plusieurs partenaires sexuels sont complexes : isolement de leur famille, mobilité professionnelle, aspects culturels de la masculinité et sentiment profondément ancré de leur supériorité. En outre, en l'absence d'autres centres d'intérêt ou activités de loisir, le sexe sera l'occasion la plus évidente de divertissement

pour la plupart des jeunes, les conquêtes sexuelles et la multiplicité des rencontres occasionnelles étant un facteur important de prestige devant leurs semblables.

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

Afrique du Sud : Sous-cultures, irresponsabilité sexuelle et toxicomanie

La situation respective des hommes et des femmes sur ce terrain présente des différences significatives. Dans certains groupes tribaux, la polygamie est encore pratiquée malgré ses contraintes économiques. Cependant les relations sexuelles multi-partenaires sont beaucoup plus fréquentes chez les hommes qui vivent en milieu urbain. Beaucoup d'entre eux, adoptent ce type de comportement sexuel du fait de leur isolement par rapport à leur milieu familial et communautaire et au soutien qu'ils apportent mais également comme une façon de leur donner un sentiment de supériorité.

En outre, en l'absence d'autres activités de loisir, la vie sexuelle représente le divertissement le plus évident pour les jeunes, d'autant plus que les conquêtes sexuelles et la multiplication des partenaires féminines est une source de prestige importante dans les groupes de jeunes. Dans une certaine mesure, la vie urbaine facilite pour les femmes la rencontre d'hommes jeunes et adultes, au moins dans la nouvelle bourgeoisie. Ainsi, pour les adultes comme pour les jeunes, hommes et femmes, l'ampleur de la vie sexuelle ne doit pas être sous-estimé.

Jusqu'à présent, il ne semble pas que l'utilisation d'aiguilles infectées pour l'injection de drogues joue un rôle important dans la diffusion du virus. Cependant la situation à cet égard change rapidement et le diagnostic possible d'ici quelques années sera sans doute très différent.

Un autre phénomène important est que l'homosexualité masculine est considérée comme un sujet hautement tabou. Elle ne semble pas représenter une pratique très répandue dans la population noire pour autant qu'on puisse en juger par l'information disponible sur ce sujet. La seule exception reconnue est la population carcérale, pour des raisons d'isolement sexuel et de promiscuité (141 000 prisonniers dont 46% ayant moins de 25 ans en 1997). Il faut noter cependant que les mouvements et groupes de pressions se développent surtout dans la communauté blanche en particulier dans la région du Cap et font pression sur le gouvernement pour prendre des mesures importantes contre le VIH/SIDA.

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

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

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

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

8. Jeunes : espoir ou désespoir

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

Afrique du Sud: football, amour et VIH/SIDA-le projet LADUMA

Une bande dessinée sur la prévention a été lancée par le Comité National du SIDA en Afrique du Sud. L'histoire a été imaginée à travers des ateliers de jeunes de Khayalitsha et Gijalitu, deux bidonvilles de la zone du Grand Cap. Des groupes cibles ont été créés également parmi les jeunes à Kwanashu, Inando et Thronwood (Kwazulu natal)

Le projet a été financé par le Département de la Santé du Cap Ouest, la Fondation Levi-Strauss, l'Agence australienne de développement international (AUSAID) et le Haut Commissariat britannique. Un soutien financier au projet a été donné par l'Union Européenne.

Le scénario relate ce qui arrive à un jeune africain de Khayalitsha qui a de grands rêves d'avenir et une jolie petite amie avec laquelle les partager. En outre c'est un brillant footballeur qui peut envisager d'être au sommet de la ligue de football. Malheureusement, il a une relation sexuelle passagère avec une fille déjà contaminée par l'un de ses copains sans préservatif et se trouve donc infecté. A son tour, il transmet le virus à sa petite amie ce qui manque d'entraîner une rupture de leur relation et de ses rêves de carrière dans le football. En fin de comptes, il se réconcilie, s'informent l'un l'autre de leur séropositivité et s'engagent à avoir des rapports protégés à l'avenir.

