

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa – Report of the 3rd African Conference on the Social Aspects of HIV/AIDS, Dakar, 10 - 14 October 2005



CI Niang, O Shisana, G Andrews, D Kaseje, L Simbayi, K Peltzer, Y Toefy

### ABSTRACT

Africa's HIV/AIDS situation remains cause for concern. The impact of HIV is considerable and threatens the survival and development of African societies. Although much has been attempted, the results still leave much to be desired. AIDS is an epidemic that needs to be addressed with much creativity and spirit of initiative. It is against this background that the 3rd African conference on the social aspects of HIV/AIDS brought innovations in the way international conferences are designed, activities implemented and results obtained.

The innovations concerned the approach to international conferences and take into account reconceptualising HIV/AIDS so as to encourage holistic approaches and better visibility of vulnerable groups. The activities of the conference were organised in such a way as to get people living with HIV/AIDS (PLWHA), grassroots communities and marginalised groups to play a focal role. The conference offered an opportunity for developing cultural activities that would translate the African cultural concepts that had been identified as important in the HIV situation and response analysis. Interaction at the conference created an opportunity to analyse the various dimensions of the political, cultural and economic determinants.

The conference offered food for thought around response construction while singling out the themes of urgency and acceleration of response, synergy construction, and coordination and conception of political responses.

*Keywords: conference, policies, HIV/AIDS, cultural aspects, responses, determinants.*

### INTRODUCTION

Africa south of the Sahara accounts for more than three-quarters of people living with HIV world-wide, and had the biggest number of new infections in 2005 (UNAIDS, 2005). Considering the estimated 17 million women living with HIV in the world, one could say that this part of the world is certainly the most striking illustration of the quasi-universal phenomenon of 'feminisation' of the epidemic, with 13.1 million women living with HIV. Women represent 57% of infected adults; among people aged 15 - 24 years there are 5 - 6 times more cases of infected girls than boys, and the risk of infection among women increases significantly in situations of war, conflict and population displacement (Spiegel, 2004). Moreover, among the world's 2.1 million children living with HIV, 1.9 million (0 - 14 years old) live in sub-Saharan Africa (UNAIDS, 2005).

Most AIDS-related deaths occurred in sub-Saharan Africa (2.4 million among the estimated 3.1 million in the world). In the most affected countries, it is estimated that up to 70% of deaths of children less than 5 years old were due to AIDS. In sub-Saharan Africa, 12 million children have already lost one or both parents to AIDS. Some surveys anticipate that by 2010

Africa will have 18 million AIDS orphans (UNAIDS, 2005).

Social impact studies reveal deterioration in the quality of education due to the high number of AIDS-related deaths among teachers, school drop-outs among orphan pupils and those living with HIV, absenteeism, lack of motivation and fear of stigmatisation, etc. (UNAIDS, 2004). Agriculture, on which most African people rely, recorded decreases in productivity, abandonment of a number of crops, reduction in cultivated lands and manpower as a result of AIDS (World Food Programme, 2004). In the industry, even if the access to antiretroviral (ARV) treatment tends to improve the PLWHA's quality of life, HIV is still considered as the cause of a significant amount of absenteeism, decrease in productivity, increase in the cost of overtime work as well as in the costs related to burials and medical expenses (UNAIDS/World Bank, 2001; ILO, 2004; Quattek, 2000).

However, we have to note that African communities, societies and states, as well as the rest of the international community, have risen to the challenge of AIDS. The meeting, in 2001, of the United Nations General Assembly's Special Session (UNGASS) on

*Correspondence to: Karl Peltzer, Human Sciences Research Council, 69 - 83 Plein Street, Cape Town, South Africa. E-mail: KPeltzer@hsr.ac.za*

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

AIDS was an important event in the international mobilisation against the pandemic. This session considered AIDS as a major threat to global safety and adopted a declaration whereby the international community commits itself to lead a global struggle against the pandemic (United Nations, 2001).

In Africa, the struggle against AIDS was registered as an important priority in the agendas of the heads of states and governments of the African Union, of the NEPAD and the sub-regional organisations (the ECOWAS, the SADEC, the Economic and Monetary Community of Central Africa, etc.). Besides political commitment, most African countries implemented national multi-sector prevention strategies. Access to treatment was improved, thanks to several public and private initiatives and the WHO/UNAIDS '3X5' joint initiative. The resources allocated to AIDS have significantly increased, but they still remain insufficient and are subjected to implementation problems (UNAIDS, 2004).

Moreover, while mobilisation by official structures is the most visible, a number of individuals, social networks, grassroots communities and religious associations have led mostly silent and varied struggles to generate significant advances in the field of sensitisation, access to treatment and struggle against stigmatisation (UNAIDS, 2003). The fact remains that the epidemiological situation shows signs of hope with, in some countries, a lower prevalence rate among young people and/or pregnant women younger than 24 years. We may, in this regard, quote the case of Uganda, where continued lower prevalence rates have been experienced since the second half of the 1990s, or Senegal and Mali, where relatively low and stable prevalence rates have been recorded for decades (UNAIDS, 2004; UNAIDS, 2001).

Meanwhile, social science researchers still face many challenges. Thus, for example, in spite of commitments in favour of access to treatment, in Africa south of the Sahara, only 11% of PLWHA receive ARVs and only 5% of pregnant women have access to the services that would have protected their child from HIV infection (USAID/UNAIDS/WHO/UNICEF, 2004). There are still too few studies on the problems related to the ignorance of serological status, while it is estimated that, in Africa, more than 90% of the PLWHA ignore their serological status (De Cock *et al.*, 2003).

There are also few studies dealing with stigmatisation or with the socio-economic constraints limiting the access to ARV (remoteness of medical care centres, food problems, cost of biomedical care, etc.) and the few studies done in these fields have little influence on response policies. Furthermore, only 13 countries are estimated to be on the way to reach the millennium's development objectives that aim at reversing the HIV propagation trend by 2015 (ECA, 2005). In fact, in many countries sexual behaviours seem to change but very slowly in comparison with the speed at which the epidemic is spreading.

Serious disparity exists between African countries regarding response policy achievements and outcomes. Behind those differences there are often differences in strategic choices or differences in material and human resource availability. Also, as a result of complicated historical relationships between African countries, inadequate results or national policy failure in one country may have repercussions in neighbouring countries. Exchanging experiences and establishing a critical mass of African researchers capable of a comprehensive view and of influencing policy makers, therefore become challenges in efforts to reverse the epidemic's current trends.

The SAHARA programme, presented by Shisana, had defined its main objective to take up these challenges. That is why the general theme: 'Bridging the gap between research, policies and interventions' had been carried as the one to be discussed at the 3rd African conference on the social aspects of HIV/AIDS. The conference took place from 10 to 14 October 2005 in Dakar (Hotel Méridien Président). Its specific themes were the following:

- Cultural and socio-economic contexts of vulnerability and access to treatment.
- Socio-economic and psychological impact of HIV/AIDS on children, women and communities in Africa.
- Stigmatisation and the social aspects of prevention, voluntary testing, treatment and care.
- The impact of HIV/AIDS on health care systems and private sector involvement in the struggle against AIDS.
- Policies and responses at international/national and local level.
- Nutrition and feeding of PLWHA, and the social aspects of disease transmission from parent to child.

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

- Behavioural changes, structural changes and evaluation of intervention.
- Behaviour surveillance and sociocultural aspects of epidemiological surveillance.
- Street children, sexual violence, children in war and conflict situations; ethical and legal issues regarding children's and women's rights.

The thinking that preceded the conference organisation had processed a critical analysis of the ways in which big international meetings on HIV/AIDS are held in Africa. Those meetings seem to suffer from a lack of debates aimed at a comprehensive analysis of Africa's situation and response priorities. They are also noted for their weak level of interactivity between policies, researchers, PLWHA, community representatives and socially marginalised groups, while also offering very little room for local languages, cultures and historic heritages; they are presented in European languages (English, French) that are seldom spoken by the majority of African populations.

SAHARA is of the opinion that a new look at AIDS conferences in Africa should offer an extension to holistic approaches to HIV, approaches that insist on reaching beyond the medical field in order to consider solutions based on social, economic, cultural and political dynamics.

### INNOVATIVE APPROACHES AND ACTIVITIES

For the organisers, the conference had to show that it was unfolding on African land and that it reflected the concerns and the modes of expression of African communities and societies. That is why the option of using African languages in the course of that conference was considered a major challenge to be taken up so as to allow social groups usually culturally excluded to take part in the debate on AIDS. Those groups include those who have never been taught literacy in European languages (they represent more than 70% of the population of countries like Senegal), and are very often the poorest layers of the population and the most remote from the centres of political decisions.

At all stages of conception, implementation and evaluation of the conference, PLWHA, sex workers and males having sex with other males (MSMs) were involved in a partnership with the researchers, NGOs,

civil society organisations, United Nations and other international organisations, public authorities, the private sector and elected representatives. The conference recorded the participation of more than 500 delegates from about 30 countries, most of them African, but also from the USA, Europe, Brazil and Asia.

The opening session was chaired by Mrs Viviane Wade, First Lady of the Republic of Senegal, representing the Association of the First Ladies of Africa. Also present were several key figures such as: Dr Zola Skweyiya, South African Minister of Social Affairs, Mr Abdou Fall, Senegalese Minister of Health, Dr Olive Shisana, CEO and Chairwoman of the HSRC, Mr Abdou Salam Sall, Chief Education Officer of Cheikh Anta Diop University and representatives of United Nations' agencies based in Dakar, Abidjan, Brazzaville and Nairobi (UNAIDS, UNICEF, UNDP, UNIFEM, IOM, UNESCO, ILO, UNFPA, WHO). The role of master of ceremony was performed by El Hadj Mansour Mbaye, leader of the statutory group of the 'Guewel' who act as traditional communicators of Wolof society in Senegal. The welcome address was made by Dr Ibra Ndoeye, executive secretary of the National Council of Struggle against AIDS in Senegal. The conference theme was introduced by the successive addresses of Dr Bekele Grunitzky (UNAIDS), of Dr Olive Shisana, CEO & Chairwoman of the HSCR and of Cheikh Ibrahima Niang, professor at Cheikh Anta Diop University of Dakar. The conference's political dimension was highlighted by the communication of Dr Zola Skweyiya and by the projection of a video message from President Nelson Mandela, former Head of State of the Republic of South Africa, and by the interview granted to a delegation of the conference by Senegal's Head of State, President Abdoulaye Wade.