Cette bande dessinée est accompagnée d'un jeu de questions à discuter soit à l'école soit dans les groupes de jeunes, les équipes sportives les communautés religieuses, les groupes politiques ou même les soirées entre amis. Des jeux de rôle peuvent aussi être développés sur la base de cette histoire. Ensuite vient une démonstration photographique de la pause du

préservatif. Une section informative est présentée ensuite, sous la forme de questions-réponses. La section finale résume le contenu pédagogique de l'histoire par sujets: soignants et cliniques, notification aux partenaires, amour, confiance, service médical, respect mutuel

Conclusion: cet exemple est particulièrement intéressant à décrire puisque son effet attendu est fondé sur deux valeurs maîtresses de la culture des jeunes sud africains: les sports, surtout le football chez les jeunes noirs et l'ensemble amour/sexualité, deux composantes importantes de la culture de la modernité.

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

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

Afrique du Sud: le lieu de travail, site stratégique pour la prévention

Le ministère de la Santé d'Afrique du Sud et l'Union Européenne ont réalisé en coopération avec l'agence communautaire pour la recherche sociale, un manuel intitulé "Guide pour le développement sur le lieu de travail de politiques et de programmes pour le VIH/SIDA et les MST".

Les arguments qui jouent en faveur du développement de programmes sur le lieu de travail sont fondés sur une approche liée à l'entreprise et au marché. Ainsi, il est souligné que l'absentéisme lié au SIDA, la perte de productivité et les frais de remplacement des employés, menace la survie d'un certain nombre d'affaires et de secteurs industriels dans le contexte de la concurrence mondiale croissante. En outre, le VIH/SIDA n'affecte pas seulement les travailleurs, mais "en pesant sur les revenus disponibles d'une grande partie de la population urbaine et en appauvrissant familles et communautés il affecte aussi le marché de la consommation dans l'économie sud africaine.

L'argument central du manuel est donc clairement orienté vers l'entreprise et l'économie. il vise donc à impliquer le secteur de l'entreprise dont le rôle dans la nouvelle Afrique du Sud est crucial. En même temps il souligne que, afin de réaliser des progrès significatifs dans la lutte contre l'épidémie, il est indispensable de bâtir un vrai partenariat impliquant le gouvernement, le secteur privé et la communauté, autrement dit la société civile et sur le lieu de travail tous les employés.

Le manuel contient aussi certaines informations et fait état de sujet de nature socio-culturelle explicite et implicite. Par exemple, parmi les déterminant socio-économiques du VIH/SIDA, le manuel mentionne:

- l'émigration et la main d'œuvre migrante;
- les foyers réservés aux travailleurs masculins;
- les logements surpeuplés;
- le manque d'activités de loisir;
- le manque d'information, pertinente;

-le chômage élevé;
-l'exploitation des femmes.

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

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

Afrique du Sud: jeunes, culture de l'espoir ou du désespoir

Les jeunes et la ville

Deux tendances différentes d'évolution sont observées chez les jeunes, liées en partie pendant la période d'Apartheid mais qui continuent à se développer dans le nouvel environnement politique:

1- la migration massive des jeunes vers les grandes villes où ils espèrent trouver un gagne pain soit dans des emplois officiels soit dans certaines activités du secteur informel, surtout des emplois non qualifiés, et très mal payés.

2- sous prolétarianisation grave de la population urbaine et, par réaction émergence d'une contre culture. Malheureusement, beaucoup de jeunes ne trouvant pas de travail même dans le secteur informel se tournent vers de s activités illégales. Même ceux qui trouvent un travail vivent fréquemment dans des logement s aux foyers sordides ou ils vivent entassés dans des espaces réduits, isolés de leur familles la plus grande partie de l'année. En outre, ils occupent tr7s probablement des emplois précaires. Ainsi, la plupart sont gravement exposés à l'alcool, à l'abus des drogues et aux conduites sexuelles irresponsables et du fait de l'urbanisation sauvage, vivent dans un environnement d'aventures parfois violentes et criminelles.

L'avenir et le passé: espoir ou désespoir.

De façon paradoxale, selon des sondages d'opinion, dans la population urbaine noire (50% de la communauté noire dans son ensemble) les jeunes gens de 18 à 30 ans suivent des modèles de vie et de culture très différents:

- 25% d'entre eux se sentent bien intégrés dans le modèle culturel occidental, urbain et industriel, ce que montre leurs systèmes de valeurs, styles de vie, préférence pour la famille nucléaire et projets d'avenir.

- 25% également se sentent fortement liés aux traditions, c'est à dire à leur identité et à leurs origines et au besoin de respecter l'autorité et les anciens;
- un troisième groupe, encore gravement traumatisé par l'Apartheid dans leurs valeurs et normes de comportements restent orientées vers le militantisme même compte tenu des changements politiques du pays et peut réagir violemment à ce qu'ils considèrent la lenteur inacceptable des réformes institutionnelles;
- le quatrième groupe se sent profondément marginalisé et se concentre sur la lutte quotidienne pour la survie et ne fait donc pas des projets d'avenir. ces jeunes vivent en petits groupes, s'intéressent dans un certaine mesure à la pop music et a certains sports mais sont également en situation de risque grave par rapport à l'alcool, la drogue et la violence.

Ces deux derniers groupes sont les plus exposés à l'infection par le VIH, davantage encore pour les filles que pour les garçons. Certaines filles, très jeunes, entre ainsi dans la prostitution.

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

V. CONCLUSIONS

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

1. Tendances communes

- a) Il y a actuellement une prise de conscience mondiale du danger du VIH/SIDA, mais elle n'entraîne pas une motivation suffisante parmi les populations en général, pour leur faire adopter un changement significatif dans leurs comportements sexuels et non sexuels en matière de prévention et de traitement de l'épidémie. Cette attitude s'explique par des raisons extra-médicales et sanitaires, qui doivent être mieux comprises et intégrées dans les nouvelles stratégies. En outre, les méthodes d'information sont souvent mal adaptées aux modes de compréhension de la population.
- b) Le VIH/SIDA est en interaction permanente avec les cultures des populations et avec le socio-économique général.
- c) Ces interactions, comme tout processus interactif, créent des situations et des obstacles qui réduisent l'efficacité de l'action médicale et informative. Ces interactions peuvent être synthétisées comme suit :
 - l'expansion de l'épidémie est fortement influencée par les problèmes de développement économique et social, puisqu'elles affectent gravement les conditions de vie des populations ;
 - l'évolution socio-économique a également un impact très lourd sur les systèmes de valeurs sociétales/culturelles et sur les modèles de vie traditionnels des populations, notamment dans les pays en développement, surtout sous l'effet des mouvements de

population, des migrations, des conditions misérables de vie et d'habitation, aggravant ainsi considérablement les risques d'infection ;

- le VIH/SIDA, à son tour, entraîne des effets importants d'ordre économique, social, sociétal et culturel.
- d) Toute stratégie fiable de prévention et de traitement devra prendre en considération la relation entre les références et les ressources culturelles des populations et les problèmes du développement socio-économique.

2. Diversités culturelles

2.1.Particularités régionales

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

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

2.2. Spécificités culturelles

Les spécificités culturelles majeures ne correspondent pas nécessairement aux entités nationales. Les références culturelles, trop aisément considérées comme des obstacles, dans la vision à court terme de la situation, sont plutôt les styles de vie, les systèmes des valeurs, les modes de penser qui subiront probablement des changements, à travers la réévaluation de soi. En outre, des ressources culturelles doivent être identifiées et utilisées

dans les populations afin de les d'impliquer pleinement dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA.

Ces références et ressources culturelles pouvaient être catégorisées comme suit :

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

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

3. Motivations au changement

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

4. Mobilisation de masse : du devoir au consensus

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

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

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

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

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

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

prestige. En outre, il se peut que les règles familiales traditionnelles imposent le silence sur ce sujet.