A pre-conference had been organised on the theme 'Reinforcing research capacities on gender issues and HIV/AIDS'. This had as objective to reflect about theoretical, conceptual and methodological problems posed within the set of problems related to the relationships between sexes in the context of HIV/AIDS.

As is the case at most international conferences, the plenary sessions were opportunities taken by the specialists to review the most current knowledge about questions regarding various aspects of HIV. The conference in Dakar innovated by coupling addresses

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

from specialists with interventions of United Nations and international organisations who had as objective to present their institutions' policies and programmes. Another major innovation was that each of those plenary sessions was preceded by testimonies and accounts given by PLWHA and MSMs. Members of vulnerable groups participated actively in parallel sessions devoted to presentation of research outcomes. The exchange encounters were forums of interactive sessions, bringing together PLWHA, NGOs, representatives of civil society, representatives of public authorities, researchers, representatives of United Nations and other international organisations. The objective was to manage further discussions and to single out consensus around some recommendations regarding diverse thematic fields (gender and HIV/AIDS, HIV/AIDS and workplace, response prompting and intervention coordination, children, sexual reproductive health, North-South relations, human rights and political aspects of HIV/AIDS).

Another innovation lay in making the most of the encounter to organise satellite workshops of capacity reinforcement regarding the methods and techniques of research dealing with issues considered as crucial (intervention follow-up and evaluation, research on sensitive issues, ethical issues and intervention research with persons living with HIV, and gender and HIV/AIDS).

Moreover, for the duration of the conference, activities were organised to exhibit the symbols representing the cultural concepts that in several African societies are considered the ultimate references that clarify practices and behaviours of individuals and communities. The conceptual framework of the conference stemmed from the idea that representations, attitudes, practices and behaviours related to sexuality and to the relation to disease cannot be isolated from the cultural concepts and social constructions of birth, life and death, even if they are also linked to other determinants, namely economic and political.

Thus, a pyramid had been erected to symbolise the historical continuity link of the Africans with their remote past; the pyramid can be found in as diverse places as Pharaonic Egypt, Nubia, West Africa's Empires (with the pyramidal shapes of the tombs of the Askia in Mali), the Serer kingdoms of Senegal (with the tumulus and graves covered with heaps of shells). It represents at the same time death and the spiritual

project that transcends death. The pyramid of the conference had been erected to symbolise at the same time the big number of AIDS deaths in Africa and in the world and the transcendence of those deaths with the hope to terminate the epidemic. We honour the dead to better protect the living; we evoke life to better respect the dead.

The pyramid was covered with loin cloths brought from 23 countries from all the regions of Africa. The loin cloth symbolises sexual relations, protection of pregnancy, delivery, protection of children and adolescents, maternal affection, foreigner adoption into kin links, accompaniment of the dead and resurrection, etc. In several African societies, the deceased to be buried are given loin cloths which they will hand over to those who died before them and so renew their link with the living. The loin cloth is primarily the symbol of communication signifying alliance, solidarity in ordeal, transmission of the sacred... The loin cloths of the conference represented all these symbols that need to be remobilised in the struggle against the AIDS epidemic. One loin cloth was symbolically handed by a Senegal delegate to his Kenyan counterpart, to symbolise the passing of the baton between Dakar and Kisumu (Kenya), the city chosen to house the next African conference on the social aspects of HIV/AIDS.

In the same vein, a traditional music instrument called *Bombolong* (in the south of Senegal and in Guinea Bissau) a feature in the historic heritage of several countries of the Benin coast and central Africa, was exhibited and played during the entire conference. The *Bombolong* is generally reserved for funeral rites. It is used for communicating about death and with the dead. At the Dakar meeting, the music of the *Bombolong* reminded delegates that Africa is in mourning due to AIDS. But mourning is succeeded by resurrection, birth and renaissance. That is why, at the end of the closing ceremony, the music of the *Dimba* took over the relay from the *Bombolong*. The *Dimba*, who were represented in the conference, are very ancient solidarity organisations of women whose objective is to protect women and children. Their music accompanies birth and fertility rites. It symbolises new Africa that will be re-born from the ashes of AIDS. In this process, the *Laobe* women who are the guardians of knowledge and of the symbolism of erotic products, intervened in the course of the encounter in order to urge people to re-invent erotic sexuality in the context of AIDS.

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

### UNDERSTANDING THE SOCIAL DETERMINANTS BETTER

The conference had been the opportunity to share new light cast on the HIV/AIDS situation and determinants in Africa. Most speakers in the opening session showed that HIV prevalence rate figures in Africa are constantly increasing, even if we may note relatively low and stable prevalence rates in a number of countries and in some others a decreasing trend. The recent demographic and health surveys that were conducted in several countries and the epidemiological ones that were carried out on household basis also revealed prevalence rates lower than the ones found by the sentinel surveillance system. Therefore, several speakers drew attention to the need to re-examine the methods used in collecting epidemiological data and to urgently release reliable data on HIV incidence. Some speakers insisted on the need to collect data in rural areas or areas weakly covered by health structures and among marginalised groups.

Grunisky and Shisana had from the start highlighted situations of vulnerability, whose analysis seems even more necessary than in the field of prevention. We may notice that, in spite of the high levels of sensitisation about the existence of AIDS, changes of sexual behaviour are not systematic nor permanent.

The presentations on risk and vulnerability factors reported on countries as diverse as Kenya, Mauritania, Guinea Bissau, South Africa, Senegal, the Democratic Republic of Congo, Cameroon, Congo Brazzaville; they underline the vicious cycle linking poverty and HIV/AIDS. Other interventions stressed the need for a theoretical work of definition of poverty that would be more in line with situations experienced in Africa, because impact assessment surveys tend to measure only indicators of material condition, and not all socio-economic aspects are taken into consideration – for example, the reduction of social capital (families with PLWHAs benefit less from the solidarity networks).

The analyses of poverty contexts show tables where several situations of destitution or precariousness are interwoven. We may thus see that in the most affected regions e.g. in Shisana *et al.*'s communication on KwaZulu-Natal in South Africa), the population is also very young (43% are younger than 16 years old), the unemployment rate is very high (66% in the case of the KwaZulu-Natal) and a large part of the population

live under the poverty line, has very limited access to education, electricity, potable water, sanitation and to ARVs. Several communications also discussed the theme of poverty through analysis of the situations experienced by orphans and vulnerable children. Others showed that feminisation of HIV goes together with and accentuates feminisation of poverty, at the very time when poverty reinforces gender inequities and gender violence.

Mutungu and Koné and several other participants insisted on the need to include the political contexts in the analysis of poverty. Poverty, they believe, is closely associated with war situations, social tensions or political instability. Thus, resolving the multiple conflicts currently affecting the African continent is an urgent necessity in the fight against HIV/AIDS.

The analysis of factors affecting risk and vulnerability included sectors which are important for a country's development or the lifestyle of its population (education, informal activities, professional migrations). Regarding education, a South African study conducted by Shisana highlighted particularly high prevalence rates associated with factors such as marital instability, migration and family separation, residence in places remote from centres, irregular use of condoms with regular partners, serving in remote rural areas, alcohol abuse, etc.

Some are of the opinion that the HIV/AIDS situation in sub-Saharan Africa inherited the decay of official systems and policies of public health worsened by the rise of neo-liberal macroeconomic policies of the 1980s and 1990s. By reducing state intervention, those policies certainly contributed to reducing the access to health services of large sections of the population, particularly the poorest, the youth and women, while fostering other perverse effects like the development of parallel medical offers (informal sector of blood, injections trafficking, etc.), a higher incidence of self-medication (especially among people affected by sexually transmissible infections), the discrediting of public health services and deficit in their preventive functions.

In conclusion, many participants insisted on the need for generalising the studies on the impact that policies, programmes or economic projects might have on the evolution of HIV/AIDS.

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

Vulnerability to HIV appeared in several interventions as being directly related to control over the body. Numerous cases illustrated the fact that women, and young women in particular, have less power of decision than men concerning their sexual life or their own body. Several accounts mention the fact that the tendency is increasing for men to have younger sexual partners. According to some testimonies, the same phenomenon exists regarding relations between persons of the same sex, with more and more elderly men having sexual intercourse with young men, adolescents or young boys. Factors that play a role in cross-generational sexual relations, are the status of power relations between generations, parents' financial hardships to meet teenagers' specific needs (which make the latter more sensitive to the pressures of other adults) and relations of violence (rape, sexual exploitation). Many speakers pointed out that there are very few studies on factors like drug or alcohol abuse, often associated with violent behaviour, lack of self control and sexual risk-taking.

On the other hand, according to several speakers, vulnerability among the youth is aggravated by the common fact that, although they often know about HIV modes of transmission, and although they partake in risky behaviours, youngsters often do not feel they are personally at risk.

In the structural interventions recommended in the exchange encounters, one notes the plea that children remain at school. School is perceived as likely to help children protect themselves from HIV infection, because of the knowledge it transmits and the changes it fosters in life projects. However, some participants pointed out that, in some rural communities, the idea exists that school bears the risk of precocious sexuality for young girls (risks of rape on the way to school, sexual harassment by some teachers, rejection of traditional values that used to allow them to control their sexuality...). But if such situations exist, other speakers reply, the point is not to discourage school-going, but rather to create secure conditions for schoolgirls.

Sangaré, Ouédraogo, Ly and several other participants showed that in some countries most infected women have been contaminated by their own husbands, who were their sole partners. Hence the study of HIV/AIDS determinants should also include those of marriage and should place young married women at

the centre of the analysis. Researches on young married women and on marriage might provide us with data likely to help analyse sets of problems as complex as those related to levirat or sororat, to controlling one's body and to sexual rights, to breast feeding or to the discriminatory practices directed to widows or female spouses living with HIV – in many African societies, these factors raise complex questions that go well beyond the individual or even the couple.

However, as the communications of Airhihenbuwa, Schoepf and Obbo show, analysis of the cultural factors of vulnerability presupposes that researchers keep a critical distance from the cultural approaches developed at the start of the epidemic. Those approaches in fact consider culture as rigid (often caricaturing) representations and practices generally perceived as obstacles to prevention. According to these authors, one needs to know which cultural resources may be mobilised in the framework of response construction and investigate the political, economic and social factors that influence these responses.