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

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

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

- lancer une mobilisation de masse dans le cadre des institutions, de la société, des familles et des populations;
- accroître la prise de conscience par la population du besoin de changement dans leurs comportements;
- développer les relations de proximité entre les institutions de prévention/traitement et les populations;
- élaborer et utiliser des messages et des processus d'IEC culturellement appropriés;
- coopérer avec la société civile, les communautés religieuses et les chefs traditionnels;
- mettre en oeuvre des projets de prévention et de traitement fondés sur les communautés locales;
- élaborer ou adapter des systèmes de formation pour les planificateurs, les fonctionnaires, les employés des médias, les éducateurs scolaires ou non scolaires, les travailleurs sociaux et le personnel médical;

- encourager la nouvelle création liée au VIH/SIDA (matériel créatif de prévention/information, création littéraire et artistique sur le sujet) et mieux articuler la prévention et le traitement avec la vie sportive;
- accorder une attention particulière aux groupes à risque ;
- examiner de manière plus approfondie les "zones grises".

VI. ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

1. Identification des problèmes de fond et à long terme

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

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

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

- **L'expansion de l'épidémie du VIH/SIDA est étroitement liée aux grands problèmes du développement** (surtout dans les pays en développement et ceux qui sont sérieusement frappés par la crise économique internationale), ainsi qu'aux **interactions complexes de ces problèmes, en termes de crise des systèmes des valeurs ou de la réaction dynamique des populations de ces pays en fonction de leur culture** (v. ci-dessous une description plus complète). Les situations les plus frappantes sont les suivantes :
 - le commerce multiséculaire d'esclaves et la colonisation de l'ensemble de la région africaine (conséquence de l'apartheid en Afrique du Sud) et, pendant les dernières 30 années, le déséquilibre durable et croissant des relations Nord/Sud;
 - les conflits violents internes ou entre pays, les guérillas, les révolutions politiques latentes, dans plusieurs parties de toutes les régions;
 - les inégalités économiques, sociales, éducationnelles et sanitaires, les insuffisances des politiques de santé, dans l'ensemble des régions ;

- le tourisme sexuel, entraînant un haut niveau de prostitution, surtout parmi les jeunes (par exemple en République Dominicaine, Thaïlande, dans certains pays du Sud méditerranéen).
- Un autre grand problème est l'extrême pauvreté dont les conséquences sont:
 - la durée de vie et le taux de mortalité des enfants encore critiques;
 - la croissance démographique déterminant d'immenses déséquilibres entre les revenus des familles;
 - de grandes disparités entre régions et communautés (par exemple, les communautés blanches et noires en Afrique du Sud), entre minorités privilégiées et sous-privilégiées dans plusieurs pays, ainsi qu'entre majorités et minorités culturelles (par exemple, les populations tribales en Asie du Sud-Est).
- Développement social inéquitable :
 - différences dans l'accès à l'éducation entre filles et garçons, entre enseignement et scolarisation primaire, secondaire et supérieure ;
 - inégalités sanitaires relatives aux maladies graves (infections et autres problèmes de santé dus à la malnutrition) et au manque d'hygiène;
 - haut niveau du chômage, surtout parmi les jeunes et les femmes;
 - persistance des problèmes fondamentaux d'égalité entre les sexes.
- Déficiences et faiblesses des systèmes institutionnels nationaux:
 - guerres perpétuelles, guerres civiles et autres conflits violents;
 - déséquilibre du pouvoir décisionnel interne/externe économique et socio-politique des situations nationales;
 - poids excessif des contraintes d'ajustement structurel dans les politiques nationales pour le développement social, y compris la santé ;
 - manque de communication entre les autorités publiques et la société ;
 - déséquilibre dans les allocations budgétaires au niveau national (politiques de santé insuffisamment budgétisées).