### **BIGGER VISIBILITY OF VULNERABLE GROUPS**

The conference offered an opportunity to share some research outcomes and to discuss the disproportionate effects of HIV/AIDS on marginalised people and regions with regard to the location of administrative, economic and political centres (areas where the working classes reside, suburban settlements, people living in conditions of extreme poverty, mobile populations, migrants or displaced populations, sexual minorities, disfavoured ethnic groups, etc.). The relationships between, on the one hand, marginalising dynamics and mechanisms (that are often reproduced in programme construction processes) and, on the other hand, vulnerability to HIV/AIDS, were also analysed.

We need to reposition PLWHA in the processes of research and intervention. This was highlighted in many presentations, particularly Kalichman's address; he demonstrated that, generally, in research and interventions with regards to prevention, risk is only considered in the short term, i.e. until testing, while there are still risks after testing. Kalishman points out that many people continue having unprotected sexual relations long after they have tested positive. There are indeed very few studies on the sexual behaviours of

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

PLWHA and their vulnerability situations. Consequently, there are few interventions targeting behavioural changes and vulnerability reduction at their level.

However, it was noted that, in spite of all, some persons living with HIV had particularly involved themselves in community mobilisation with the intention to give the disease a human face. According to Modibo Kane, President of the RAP+ network, the contribution of PLWHA consisted of their involvement in activities of sensitisation, promotion of voluntary testing and counselling, accompanied by psychosocial care and support at home, etc.

The conference at Dakar brought another important innovation in African conference organisation processes in the form of public testimonies by men who have sex with other men (MSMs). They also participated actively in the debates or chaired work sessions. It emerges from those contributions that there is huge denial of homosexuality in Africa (coupled with violence and stigmatisation situations that increase vulnerability to HIV/AIDS), while recent studies have assessed disproportionately high HIV prevalence rates among MSMs.

Regarding the situation of children, several interventions (among others, those of Hopwood, Kgobati, Tscheko, Casares) presented research outcomes on the impact of HIV on children and on programmes and interventions that mobilise resources and care for orphans and vulnerable children. But the translation of the results of those studies into practical strategies still remains to be done. It also appeared that only very few studies examined the emotional effects of HIV on children. The conference staged a children's art exhibition (including children living with HIV) on the theme of HIV/AIDS. The objective was that, through those drawings collected in Dakar and Kinshasa, children would be able to express themselves. Moreover, some testimonies of PLWHA have sensitised people to the stigmatisation that children of PLWHA are subjected to at school.

Women involved in the sex industry also participated actively in the debates and contributed to highlighting denial and stigmatisation evident in some statements by public officials – e.g. some countries may publicly deny the existence of prostitution, since it is forbidden by their religion. Groupings of people using illicit drugs

and associations of migrants or of displaced people also took part in the sessions. The IOM shared its experiences in matters of research and responses with regard to migrants.

Meanwhile, some participants stressed the need to lead actions within communities and societies as a whole so that the interventions targeting PLWHA or marginalised groups would not encourage more stigmatisation or reactions of rejection from the other members of society. Some children living with HIV or AIDS orphans were reportedly abandoned by families to whom they were assigned by an NGO or by an aid organisation. It therefore seems important, while recognising the specific needs of PLWHA or vulnerable groups, to include the fulfilment of those needs in the framework of comprehensive strategies.

### REINFORCING CAPACITIES OF GENDER ANALYSIS

Gender analysis appeared to be relevant not only in studies of the causes of HIV/AIDS, but also in the response construction. Several participants recalled Koffi Anan's words according to which, more and more, in Africa, 'AIDS has a female face'. Others paraphrased a quotation attributed to a Malawian MP: 'AIDS has the double face of a woman and the baby she carries on her back'. Some presentations, like that of Nyblade, showed that stigmatisation and discrimination related to AIDS affect women more than men.

Several speakers identified links between the situation of women with regard to AIDS and their political, economic and social marginalisation. In some countries, discriminatory laws and measures prevent women from exercising a number of power functions, certain professions, economic roles or social responsibilities. Links were also established between the HIV context in which women live and the denial of women's human rights as well as the multiple forms of violence (including structural violence) of which they are the victims practically every day in Africa, even if, here and there, efforts have been made to eradicate these practices by law.

On another level, the presentations and debates showed that the gender analysis does not concern women only, but also involves men. Despite the fact that HIV transmission in Africa mainly occurs heterosexually, a number of participants still based their studies on

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

women's vulnerability in a unilateral way, without relating them to men or to the vulnerability associated with the establishment of masculinity.

The definition of gender adopted by the diverse activities of the conference is that it is a social and cultural construction that structures social relationships between and among men and women. This definition was made an operational concept and given a plural and contextual content. Gender, as a social construction, bears some meaning only in so far as it is related to cultural issues, social classes, race, ethnic group and cast belonging and national and international economic and political relationships, etc. According to several participants, namely UNDP, Commonwealth and UNIFEM representatives, the notion of gender should take into account all that determines the relationships between males and females in all sectors (economy, administration, education, politics, fields of formal and informal activities, etc.) and at all levels of analysis (international, regional, national, community, family, interpersonal, individual).

The analysis of the gender issue appeared to address the fundamental issue of power and decision making. The question was asked how and by whom the notions of masculinity and femininity are defined. The ways in which concepts such as masculinity and femininity, as well as sexual identities are defined were analysed as bearing consequences on interventions. Gender inequalities are not only to be identified in individual and collective behaviours and practices, but also in institutional, academic, political and religious discourses as well as in the culture of silence, all discourses that very often mask the critical situations experienced by women.

### **ANALYSING STIGMATISATION AND DISCRIMINATION**

In various sessions of the conference, AIDS-associated stigmatisation and discrimination was the most prevalent theme, and delegates found it very difficult to come up with exhaustive theoretical approaches and operational concepts. Stigmatisation constitutes a blocking factor with regard to access to care as well as efficiency of prevention.

Some exchanges allowed a deep examination of beliefs, attitudes, practices of discrimination and stigmatisation

in institutions, namely in the areas of education, health care structures, workplace, family and community. International organisations, namely those working in the field of labour, family, HIV/AIDS and population policies, gave information on the researches they are leading and on the specific programmes they are implementing to tackle stigmatisation and discrimination. As a feedback, a number of interventions emphasised the hypothesis that the relative weakness of the results of programmes as ambitious as programme '3 X 5' may be explained by the fact that they are based on medical, health or financial approaches, while the fear of stigmatisation constitutes one of the main obstacles to knowing one's serological status, which, in turn, influences access to treatment. Attention was drawn to creating stigma through 'new indicators' regarding programmes and interventions addressing the PLWHA. For example, some mothers refuse to take the milk they are given for bottle-feeding and some PLWHA refuse food or nutritional assistance, because that would indicate that they had tested positive and they would run the risk of being stigmatised.

The social contexts of HIV stigmatisation were also tackled in an attempt to compare the latter with the forms of stigmatisation related to other diseases and those that occurred before the advent of AIDS. AIDS stigmatisation becomes consistent and reinforces pre-existing forms of social exclusion and power relationships (social process of social relation construction and expression), so that the theme of social transformation was recurrent in the discussions. The studies led by Simbayi and Kalishman singled out the importance of constructing differentiated levels of analysis: society, community, institutions, interpersonal level and individual level, as well as the need to define indicators enabling analysis of the multiple forms and expressions of stigmatisation and discrimination (practical cases, explicit policy or laws, implicit rejection, physical violence, isolation, devaluation, social exclusion, self stigmatisation, etc.).

Meanwhile, as the paper by Adegoke demonstrates, a fundamental difficulty lies in the fact that the concepts and frames of analysis dealing with stigmatisation date back to the most famous Western studies carried out in the 1960s, which pose a problem of inadequacy with the historic and sociocultural contexts of Africa or elsewhere. Specific words or terms to designate

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

stigmatisation often do not exist, although the practices do exist. Researches on the modes and mechanisms of social stigmatisation would help to define HIV-associated stigmatisation better.

### SENSE OF URGENCY AND RESPONSE PROMPTING

At the inaugural session, Dr Olive Shisana insisted on the need to include the notion of sense of urgency in response construction and response programmes. It was also stated that it is necessary to intensify HIV/AIDS prevention campaigns in order to make treatment financially accessible and viable. Sustained progress regarding responses will only be obtained through simultaneous intensification of both prevention and treatment programmes. Promotion of prevention was viewed as a type of watchword needing to be constructed transversally in all sectors of activities, e.g. sensitisation, training, community-based intervention, voluntary counselling and testing, access to care, education, etc.

As Shisana emphasised, the actions of prevention have to be based on enlightened research outcomes and on actions that have proven efficiency. The translation of research results into programmes is still inadequate. However, there already exists many completed researches and studies that can be translated into recommendations for programmes and policies. Given the similarities of situations, Africa's cultural unity and the relative similarity of historic heritages, research studies carried out in one area may be relevant to other areas.

Dr Ndoye (CNLS)'s address emphasised that the teachings from successful interventions are likely to be reproduced on a bigger scale through comprehensive African policies.

Several participants also insisted on the need to accelerate political and social mobilisation to perfect new prevention techniques such as vaccines and antibiotics. Existing techniques such as female condoms should also be better received by women as well as men. Other interventions proposed that steps based on faith be supported and reproduced in all the African regions where they may prove to be useful. Countries like Kenya, Uganda, Nigeria and Senegal have accumulated several successful experiences in AIDS sensitisation, counselling, voluntary testing and care. One of the main lessons learned is that involving

representatives of all religions in a country to work together in a concerted way, will considerably reduce religious stigmatisation risks. Consultation between religious people, policy makers, researchers and marginalised groups encourages consensus regarding the global objectives and specific missions of each of the stakeholders.

There were also comments about the lack of exhaustive comparative studies on the involvement of the media in the sensitisation about the HIV. Often, the images broadcast by the media contribute to stigmatising behaviour towards PLWHA or marginalised groups. Several participants insisted on the need to renew the content of prevention messages. Very often, these are repetitions of those worked out in 1980s, i.e. at the beginning of the epidemic. Creating feedback devices in order to re-direct messages and construct new types of prevention messages should be the main objectives of a new generation of studies on HIV-related communication.

On another level, several participants emphasised that it is urgent to encourage prevention in the workplace. One of the arguments put forward in this regard is that, to mitigate the impact of AIDS, states and companies need to commit themselves to ensure that public and private sector workers have access to ARVs. One conclusion drawn from that official statement is that prevention in the workplace should be encouraged in order to avoid eventual loosening of behaviour changes or breakdown in the supply of ARVs. If access to ARVs is not coupled with prevention, there is a risk of unsustainable development curves in private companies and in the public sector. It is against this background that representatives of employer organisations of countries such as Senegal, Ivory Coast and the Democratic Republic of Congo, representatives of about ten trade-unions, and the United-Nations agencies (FNUAP, ILO), reviewed the crucial problem of obstacles to the efficient prompting of responses in the workplace – little knowledge of HIV and its impact on companies, ineffective action, insufficient social dialogue, weak links between actions within sectors and global policies.

Nevertheless, despite the urgency to proceed to responses, it is also convenient to holistically work out long-term programmes tackling the profound (social, economic and political) causes of vulnerability. So,

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

---

regarding care and treatment, it was noted that access to ARVs is also slowed down by socio-economic factors (transport problems, lack of acceptance and accommodation, high cost of biomedical follow-up, problems related to nutrition, etc.) and by psychosocial and cultural factors (bad management of emotional impacts, stressed professionals, fear of stigmatisation and discrimination).

The issue of response prompting also raised ethical questions. Several participants were of the opinion that the ethical protocols often do not correspond with social relationships as they prevail in Africa. Thus, for example, the individual decision figuring in the core of those protocols do not, in several African societies, always exclusively depend on the individual. It appeals to interactive processes between the individual and several reference groups. The information which the protocol assumes is known before adhesion to clinical tests is not always so. Some participants also wondered about the ethical value of therapeutic tests which use placebos, and which therefore deny certain groups treatment currently available internationally. A number of participants emphasised the need to urgently re-think the issue of clinical research ethics in Africa.

### SYNERGIES AND RESPONSE COORDINATION

Multisector response includes sectors as diverse as schools, universities, social institutions, the army, the state service, the private sector, health services, judicial services, cultural, religious or social organisations. The response strategies should enable the development of open, flexible and sustainable partnership relations with traditional women and marginalised groups (MSM, prostitutes, drug addicts). Often, public authorities and international cooperation agencies tend to recognise only organisational methods that conform with Western rules of administration and management, while traditional frameworks of social mobilisation or sensitisation already exist. Often the latter need only to be acknowledged and possibly adjusted in order to fulfil an operational role in the conception, implementation and evaluation of strategies.

The interventions of Sow and Sow helped to point out the operational challenges to the interaction between communities and health structures, and how these challenges can be solved as soon as one establishes what type of dynamic and relationship needs to be

created so that communities and health services act in synergy to reinforce prevention and care in consensual systems that ensure continuity of care and of processes of behaviour changes.

Some papers (e.g. that of Traoré) showed that regarding sexual workers, synergies can be created by combining prevention actions with programmes of access to care and with advocacy actions in favour of more legal protection.

The discussions singled out the possibilities of mutual reinforcement of the strategies in sexual and procreation health and those of HIV prevention. Preventing HIV transmission from mother to child is based on sensitisation and prevention activities that could be included during pregnancy (including the prevention of unwanted pregnancy), delivery and neonatal care management activities. But the papers of researchers like Mosala from South Africa pointed out the under-utilisation of prenatal consultation services and medically assisted delivery services – a situation that exists in practically all African countries. It points not only to the issue of medical coverage of the rural areas, but also to the issue of acceptance of health care structures and of the cultural concepts related to pregnancy and delivery management (women who deliver at home often have the support of a companion, and have psychosocial support that is lacking in health structures).

According to NGOs like AIDS Service and ICA, the centres of free voluntary testing and counselling could play a major role in that respect, because they are located at the interface between the actions of sensitisation and those responsible for access to care and treatment. Several participants proposed operational enlarging of test centres in order to include testing for tuberculosis and other diseases affecting communities, so that the most vulnerable groups, who seldom come to test centres, can be reached.

Multisector response prompting poses operational coordination problems that, if not solved, may reduce the impact of the response. In the course of the debates the lack of visibility of current interventions evolving in isolation from each other was mentioned. Cooperation agencies being more concerned about showing the successes of their own interventions than anything else, was given as the reason for this lack of

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

visibility. Their interests and zones of intervention often vary, with consequent failure of financial support. Several participants thought that serious problems of spatial and temporal continuity threaten the strength and durability of responses.

Grunisky explained that at the international level, the issue of intervention coordination and evaluation was the object of a consensus around the need to give consistence to the 3X1 principle (a single action framework, a single national coordination body and a single evaluation system). National response coordination will have to be based on the construction of operational and strategic frameworks taking into account international and local level and including an appropriate representation of PLWHA, marginalised groups and communities. This pre-supposes that questions related to the working language and institutional practices that result in social exclusion, will be solved.

Another finding in this exchange encounter is that, to be efficient, prevention has to be designed in such a way as to be lasting. Therefore, it must benefit from permanent investments. Researching miraculous solutions or sensational activities has to be replaced by systematic efforts integrated in coherent visions supported by mechanisms of feedback and evaluation.

### **FOCAL POINTS FOR POLITICAL RESPONSE CONSTRUCTION**

For a number of participants, political responses are all the more urgent, in that HIV/AIDS threatens the political systems of their countries. Chirambo showed that HIV/AIDS might have a negative impact on electoral processes due to the many deceased that are to be deleted from the electoral rolls, due to the high cost of by-elections to replace MPs or elected councillors who died from AIDS and due to the fear of stigmatisation that keeps the PLWHA from exercising their democratic rights. All the above factors may negatively affect political systems and democratic governments.

From the exchange encounter devoted to the political aspects of the epidemic, it emerged that, in order to obtain notable successes likely to radically and durably reverse the trends, we need to couple the activities of sensitisation and training with responses touching the profound structures of society and tackling the issue of

human rights protection. Policy makers should commit themselves more to defining and promoting human rights, particularly the rights of PLWHA, of women, young girls and individuals having plural sexual identities, in order to help them to have control over their sexuality; these categories of people need to be protected from violence, abuse, sexual harassment and discrimination. Thus, special measures should be taken to protect the rights of marginalised groups better. But recognition of rights alone is certainly not sufficient. It is important to develop programmes aimed at reinforcing the capacity of women and marginalised groups to face the situations that increase their vulnerability.

Numerous African countries have attempted to change laws and regulations the order to promote prevention, but those legal actions are still insufficient (repressive laws against MSM or sexual workers exist in many countries). Furthermore, even if effective laws and policies exist, their enforcement still remains insufficient. This then poses the problem of the inability of communities and civil society to persuade the political and judicial authorities to enforce effective prevention measures, and to abolish discriminatory and unfavourable laws. It should also be noted that more and more associative or community movements are being created to claim universal access to treatment and care. These movements are often opposed to private interests whose aim is profit accumulation. It is important that policy makers support these movements, so that they can obtain the international interest they need to succeed.

The personal commitment of politicians has known diverse fortunes. Currently, in several countries, one sees more and more of the highest political and religious authorities publicly taking position. However, the AIDS issue figures very little in the electoral agendas of political parties.

Several participants stated that African parliaments must consider the need to ensure long-term investments and to reduce financial dependency vis-à-vis foreign donors. Dependency vis-à-vis foreign funds was mentioned as a factor affecting the durability of care-giving actions. Long-term investments suppose concerted actions by beneficiaries, communities, national governments and international partners to ensure judicious utilisation of the resources and

## New approaches, new activities and new outcomes in international conferences on HIV/AIDS in Africa

guarantees of continuity in research, interventions and response policies.

### CONCLUSION

Following the two first African conferences on HIV/AIDS held in South Africa, Dakar's conference reinforced the orientations of the SAHARA Programme by bringing innovations in the conception of international conferences, in the implementation activities and obtained new outcomes.

The innovations related to the way of conceiving international conferences take into account the current new conceptualisation of HIV/AIDS, a re-thinking which extends beyond the limits of approaches focusing on biomedical perspectives, in order to reorient reflection on issues related to the contexts of vulnerability, identities and social construction of the relations to the disease (UNAIDS, August 2005).

Besides the symbolical and operational aspects, the cultural approach put into effect by the conference is in accordance with the orientations expressed by several international organisations and by the commitment statement of the United Nations General Assembly's Special Session on AIDS which underlines '...the major role that can be played by culture, family, moral values and religion in preventing the epidemic and in the activities of treatment, care and support, taken into account the particularities of each country and the need to respect all human rights and basic liberties' (United Nations, 2001).

The activities of the conference were organised in such a way that PLWHA, grassroots communities and marginalised groups were able to play a focal role. This orientation extends the debate about the political, social or institutional concept changes that are needed accelerate responses. The importance the conference granted to gender issues is in accordance with the key concerns raised in the international debate about the control of vulnerability factors.

The conference studies contribute to the universal debate which attempts to construct new definitions of stigmatisation and to analyse the ways in which it

manifests itself. The analysis of HIV determinants enabled the conference to propose holistic approaches and elements of response constructed on the basis of a set of interactions between research and action, behaviour changes and structural changes of the policy makers, the base communities and the marginalised groups.

The conference reinforced thinking about response construction while singling out the themes of urgency and response prompting, of synergy construction, coordination and design of political responses. All participants agreed that the conference was a great success, a sentiment echoed in the local press and in the international media.

The next African conference on the social aspects of HIV/AIDS is scheduled to take place in from 29 April to 3 May 2007 in Kisumu in Kenya and will most certainly offer an opportunity for consolidating and even exceeding the achievements of the Dakar conference.

The authors would like to thank Yoesrie Toefy, Mamadou Mar Faye, Ndack Diop, Dieynaba Ndiaye, Masheti, Wangoyi, Bridgette Prince and Solange Bandiaky for their assistance in collecting the material for this article.