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

fiable, la médecine traditionnelle étant regardée comme plus compréhensible et plus rassurante).

2. Références et ressources culturelles à examiner :

2.1. Traditions culturelles :

- Les traditions culturelles donnent le sentiment d'appartenance à une communauté et l'estime de soi conséquente (il n'y a pas d'approche purement individualiste dans les pays non occidentaux).
- Néanmoins, quelques traditions peuvent être considérées comme des facteurs de risque comme, par exemple :
 - la circoncision et l'excision;
 - la polygamie, fréquente dans les sociétés agraires, disparaissant graduellement avec le développement économique et la modernisation, mais de plus en plus remplacée par des pratiques sexuelles multipartenaires, notamment dans le cas des migrants et des professions itinérantes, (surtout chez les hommes), accroissant ainsi l'intensification de la prostitution permanente ou occasionnelle;
 - la violence sexuelle contre les femmes, les filles et les enfants, parfois dans le cadre de la famille (comme rituel de passage, pratique de "nettoyage" des maladies sexuelles ou démonstration "sauvage" du pouvoir masculin, surtout dans les sous-cultures urbaines);
 - le sentiment de supériorité de l'homme et le "machismo" ostensible, surtout dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, où ils sont associés à la misogynie et à l'homophobie (v. l'encadré "Jamaïque : masculinité, colonialisme et homophobie").

2.2. Croyances religieuses

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

doivent être menées et dûment mentionnées dans les recommandations concernant la recherche complémentaire à réaliser.

- Elles peuvent également aboutir à des habitudes de consommation différentes et à des tabous alimentaires, par exemple, les boissons alcoolisées ou les drogues hallucinogènes, dans la tradition religieuse islamique.

2.3. Culture et santé

i) Guérisseurs traditionnels :

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

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

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

3. Recommandations

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

3.1. Contexte

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

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

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

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

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

- la compréhension approfondie des situations des populations, les causes et les effets du VIH/SIDA, les possibilités existantes pour mobiliser les communautés dans le combat contre la maladie;
- l'identification précise des facteurs à risque, des besoins, des groupes à risque (jeunes, populations rurales, femmes, minorités les plus pauvres);
- la mise en réseau des institutions travaillant sur le sujet, qu'il s'agisse des instituts de recherche (universités, autres centres de recherche), des organismes publics, des ONGs, etc. ;
- la nécessité d'insérer l'action préventive et les soins relatifs au VIH/SIDA dans des projets plus vastes concernant par exemple l'alimentation en eau, la salubrité publique, le logement, l'éducation, les politiques de santé en général;
- la participation, comme règle de base pour concevoir et réaliser des projets fiables et mobilisateurs, impliquant les mouvements traditionnels ou modernes, les associations, les autorités locales et les communautés, les ONG locales, les personnes malades du SIDA, les groupes et les associations de prostituées et d'homosexuels
- la coordination au niveau national de l'action de prévention et de traitement, entre les institutions publiques, le secteur privé et les ONGs;
- l'encouragement aux initiatives multi-objectifs au niveau des communautés locales, par exemple grâce à des débats des chances de promotion, en étroite coopération avec les chefs communautaires et les "conservateurs de la culture traditionnelle" (auxquels l'information requise doit être transmise dans des conditions d'égalité).

3.3. Information/ éducation/ communication

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

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

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

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

3.4. Formation

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

3.5. Information et recherche

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

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

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

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

4. Implications méthodologiques

Les principes méthodologiques de base sont les suivants :

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

Au niveau instrumental, ces principes entraîneront les changements suivants:

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

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

ANNEXES

ANNEXE 1 : Evaluations culturelles nationales(Nationales Cultural Assessments, NCA)

Les évaluations culturelles nationales devraient être un préalable à toute stratégie visant à "mettre le développement au service de la culture, considérée comme l'esprit permanent d'une société, en renforçant cette interaction".