### References

- De Cock *et al.* (2003). UNAIDS scenarios on voluntary counselling and HIV testing. Paper prepared for the project, in UNAIDS, AIDS in Africa: Three scenarios to 2025.
- ECA (2005). The Millennium Development Goals in Africa: Progress and challenges. Addis Ababa: Economic Commission for Africa.
- FAO (2005). Integrated Natural Resources Management to Enhance Food Security Food and Agriculture Organization Repository Document.
- ILO (2004). HIV/AIDS and work: global estimates impact and response. Geneva.
- Nations Unies (2001). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (25-27 Juin 2001), New York.
- Spiegel P. (2004). First among conflict-affected and displaced populations: Dispelling myths and taking action. *Disasters*, 28(3):332-339.
- Quatteck K. (2000). The economic impact of AIDS in South Africa: a dark cloud on the horizon. Konrad-Adenauer-Stiftung Occasional Papers, Kune 2000. Johannesburg, Konrad-Adenauer-Stiftung. p.9.
- UNAIDS (August 2005). Intensifying HIV prevention. Geneva.
- UNAIDS (2004). Report on the global AIDS epidemic. Geneva.
- UNAIDS (2003). Accelerating action against AIDS in Africa. Geneva.
- UNAIDS (2001). HIV prevention needs and successes: A tale of three countries. An update on HIV prevention success in Senegal, Thailand and Uganda. Geneva.
- ONUSIDA (2004). Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Genève.
- ONUSIDA/OMS (2005). Le point sur l'épidémie de SIDA. Genève.

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique – Le cas de la 3<sup>ème</sup> conférence africaine sur les aspects sociaux du VIH/SIDA, Dakar, 10 - 14 octobre 2005



CI Niang, O Shisana, G Andrews, D Kaseje, L Simbayi, K Peltzer, Y Toefy

### RÉSUMÉ

La situation du VIH/SIDA en Afrique demeure très préoccupante. L'impact du VIH est considérable et menace la survie et le développement des sociétés africaines. Bien qu'il y ait beaucoup d'efforts, les réponses ne sont pas encore à la hauteur des défis. Le SIDA apparaît comme étant une épidémie par rapport à laquelle il est nécessaire d'avoir beaucoup de créativité dans les initiatives. C'est dans ce cadre que la 3<sup>ème</sup> conférence africaine pour la recherche sur les aspects sociaux du VIH/SIDA a apporté des innovations dans la manière de concevoir les conférences internationales, dans les activités mises en œuvre et dans les résultats obtenus.

Les innovations portent sur la manière de penser les conférences internationales et tiennent compte de la reconceptualisation du VIH/SIDA qui privilégie des approches holistiques et une plus grande visibilité des groupes vulnérables. Les activités de la conférence avaient été organisées de sorte que les PVVIH, les communautés de base et les groupes marginalisés y jouent un rôle central. La conférence a été l'occasion de développer des activités culturelles qui traduisent les concepts culturels africains qui ont été considérés comme importants dans l'analyse de la situation et des réponses concernant le VIH. Les espaces interactifs créés par la conférence ont permis de parvenir à des analyses qui abordent différentes dimensions des déterminants politiques, culturels, économiques.

La conférence a suscité une réflexion autour de la construction des réponses en mettant en exergue les thèmes de l'urgence et de l'accélération des réponses, de la construction de synergie, de coordination et de la conception de réponses politiques.

*Mots clés: conférence, politiques, VIH/SIDA, aspects culturels, réponses, déterminants.*

### INTRODUCTION

L'Afrique au sud du Sahara compte plus des  $\frac{3}{4}$  des personnes vivant avec le VIH dans le monde et a eu le plus grand nombre de cas de nouvelles infections en 2005 (ONUSIDA, 2005). Cette partie du monde constitue, aussi, certainement, l'illustration la plus frappante du phénomène quasi universel de 'féminisation' de l'épidémie avec 13.1 millions de femmes vivant avec le VIH sur les 17 millions estimés dans le monde; les femmes y représentent 57% des infections chez les adultes; chez les jeunes de 15 - 24 ans, les filles sont, souvent, 5 ou 6 fois plus infectées que les garçons de même âge alors que le risque d'infection chez les jeunes femmes paraît fortement augmenter dans les situations de guerre, de conflit ou de déplacement de populations (Spiegel, 2004). L'Afrique au sud du Sahara compte également 1.9 millions d'enfants vivant avec le VIH sur les 2.1 millions estimés dans le monde (ONUSIDA, 2005).

La plupart des décès dus au SIDA ont eu lieu en Afrique sub-saharienne (2.4 millions sur les 3.1

millions estimés dans le monde). Dans les pays les plus touchés, on estime que jusqu'à 70% des décès d'enfants de moins de 5 ans sont dus au SIDA. Pour l'Afrique sub-saharienne, 12 millions d'enfants ont déjà perdu l'un ou les deux parents du fait du SIDA. Des études prévoient que d'ici 2010, l'Afrique comptera 18 millions d'orphelins du SIDA (ONUSIDA, 2005).

Les études sur les impacts sociaux révèlent des cas de détérioration de la qualité de l'enseignement suite à des facteurs tels que le nombre élevé d'enseignants morts du SIDA, l'abandon des classes par les élèves orphelins ou vivant avec le VIH, l'absentéisme, la démotivation ou la peur de la stigmatisation etc. (UNAIDS, 2004). L'agriculture sur laquelle repose la majorité des populations africaines, enregistre du fait du SIDA, des cas de baisse de productivité, d'abandon de certaines cultures, de réduction de surfaces cultivées ou de diminution de la main d'œuvre (World Food Programme, 2004). Dans le domaine de l'industrie, même si l'accès au traitement antirétroviral (ARV) a tendance à améliorer la qualité de vie des PVVIH, le

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

VIH continue à être associé à une part importante de l'absentéisme, à des baisses de la productivité, à des augmentations du coût des heures supplémentaires et des avantages sociaux dû aux enterrements et aux frais médicaux (ONUSIDA/Banque Mondiale, 2001 ; ILO, 2004 ; Quattek, 2000).

Cependant, il y a lieu de remarquer que face au SIDA, les communautés, les sociétés et les états africains, tout comme le reste de la communauté internationale, ne sont pas restés sans réaction. La tenue, en 2001, de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le SIDA (UNGASS) marque un moment important de la mobilisation internationale contre la pandémie du VIH. Cette session avait considéré le SIDA comme une menace majeure pour la sécurité mondiale et avait adopté une déclaration par laquelle la communauté internationale s'engage à mener une lutte globale contre la pandémie (Nations Unies, 2001).

En Afrique, la lutte contre le SIDA a été inscrite comme une priorité majeure dans les agenda des Chefs d'Etat et des gouvernements de l'Union Africaine, du NEPAD et des organisations sous-régionales (CDEAO, SADEC, CEMAC, etc.). Au-delà de l'engagement politique, la plupart des pays africains ont entrepris de mettre en œuvre des stratégies nationales multisectorielles de prévention du VIH/SIDA. L'accès au traitement a été amélioré grâce à plusieurs initiatives gouvernementales ou privées et au programme conjoint OMS/ONUSIDA '3X5'. Les ressources allouées au SIDA se sont nettement accrues même si elles restent encore très insuffisantes et souffrent d'entraves dans leur utilisation (UNAIDS, 2004).

Par ailleurs, si la mobilisation des structures officielles a été la plus visible, il n'en demeure pas moins que des individualités, des réseaux sociaux, des communautés de base ou des associations religieuses ont mené des luttes la plupart silencieuses et multiformes pour générer des avancées significatives dans le domaine de la sensibilisation, de l'accès au traitement ou de la lutte contre la stigmatisation (UNAIDS, 2003). Toujours est-il que la situation épidémiologique, elle-même fait apparaître des signes d'espoir avec, dans certains pays une baisse de la prévalence notamment chez les jeunes ou les femmes enceintes (de moins de 24 ans). On peut à ce propos citer le cas de l'Ouganda qui connaît depuis la seconde moitié des années 1990, une baisse continue de ses taux de prévalence ou de pays comme

le Sénégal et le Mali qui continuent, depuis des décennies, à enregistrer des taux de prévalence relativement faibles et stables (ONUSIDA, 2004 ; UNAIDS, 2001).

Cependant, des défis restent encore à relever et interpellent la recherche en sciences sociales. Ainsi, par exemple, malgré les engagements en faveur de l'accès au traitement, en Afrique au Sud du Sahara, seuls 11% des PVVIH qui en ont besoin reçoivent les ARV et seulement 5% des femmes enceintes ont accès aux services qui auraient protégé leurs enfants de l'infection par le VIH (USAID/UNAIDS/WHO/UNICEF, 2004). Il y a encore très peu d'études sur les problèmes relatifs à l'ignorance du statut sérologique alors qu'on estime que pour l'Afrique, plus de 90% des PVVIH ignorent leur statut sérologique (De Cock *et al.*, 2003).

Il y a aussi peu de travaux relatifs à la stigmatisation ou aux contraintes socioéconomiques limitant l'accès aux ARV (éloignement des centres médicaux, problèmes de nourriture, coût de la prise en charge biomédicale, etc.) et les rares travaux effectués dans ces domaines ont peu d'influence sur les politiques de réponse. En outre, il n'y a que 13 pays dont on estime qu'ils sont en voie d'atteindre les objectifs de développement du Millénaire qui vise l'inversion de la tendance à la propagation du VIH en 2015 (ECA, 2005). En fait, dans beaucoup de pays les comportements sexuels paraissent ne changer que très lentement eu égard à la vitesse de propagation de l'épidémie.

Par ailleurs, des disparités importantes existent entre pays africains au sujet des acquis et des résultats des politiques de réponses. Il y a souvent derrière ces différences, des différences de choix stratégiques, ou des différences dans la disponibilité des ressources matérielles et humaines. Toujours est-il que du fait de multiples relations historiques existant entre pays africains, la faiblesse des résultats dans un pays où l'échec de politiques nationales peut avoir des répercussions sur les autres pays. L'échange d'expériences et la formation d'une masse critique de chercheurs africains capables d'avoir une vue d'ensemble et une influence sur les politiques deviennent, dès lors, des défis à relever pour parvenir à inverser les tendances actuelles de l'épidémie.

Le programme SAHARA tel que présenté par Olive Shisana s'est fixé comme objectif de contribuer à

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

relever ces défis. C'est pourquoi le thème général 'Établir un pont entre la recherche, les politiques et les interventions' a été retenu comme étant celui de la 3ème conférence africaine sur les aspects sociaux du VIH/SIDA. La conférence a eu lieu du 10 au 14 Octobre 2005 à Dakar (Hôtel Méridien Président). Les thèmes spécifiques étaient les suivants :

- Contextes culturels et socio-économiques de la vulnérabilité et de l'accès au traitement.
- Impact socio-économique et psychologique du VIH/SIDA sur les enfants, les femmes, les communautés en Afrique.
- Stigmatisation et aspects sociaux de la prévention, du test volontaire, du traitement et de la prise en charge.
- Le poids du VIH/SIDA dans les systèmes de soins de santé et implication du secteur privé dans la lutte contre le SIDA.
- Les politiques et réponses aux plans international / national et local.
- Nutrition, alimentation des personnes vivant avec le VIH et aspects sociaux de la transmission de la maladie des parents à l'enfant.
- Changements comportementaux, changements structurels et évaluation des interventions.
- Surveillance des comportements et aspects socioculturels de la surveillance épidémiologique.
- Enfants de la rue, violence sexuelle, enfants en situation de guerres et de conflits; questions éthiques et légales concernant les droits des enfants et des femmes.

La réflexion qui a précédé l'organisation de la conférence avait procédé à une analyse critique de la manière dont se déroulent souvent les grandes rencontres internationales sur le VIH/SIDA en Afrique. Ces rencontres paraissent souffrir de l'insuffisance de débats visant à parvenir à des analyses globales de la situation de l'Afrique et des priorités en matière de réponses. Elles sont aussi marquées par un faible niveau d'interactivité entre les politiques, les chercheurs, les personnes vivant avec le VIH, les représentants des communautés et les groupes socialement marginalisés dans le même temps où elles paraissent accorder très peu de place aux langues, cultures et patrimoines historiques locaux (elles se déroulent dans des langues européennes qui sont très peu parlées par la majorité des populations africaines).

Une reconceptualisation des conférences sur le SIDA en Afrique devrait dans l'optique du réseau SAHARA, prolonger les approches holistiques du VIH qui insistent sur le dépassement du champ médical pour envisager les solutions comme étant des résultantes de changements dans les rapports de genre et de dynamiques sociales, économiques, culturelles et politiques.

### APPROCHES ET ACTIVITÉS NOVATRICES

Pour ses organisateurs, la conférence devait montrer qu'elle se déroule en terre africaine et qu'elle était en adéquation avec des préoccupations, des modes d'expressions, des communautés et des sociétés africaines. C'est pourquoi l'option d'utiliser les langues africaines comme langue de travail au cours de cette conférence fut considérée comme un défi majeur à relever pour permettre la prise de parole et l'irruption dans le débat sur le SIDA de catégories sociales qui en sont habituellement culturellement exclues: il s'agit des non alphabétisés dans les langues européennes (qui constituent plus de 70% des populations de pays comme le Sénégal) qui aussi sont bien souvent les couches les plus pauvres et les plus éloignées des centres de décision politiques.

A toutes les étapes de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la conférence, les PVVIH, les travailleuses de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM) ont été intégrés dans des relations de partenariat établies également avec les chercheurs, les ONG et les organisations de la société civile, les organisations des Nations Unies et des organisations internationales, les pouvoirs publics, les secteurs publics et les élus. La conférence a enregistré la participation de plus de 500 délégués en provenance d'une trentaine de pays pour la plupart africains mais aussi des USA, de l'Europe, du Brésil et de l'Asie.

La séance inaugurale avait été présidée par Mme Viviane Wade, Première Dame de la République du Sénégal, représentant l'Association des Premières Dames Africaines, avec la présence effective de plusieurs personnalités telles: Dr Zola Skweyiya (Ministre Sud Africain des Affaires Sociales), Mr Abdou Fall (Ministre Sénégalais de la Santé), Dr Olive Shisana (CEO & Présidente de HSRC), Mr Abdou Salam Sall (Recteur de l'Université Cheikh Anta Diop et des

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

représentants des agences des Nations Unies basées à Dakar, Abidjan, Brazzaville et Nairobi (ONUSIDA, UNICEF, PNUD, UNIFEM, OIM, UNESCO, BIT, FNUAP, OMS). Le rôle de maître de cérémonie a été joué par El Hadj Mansour Mbaye, leader du groupe statutaire des *'gewel'* faisant office de communicateurs traditionnels de la société wolof du Sénégal.

L'allocation de bienvenue a été prononcée par le Dr. Ibra Ndoye secrétaire exécutif de la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA au Sénégal. Le thème de la conférence a été introduit par les allocutions successives du Dr Békélé Grunitzky (ONUSIDA), du Dr Olive Shisana (Président & CEO HSRC) et de Cheikh Ibrahima Niang professeur à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar). La dimension politique de la conférence a été mise en exergue par la communication du Ministre Zola Skweyiya, par la diffusion d'un message vidéo du Président Nelson Mandela, ancien Chef d'Etat de la République d'Afrique du Sud, et par l'audience accordée à une délégation de la conférence par le Chef de l'Etat du Sénégal, le Président Abdoulaye Wade.

Une pré-conférence avait été organisée sur le thème 'Renforcement des capacités de recherche sur les questions de genre et VIH/SIDA'. Elle avait pour objet de réfléchir sur les questions théoriques, conceptuels et méthodologiques que pose la problématique des relations entre sexes dans le contexte du VIH/SIDA.

Comme dans la plupart des conférences internationales, les séances plénières avaient été l'occasion pour des spécialistes de faire le point des connaissances les plus actuelles sur les questions pertinentes concernant divers aspects du VIH. La Conférence de Dakar avait innové en associant aux communications des spécialistes, des interventions des organismes des Nations Unies et des agences internationales dont le but était de présenter les politiques et programmes de leurs institutions. Une autre innovation majeure a été le fait de faire précéder chacune des séances plénières par des témoignages et des présentations de cas vécus par des PVVIH et par des MSM. Les membres de groupes vulnérables ont aussi participé activement aux sessions parallèles destinées à la présentation de résultats de recherche. Les espaces d'échange ont été des foras de rencontres interactives entre les PVVIH, les ONG, la société civile, les représentants des pouvoirs publics, les chercheurs, les agences des Nations Unies et les

organisations internationales. L'objectif était de parvenir à des discussions élargies et de dégager des consensus autour de recommandations à propos de divers domaines thématiques (genre et VIH/SIDA, VIH/SIDA et milieu de travail, accélération des réponses et coordination des interventions, enfants, santé sexuelle et reproductive, rapports Nord-Sud, droits humains et aspects politiques du VIH/SIDA).

Une autre innovation a été de profiter de la rencontre pour organiser des ateliers satellites de renforcement des capacités dans le domaines des méthodes et techniques de recherche sur les questions considérées comme cruciales (suivi et évaluation des interventions, recherche sur les questions sensibles, questions éthiques et recherche d'intervention avec les personnes vivant avec le VIH, genre et VIH).

Par ailleurs, tout au long de la conférence, des activités avaient été organisées pour symboliser les concepts culturels qui, dans plusieurs sociétés africaines, sont considérés comme étant les références ultimes qui donnent sens aux pratiques et comportements des individus et des communautés. Le cadre conceptuel de la conférence est parti de l'idée selon laquelle les pratiques et comportements relatifs à la sexualité et au rapport à la maladie ne peuvent pas être isolés des concepts associés aux représentations de la naissance, de la vie ou de la mort qui interviennent même s'ils sont aussi liés à d'autres déterminants, notamment économiques et politiques.

Ainsi, une pyramide avait été élevée pour symboliser le lien de continuité historique des Africains avec leur passé lointain; la pyramide se retrouve dans des lieux aussi divers que l'Egypte pharaonique, la Nubie, les empires de l'Afrique de l'Ouest (avec les formes pyramidales des tombeaux des Askia au Mali), les royaumes Sérères du Sénégal (avec les tumulus et des tombes recouvertes d'amas coquilliers). Elle représente, à la fois, la mort et le projet spirituel qui transcende la mort. La pyramide de la conférence avait été dressée pour symboliser à la fois, le grand nombre de morts du SIDA en Afrique et la transcendance de cette mort par l'espoir de venir à bout de l'épidémie. On honore les morts pour mieux protéger les vivants; on évoque la vie pour mieux respecter les morts.

La pyramide avait été couverte de pagnes en provenance de 23 pays de toutes les régions d'Afrique. Le pagne symbolise, entre autres, les rapports sexuels, la

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

protection de la grossesse, l'accouchement, la protection de l'enfance et de l'adolescence, l'affection maternelle, l'adoption de l'étranger dans les liens de parenté, l'accompagnement du mort et sa résurrection, etc. Dans plusieurs sociétés africaines, on donne des pagnes aux morts qu'on va enterrer pour qu'ils les transmettent à ceux qui sont morts avant lui et renouvelle le lien avec les vivants. Le pagne est par excellence, le symbole de la communication pour signifier l'alliance, la solidarité dans l'épreuve, la transmission du sacré... Les pagnes de la conférence représentaient tous ces symboles qu'il convient de remobiliser dans la lutte contre l'épidémie du SIDA. Un pagne avait été symboliquement remis par le délégué du Sénégal à son homologue du Kenya pour symboliser le passage de témoin entre Dakar et Kisumu (Kenya) qui a été choisi pour abriter la prochaine conférence africaine sur les aspects sociaux du VIH.

Dans le même ordre d'idées, un instrument de musique traditionnel (appelé *Bombolong* au sud du Sénégal et en Guinée Bissau) présent dans le patrimoine historique de plusieurs pays de la côte du Bénin et de l'Afrique centrale avait été joué tout le long de la conférence. Le *Bombolong* est généralement réservé aux rites funéraires. Il sert à communiquer au sujet de la mort et à communiquer avec les morts. A la rencontre de Dakar, la musique du *Bombolong* avait pour objet de rappeler que l'Afrique est en deuil du fait du SIDA. Mais au deuil, succèdent la résurrection, la naissance et la renaissance. C'est pourquoi à la fin de la cérémonie de clôture, la musique des *Dimba* a pris le relais de celle du *Bombolong*. Les *Dimba* qui avaient été représentés pendant la conférence sont de très anciennes organisations féminines qui ont pour fonction de protéger la femme et l'enfant. Leur musique accompagne les rites de naissance et de fertilité. Elle devrait symboliser la nouvelle Afrique qui re-naîtra des cendres du SIDA. Dans ce processus, les femmes *Laobe* qui sont les gardiennes du savoir et de la symbolique des produits érotiques sont intervenues, au cours de la rencontre, pour amener à réinventer la sexualité dans le contexte du SIDA.

### UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX

La conférence avait été l'occasion de partager de nouveaux éclairages sur la situation et les déterminants du VIH/SIDA en Afrique. La plupart des intervenants à la séance inaugurale ont montré que globalement les

chiffres sur la prévalence du VIH en Afrique sont en constante augmentation; même si on note que dans quelques pays, les taux de prévalence demeurent relativement faibles et stables et que dans d'autres, ils ont tendance à baisser. Les récentes enquêtes démographiques et sanitaires qui se sont déroulées dans plusieurs pays et les enquêtes épidémiologiques effectuées sur la base des ménages ont aussi révélé des taux inférieurs à ceux recueillis dans les systèmes de surveillance sentinelle. De ce fait, plusieurs intervenants ont attiré l'attention sur la nécessité de mener une réflexion approfondie sur les méthodes utilisées dans la collecte des données épidémiologiques et sur l'urgence de disposer de données fiables sur l'incidence du VIH. Des interventions ont insisté sur la nécessité de collecter des données dans les milieux ruraux ou faiblement couverts par les structures de santé et auprès des groupes marginalisés.

Les interventions de Grunisky et de Shisana avaient, d'emblée, insisté sur les situations de vulnérabilité dont l'analyse apparaît d'autant plus nécessaire que dans le domaine de la prévention. On note que dans plusieurs pays, malgré des niveaux élevés de sensibilisation sur l'existence du SIDA, les changements de comportement sexuels ne sont pas systématiques et durables.

Les communications sur les facteurs de risque et de vulnérabilité ont présenté les cas de pays aussi divers que le Kenya, la Mauritanie, la Guinée Bissau, l'Afrique du Sud, le Sénégal, la République Démocratique du Congo, le Cameroun, le Congo Brazzaville qui mettent en exergue le cycle vicieux entre la pauvreté et le VIH/SIDA; la pauvreté favorisant le VIH/SIDA et le VIH/SIDA accentuant la pauvreté.

D'autres interventions ont aussi insisté sur la nécessité d'un travail théorique de définition de la pauvreté qui soit plus conforme aux situations vécues en Afrique, car disent-ils souvent, les enquêtes sur les impacts ont tendance à ne mesurer que des indicateurs de conditions matérielles; certains aspects socioculturels ne sont pas toujours pris en considération, comme par exemple la réduction du capital social (les familles ayant des PVVIH bénéficient moins de réseaux de solidarité).

L'analyse des contextes de pauvreté fait apparaître des tableaux où s'entremêlent plusieurs situations de

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

dénuement, de précarité. On peut ainsi voir que dans les régions les plus touchées (comme le montre, par exemple, la communication de Shisana sur le KwaZulu-Natal en Afrique du sud), on a aussi une population très jeune (43% a moins de 16 ans, dans le cas précité), un taux de chômage élevé (66%, dans le cas du KwaZulu-Natal) et une grande partie de la population vivant en-dessous du seuil de pauvreté avec de très faibles accès à l'éducation, l'électricité, l'eau potable, la sanitation et aux ARV (pour ceux qui en ont besoin). Plusieurs communications ont aussi abordé le thème de la pauvreté à travers l'analyse des situations dans lesquelles se trouvent les orphelins et les enfants vulnérables. D'autres ont montré que la féminisation du VIH accompagne et accentue celle de la pauvreté; dans le même temps où la pauvreté renforce les inéquités de genre et les formes de violence sexiste.

Mutungu, Koné et plusieurs autres intervenants avaient insisté sur la nécessité d'intégrer les contextes politiques dans l'analyse de la pauvreté. La pauvreté pensent-ils est étroitement associée aux situations de guerre, de tension sociale ou d'instabilité politique, de gouvernance non démocratique; de sorte que la résolution des multiples conflits qui secouent actuellement le continent africain est une urgente nécessité pour endiguer la menace du VIH/SIDA.

L'analyse des facteurs de risque et de vulnérabilité a concerné des secteurs importants pour le développement des pays ou la vie des populations (éducation, activités informelles, migrations professionnelles). Pour l'éducation, une étude sud-africaine a mis en relief des taux de prévalence particulièrement élevés associés à des déterminants comme l'instabilité conjugale, les migrations avec séparation des familles, la résidence dans des localités excentrées, l'utilisation irrégulière du préservatif avec des partenaires réguliers, le fait de servir dans des zones rurales enclavées, l'abus d'alcool, etc.

Par ailleurs, une opinion s'est dégagée selon laquelle la situation du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne porte l'héritage du délabrement des systèmes et des politiques officielles de santé publique qui s'est accentué avec la montée des politiques macroéconomiques néo-libérales dans les années 1980 et 1990. En diminuant l'intervention des États, ces politiques ont certainement contribué à réduire l'accès des services de santé à de larges couches de la

population, en particuliers aux plus pauvres, aux jeunes et aux femmes en même temps qu'elles suscitaient d'autres effets pervers comme le développement d'offres médicales parallèles (secteurs informels de trafic de sang, d'injections, etc.), l'extension des pratiques de l'automédication (surtout concernant les infections sexuellement transmissibles), la décrédibilisation des services de santé publique et le recul de leurs fonctions préventives.

En conclusion, beaucoup de participants ont insisté sur la nécessité de généraliser les études sur les impacts que les politiques, programmes ou projets économiques pourraient avoir sur la situation du VIH/SIDA.

La question de la vulnérabilité au VIH est apparue dans plusieurs interventions comme renvoyant à celle du contrôle sur le corps. De nombreux cas ont illustré le fait que les femmes et jeunes femmes en particulier ont moins de pouvoir de décision (que les hommes ou les jeunes hommes) sur leur vie sexuelle ou sur leur corps. Il a été signalé à plusieurs reprises que les hommes ont de plus en plus tendance à avoir des partenaires sexuels de plus en plus jeunes. Selon certains témoignages, le même phénomène existe, aussi, dans les relations au sein d'un même sexe avec de plus en plus des hommes âgés qui ont des rapports sexuels avec de très jeunes hommes, des adolescents ou des garçons. Parmi les facteurs associés aux relations sexuelles cross-générationnelles, on évoque le statut des relations de pouvoir entre générations, les difficultés financières des parents pour satisfaire les nouveaux besoins spécifiques des adolescents, (ce qui rend ceux-ci plus sensibles aux pressions des autres adultes) et les rapports de violence (viol, exploitation sexuelle). Par ailleurs, beaucoup d'intervenants ont souligné qu'il n'y a que très peu d'études sur les facteurs comme l'usage de la drogue ou la consommation d'alcool qui sont souvent associés à des comportements de violence, de relâchement du contrôle de soi et de prise de risque au plan sexuel.

D'autre part, de l'avis de plusieurs intervenants, la vulnérabilité chez les jeunes, est aggravée par le fait répandu que bien qu'ils soient souvent au courant des modes de transmission du VIH et qu'ils aient des comportements sexuels à risque, les jeunes ne se sentent pas souvent eux-mêmes à risque.

Dans les interventions structurales recommandées par les espaces d'échange, on note le plaidoyer en faveur du

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

maintien des enfants à l'école. L'école étant perçue comme pouvant aider à se protéger de l'infection à VIH en raison des connaissances qu'elle transmet et des changements qu'elle provoque dans les projets de vie. Des intervenants indiquent cependant qu'il y a, au sein de certaines communautés rurales, une prédominance de l'idée selon laquelle l'école fait courir le risque d'une sexualité précoce chez les filles (risques de viol sur le chemin de l'école, harcèlement sexuels de la part de certains enseignants, rejet des valeurs traditionnelles qui contrôlaient leur sexualité...). Mais si de telles situations existent, rétorquent d'autres intervenants, il serait moins question de rejeter l'école que de créer des conditions de protection des filles qui vont à l'école.

Sangaré, Ouédraogo, Ly et autres plusieurs intervenants, ont montré que dans la mesure où la plupart des femmes dans certains pays ont été infectées par leur maris qui étaient souvent leur unique partenaire, l'étude des déterminants du VIH/SIDA devrait intégrer celle du mariage et placer les jeunes femmes mariées au centre de l'analyse. Les recherches sur les femmes mariées et sur le mariage pourraient fournir des données susceptibles d'aider à analyser des problématiques aussi complexes que celles relatives au lévirat et au sororat, au contrôle du corps et aux droits sexuelles, à l'allaitement maternel ou aux pratiques discriminatoires à l'encontre des veuves ou des épouses vivant avec le VIH qui, dans plusieurs sociétés africaines, soulèvent des questions complexes qui vont bien au-delà de l'individu ou même du couple.

Cependant, comme le montrent les communications de Airhihenbuwa, de Schoepf ou de Obbo, l'analyse des facteurs culturels de vulnérabilité suppose que les chercheurs adoptent une distance critique par rapport aux approches culturalistes développées au début de l'épidémie. Ces approches ne voient en fait dans la culture que des représentations et des pratiques figées (souvent caricaturales), généralement considérées comme constituant des obstacles à la prévention. Pour les auteurs de ces communications, s'agit de voir quelles sont les ressources culturelles qui peuvent être mobilisées dans le cadre de la construction des réponses et d'interroger les facteurs politiques, économiques et sociaux qui donnent corps à ces réponses.

### UNE PLUS GRANDE VISIBILITÉ DES GROUPES VULNÉRABLES

La conférence a été l'occasion de partager des résultats de recherche et de discuter des impacts disproportionnés du VIH/SIDA sur les milieux et populations marginalisés par rapport aux centres administratifs, économiques ou politiques (quartiers populaires, agglomérations péri-urbaines, population en situation de pauvreté extrême, populations mobiles, migrantes et déplacées, minorités sexuelles, groupes ethniques défavorisés, etc.). Des réflexions ont également porté sur l'analyse des relations entre d'une part, les dynamiques et mécanismes de marginalisation (qui par ailleurs se reproduisent souvent dans les processus de construction de programmes) et d'autre part, la vulnérabilité au VIH/SIDA.