On peut aborder ce problème de deux façons :

- en s'assurant que l'école et les médias audiovisuels assumeront cette fonction ;
- en réalisant des évaluations culturelles nationales dans le but de :
 - établir un diagnostic de situation ;
 - dresser un bilan des principales valeurs culturelles, connaissances et pratiques, et réactualiser ces informations ;
 - promouvoir dans la société le processus interactif et consultatif nécessaire.

Les principales rubriques d'une évaluation culturelle nationale pourraient être les suivantes :

- bilan du corpus culturel, base et source d'information pour la construction de la nation et le développement économique, préalablement à toute action à venir ;
- fautes à éviter : donner de simples "coups de chapeau" à la culture en se contentant de changement de termes ("animation culturelle" au lieu de "danse"), établissement de codes, déclarations purement formelles de politique culturelle, résolutions sans suivi durable, etc.

Les évaluations culturelles doivent viser à élaborer un certain nombre de principes et de politiques solides, sur la base de l'approche culturelle du développement et des actions spécifiques orientées vers le développement culturel :

- identifier et mettre en valeur le corpus culturel de la société considérée ;
- traiter les problèmes culturels urgents ;
- identifier les valeurs culturelles génératrices de succès et d'échec des programmes et projets de développement ;
- lancer des processus consultatifs populaires générateur de consensus ;
- poursuivre ce processus interactif et consultatif sans exclusive, dans une perspective à long terme (transgénérationnelle), en assurant un suivi et une mise à jour continus de leurs résultats.

Les évaluations culturelles peuvent aboutir à :

- l'élaboration d'un cadre culturel de référence dans le but du développement national ;
- s'assurer que la culture reste un véhicule de la démocratie et le développement humain, et non un instrument de domination et de répression culturelle ;
- adapter l'action des institutions culturelles aux besoins et réalités locales.

Source : UNESCO: *Décennie mondiale pour le développement culturel*, Harare, Zimbabwe, 1994, Contribution de M. P. Damiba.

ANNEXE 2 : Analyse des coûts/avantages culturels et sociétaux

Les coûts et avantages du développement dans le domaine socioculturels ont été peu examinés jusqu'ici, même si d'autres secteurs non économiques (santé, éducation, habitat, environnement, loisirs) ont déjà fait l'objet de telles analyses. Le domaine sociétal et culturel, bien qu'ayant parfois des frontières floues, correspond cependant à une réalité concrètement modifiée par le développement et donc analysable sous l'angle coût/avantages. L'analyse coût/avantages elle-même peut faciliter la mise au jour de certaines différences sociales, qui ont des implications socio-culturelles indirectes. Cette méthode a pour but de permettre aux populations locales impliquées dans un projet d'apprécier le prix économique, social et culturel d'une action d'amélioration de leur situation dans des domaines précis. Il est indispensable qu'elles fassent ce travail, mais elles seules peuvent le faire, avec l'appui technique éventuel des intervenants.

La recherche systématique des coûts et avantages socioculturels du développement requiert l'élaboration d'une méthode d'analyse spécifique dont tous les termes ne sont pas encore pleinement identifiés.

1. Travail à mener

Les activités à mener dans ce but pourraient porter sur les points suivants :

- Identification précise et mesure des types d'effets observables, des domaines dans lesquels ils se manifestent, notamment dans le champ socioculturel (modes de pensée et action), dans le sens de la dynamisation ou du ralentissement des processus de changement ;
- Définition des types de population concernés par les effets positifs ou négatifs de ces projets (population-cible, autres catégories de population affectées par le projet, acteurs locaux ou extérieurs) ;
- Ressemblances et différences (catégories socio-professionnelles, sexe, âge, urbain/local, etc.) dans la perception de l'équilibre coûts/avantages (sacrifices à faire/réponse à des besoins, intérêts, préférences ressentis) ;
- Modes d'évaluation quantitative/qualitative des résultats des projets (par les responsables, par la population) ;
- Evolution dans le temps (à courte, moyenne, longue échéance) des termes et du contenu de ce type d'évaluation.

Une telle analyse devrait déboucher sur des propositions pratiques relatives à la formulation des objectifs, des modalités de réalisation et des résultats attendus des programmes, politiques et projets de développement. Cependant, on ne peut sous-estimer la complexité d'un tel travail.

2. Difficultés de l'analyse coûts-avantages culturels

Ce type d'analyse ne doit pas être confondue avec celle des coûts-avantages du développement culturel. Dans cette hypothèse en effet, les coûts/avantages peuvent être mesurés par une quantification des conditions d'accès à certains biens, services et activités considérés comme culturels. De façon analogue, dans l'analyse des coûts/avantages sociaux, l'identification des changements désirés – augmentation des taux d'alphabétisation, de l'espérance de vie, amélioration des conditions de logement – procure des données tangibles, biens connues, mesurables et généralement acceptées.

En revanche, l'analyse des coûts-avantages socioculturels du développement se rattache à des traits culturels fondamentaux : l'identité, les systèmes de signification, le sentiment d'appartenance à un lieu ou à une communauté, par exemple. Or, dans chacun de ces cas, il est difficile de décomposer en éléments tangibles ces caractéristiques d'une importance pourtant déterminante. De même, il est difficile de définir les aspirations, et davantage encore les besoins (ou la demande) en matière de changements culturels.

Doit-on, par exemple, classer le renforcement des codes de comportement traditionnels comme un avantage, puisqu'il est producteur d'identité et de sécurité ou comme un coût, puisqu'il crée une barrière à la mobilité sociale et au développement individuel ? Il faut donc en la matière faire des choix ou, au contraire, la préservation des continuités dans le champ culturel. On risque ainsi de se substituer à la population, qui vit sa propre culture et ne la relativise pas spontanément.

Il faut également affronter de nombreux problèmes de mesure et d'évaluation. En effet, les changements culturels sont souvent, par nature même, des transformations non tangibles de croyances, attitudes et normes sociales, même si certains aspects d'une culture, par exemple le vêtement, ou l'expression artistique locale, sont évidemment matériels.

Mais surtout, l'analyse socioculturelle exige qu'on identifie, de préférence sur des cas concrets et dans une perspective diachronique, les effets produits sur certains aspects de la culture d'une ou de plusieurs populations données par des innovations économiques et techniques, par exemple, dont les effets sont peut-être plus visibles et donc repérables. Ainsi, le passage à l'économie monétaire et plus encore à l'économie de marché a des effets sur les modes de production et d'échanges antérieurs. Il entraîne également des conséquences sur l'organisation des activités et le fonctionnement du pouvoir dans le groupe, y compris dans les structures familiales. Plus profondément encore, ces innovations économiques peuvent produire un affaiblissement rapide des repères culturels et éthiques antérieurs, pour y substituer un système de valeurs à dominante économique et une rupture des solidarités communautaires préexistantes. Enfin, elles auront certainement des effets très différents selon les groupes socio-économiques considérés dans une même communauté.

ANNEXE 3 : Elaboration d'une méthodologie participative

1. Conditions générales

- Prise de conscience par l'agence de développement de ses échecs et accord sur la nécessité de modifier ses procédures de programmation ;
- Etablissement d'un groupe multidisciplinaire (comprenant notamment spécialistes en sciences sociale) pour élaborer une nouvelle approche ;
- Soutien institutionnel au niveau le plus élevé
- Volonté d'expérimentation sur le terrain, de prise de risque, d'auto-évaluation des résultats de l'action menée ;
- Acceptation des délais nécessaires à l'élargissement de l'expérimentation sociale et des réformes institutionnelles qui en découlent.

2. Volonté et savoir-faire nécessaires

- Intégration du savoir-faire des praticiens et des chercheurs spécialisés ;
- Observation prolongée par les chercheurs de l'expérimentation de leurs propositions méthodologiques, afin de repérer les défauts et de réviser ces propositions en conséquence ;
- Formation et recyclage en matière d'expérimentation sociale ;
- Engagement ferme des responsables politiques pour contrebalancer l'opposition administrative et les groupes d'intérêts ;
- Institutionnalisation rapide de la participation dès l'achèvement de la phase expérimentale ;
- Mise à disposition des moyens organisationnels et administratifs nécessaires à la mise en œuvre des nouvelles méthodes.

M. Cernea, *The Building Blocks of Participation : Testing Bottom-up Planning*, Washington D.C., Banque mondiale, 1992.

ANNEXE 4 :La grille de critères de la Convention de Lomé : quatre groupes de facteurs

Dans le cadre de la Convention de Lomé (accord de coopération globale entre l'Union Européenne et 69 pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique), et à la lumière de la mise en œuvre de cette Convention, la Commission des Communautés européennes européenne a élaboré une grille détaillée de critères afin de mieux adapter l'assistance aux spécificités des différentes zones géographiques et culturelles des pays concernés (CCE, 1990). Les critères de cette grille sont regroupés sous quatre grands groupes de facteurs. Les aspects culturels figurent dans les sections 2, 3 et 4 ci-dessous :

1. Organisation sociale

- a. Structuration ethnique, par classes d'âge, religieuse, linguistique, etc.
- b. Statuts et rapport des groupes, hiérarchies (par âge, sexe, lignage, richesse, pauvreté).
- c. Processus et pouvoir de décision çà l'intérieur du groupe et vis-à-vis de l'extérieur.
- d. Démographie (fécondité, espérance de vie, évolution à prévoir) et mobilité (habitudes de déplacement, direction, durée).
- e. En cas de migration : importance, raisons, origine, destination, durée, sexe et âge des migrants, conséquences, modes de déplacement, coût.
- f. Situation des besoins fondamentaux (nutrition, eau, hygiène et santé, habitat).
- g. Emploi (type, niveau, conditions).
- h. Critères de valeurs et de prestige social.

2. Organisation familiale

- a. Taille et structure de la famille (pour différents groupes représentatifs).
- b. Rapports interpersonnels, liens d'autorité/ de subordination, répartition des pouvoirs dans la répartition des pouvoirs dans la famille (par exemple budget, décisions à prendre).
- c. Répartition des tâches dans la famille et place et rôle spécifique de la femme.

3. Organisation économique

- a. Forme de propriété, transmission et héritage pour les terres, le matériel...
- b. Rôle de l'argent, rapport entre richesse et valeur sociale.
- c. Activité (agriculture, élevage, artisanat, commerce, transports, soins des enfants et de la famille) et agents de production (spécifier : cultures vivrières, commercialisées et/ou auto-consommées, autres cultures, autres activités).
- d. Principaux produits et modes de production.
- e. Organisation du travail, calendrier avec charge de travail aux principales époques de l'année. Si salariat : préciser conditions de travail, de vie et de rémunération, préciser hommes/ femmes/ jeunes.
- f. Instruments et outils, matériel, technologies.
- g. Echanges, transport et transformation des produits, prix aux différents stades.
- h. Revenus (monétaires et non monétaires) endettement et épargne et s'il y a crédit : conditions d'accès et de remboursement.

- i. Propension à consommer, à investir, à innover, répartition et utilisation des revenus.
- j. Accès à la vulgarisation agricole et aux résultats de la recherche scientifique.

4. Facteurs culturels

- a. Connaissances professionnelles ou générales.
- b. Croyances, coutumes, systèmes de valeurs.
- c. Tabous (par rapport à la nourriture, ressources, relations interpersonnelles, etc.
- d. Attitudes face à la modernisation, attachement aux savoirs-faire traditionnels.
- e. Comportements caractéristiques.
- f. Rapports avec l'administration (centrale/régionale) et les institutions.
- g. Efforts d'auto-développement : organismes collégiaux (par exemple, comités de village), travaux collectifs.
- h. Intérêt de la population pour le projet (si elle a été consultée), pour les projets antérieurs (en assure-t-elle l'entretien, le fonctionnement?)