La nécessité de repositionner les PVVIH dans les processus de recherche et d'intervention est aussi apparue nettement dans les communications, notamment celle de Kalichman qui a montré que généralement, dans les recherches et interventions en matière de prévention, on ne s'intéresse au risque que dans le court terme. On s'arrête avant le dépistage alors que le risque continue bien après celui-ci. Les travaux de Kalichman indiquent qu'un grand nombre de personnes continuent à avoir des rapports sexuels non protégés bien après qu'elles aient été testées positives. Il y a en fait très peu d'études sur les comportements sexuels et sur les situations de vulnérabilité des PVVIH ; par conséquent, il y a peu d'interventions visant des changements de comportement et une réduction de la vulnérabilité à leur niveau.

Cependant, il a été noté que malgré l'insuffisance des études à leur niveau, les personnes vivant avec le VIH/SIDA se sont particulièrement investies dans la mobilisation communautaire pour donner un visage humain à la maladie. Selon Modibo Kane, Président du réseau RAP+, l'apport des personnes vivants avec le VIH/SIDA s'est traduit, notamment, par une implication dans les activités de sensibilisation, de promotion du conseil et dépistage volontaire et d'accompagnement psychosocial, de soins et soutien à domicile, etc.

Sur un autre plan, la conférence de Dakar a introduit une innovation importante dans l'organisation des conférences africaines en amenant plusieurs hommes

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM) à effectuer des témoignages publics, à participer activement aux débats ou à présider des séances de travail. Il ressort de ces interventions qu'il existe un vaste déni de l'homosexualité en Afrique (souvent accompagné de situations de violence et de stigmatisation qui augmente la vulnérabilité au VIH/SIDA) alors que des travaux récents ont établi des taux de prévalence du VIH dis proportionnellement élevés parmi les MSM.

Sur un autre plan, plusieurs interventions (entre autres, celles de Hopwood, Kgobati, Tshoko, Casares) ont présenté des résultats de recherches sur les impacts du VIH sur les enfants et sur les programmes d'intervention qui réussissent à mobiliser des ressources pour prendre en charge des orphelins et des enfants vulnérables. Mais la traduction des résultats de ces études dans des stratégies d'envergure reste encore à faire. Il est aussi apparu que les effets émotionnels du VIH sur les enfants n'ont été l'objet que de très peu d'études. La conférence a été l'occasion d'une exposition de dessins d'enfants (y compris des enfants vivant avec le VIH) sur le thème du VIH/SIDA. L'objectif était qu'à travers ces dessins recueillis à Dakar et à Kinsasha, les enfants puissent s'exprimer. En outre, des témoignages de PVVIH ont sensibilisé sur la stigmatisation dont sont victimes les enfants de personnes vivant avec le VIH à l'école.

D'autre part, les femmes impliquées dans l'industrie du sexe ont également participé activement aux débats et contribué à la remise en cause du déni reproduit dans les discours officiels de certains pays où par exemple, on affirme que le pays étant officiellement de telle religion, 'la prostitution n'y existe pas parce qu'elle est interdite par cette religion'. Des regroupements de personnes utilisant les drogues illicites et des associations de migrants ou de personnes déplacées ont aussi pris part aux travaux. L'OIM a également partagé les leçons de ses expériences en matière de recherche et de réponses ciblant les migrants.

Cependant, des interventions ont insisté sur la nécessité de mener des actions au sein des communautés ou des sociétés dans leur ensemble pour que les interventions ciblant les PVVIH ou les groupes marginalisés ne provoquent davantage de stigmatisation ou de réaction de rejet de la part des autres composantes de la société. On a raconté le cas d'enfants vivant avec le VIH ou

d'orphelins qui n'étaient plus pris en charge par leur famille d'accueil dès l'instant qu'un organisme d'assistance les a ciblé en tant que tels. Il semble donc important tout en reconnaissant les besoins spécifiques des PVVIH et des groupes vulnérables d'intégrer la prise en charge de ces besoins dans le cadre de stratégie globale.

### RENFORCEMENT DES CAPACITÉS D'ANALYSE DE GENRE

L'analyse de genre est apparue comme devant être une démarche transversale aussi bien pour l'étude des déterminants du VIH/SIDA que pour la construction des réponses. Plusieurs intervenants ont repris la formule de Koffi Anan selon laquelle de plus en plus en Afrique 'Le SIDA a le visage d'une femme'. D'autres ont paraphrasé une formule attribuée à un député malawite qui dit que 'le SIDA a le double visage d'une femme et du bébé qu'elle porte sur le dos'. Des interventions comme celles de Nyblade ont montré que la stigmatisation, les discriminations et les impacts du VIH/SIDA touchent plus fortement les femmes que les hommes. Le SIDA en Afrique met aussi en relief le poids énorme qui repose sur les femmes en raison du fait que ce sont elles qui sont chargées de prendre soin des malades et des orphelins.

Plusieurs interventions ont établi des relations entre la situation des femmes concernant le VIH/SIDA et leur marginalisation dans les sphères politiques, économiques et sociales. Dans certains pays, des lois et des mécanismes discriminatoires empêchent aux femmes d'occuper certaines fonctions de pouvoir, certains rôles économiques, certaines professions ou responsabilités sociales. La situation du VIH chez les femmes a aussi été mise en relation avec le déni des droits humains des femmes et les multiples formes de violences (y compris de violence structurelle) dont elles sont les victimes pratiquement partout en Afrique même si ça et là des efforts sont notés au plan des dispositions légales.

Sur un autre plan, les présentations et les débats ont montré que l'analyse de genre ne concerne pas seulement les femmes, elle a aussi pour objet les hommes. Pour certains intervenants, même s'il est établi que la majeure partie de la transmission du VIH en Afrique est par voie hétérosexuelle, il demeure que les études n'abordent généralement la vulnérabilité des femmes que de manière unilatérale sans qu'elle ne soit

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

en relation avec celle des hommes ou avec la vulnérabilité associée à la construction de la masculinité.

Diverses activités de la conférence ont repris la définition du genre considéré comme une construction sociale et culturelle qui structure les relations sociales entre et parmi les hommes et les femmes pour en faire un concept opérationnel et lui donner un contenu pluriel et contextuel. Le genre en tant que construction sociale n'a de sens que mis en rapport avec les questions de cultures, de classes, de races, d'ethnicité, de castes, de rapports économiques, politiques nationaux et internationaux, etc. Selon plusieurs intervenants, notamment les représentants du PNUD, du Commonwealth et de l'UNIFEM, la notion de genre devrait prendre en compte tous les facteurs qui déterminent les rapports entre hommes et femmes dans tous les secteurs (Economie, administration, éducation, politique, domaines d'activités formelles ou informelles, etc.) et à tous les niveaux d'analyse (international, régional, national, communautaire, et familial, interpersonnels, individuels).

L'analyse de genre est apparue comme adressant la question fondamentale du pouvoir et de la prise de décision; elle a aussi posé la question de savoir comment et par qui les notions de masculinité et féminité sont définies. Les manières dont les concepts tels que masculinité, féminité, et les identités sexuelles sont définis ont été analysées comme ayant des conséquences sur les interventions en rapport avec le VIH/SIDA. Les inégalités de genre ne se trouvent pas seulement dans les comportements et pratiques individuels et collectifs, mais aussi, dans les discours institutionnels, académiques, politiques ou religieux et dans la culture du silence qui masquent très souvent les situations critiques vécues par les femmes.

### **ANALYSE DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION**

Dans diverses sessions de la conférence, la stigmatisation et la discrimination, associées aux VIH sont apparues comme parmi les thèmes les plus actuels et sur lesquels il y a plus de difficultés à construire des approches théoriques exhaustives et des concepts opérationnels. La stigmatisation constitue un facteur de blocage important, aussi bien pour l'accès aux soins que pour l'efficacité de la prévention.

Des échanges ont permis de jeter un regard profond sur les croyances, les attitudes et les pratiques de discrimination et de stigmatisation dans les espaces institutionnels tels que le milieu de l'éducation, les structures de santé, les lieux de travail, la famille et la communauté. Les organisations internationales (notamment celles chargées du monde du travail, de la famille, du VIH/SIDA et des politiques de population) ont donné des informations sur les recherches qu'elles mènent et sur les programmes spécifiques qu'elles développent pour s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination. En réaction, des interventions ont insisté sur l'hypothèse que la relative faiblesse des résultats de programmes aussi ambitieux que le '3X5', s'explique peut être par le fait que ces programmes se basent plutôt sur des approches médicales, sanitaires ou financières alors que la peur de la stigmatisation constitue l'un des principaux obstacles à la connaissance du statut sérologique qui, elle influe sur l'accès au traitement. L'attention a été attirée sur la production de stigma par 'de nouveaux indicateurs' associés aux programmes et interventions en direction des PVVIH; ainsi par exemple, des mères refusent de prendre du lait artificiel et des PVVIH refusent des aliments ou une assistance nutritionnelle car le faire, ce serait indiquer leur séropositivité et courir le risque de la stigmatisation.

On a également abordé les contextes sociaux associés à la stigmatisation du VIH pour établir des relations entre la stigmatisation concernant la maladie et les autres formes de stigmatisations antérieures au VIH. La stigmatisation du VIH prend corps et renforce des formes d'exclusion sociale et des rapports de pouvoir préexistants, (processus social de construction et d'expression de rapports sociaux) de sorte que le thème de la transformation sociale est fréquemment revenu au cours des discussions. Les travaux présentés par Simbayi et Kalishman ont mis en exergue l'importance de construire des niveaux d'analyse différenciés tels : la société, la communauté, les institutions, le niveau interpersonnel et le niveau individuel et la nécessité de développer des indicateurs permettant d'analyser les multiples formes et expressions de la stigmatisation et de la discrimination (cas pratiques, politiques ou lois explicites, rejet implicite, violence physique, isolement, dévalorisation, exclusion sociale, auto stigmatisation, etc.).

Cependant, comme le montre la communication de Adegoke, une difficulté fondamentale est que les

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

concepts et grilles d'analyse portant sur la stigmatisation remontent aux travaux en Occident dont les plus célèbres avaient été effectués dans les années 60. Ce qui pose un problème d'inadéquation avec les contextes historiques et socioculturels africains où d'ailleurs, souvent il n'existe pas dans la langue, de termes spécifiques pour désigner la stigmatisation bien que les pratiques existent. Des recherches sur les modes et mécanismes de stigmatisation sociale aideraient à mieux définir la stigmatisation associée au VIH.

### **SENS DE L'URGENCE ET ACCÉLÉRATION DES REPONSES**

Dès la séance inaugurale, Shisana a insisté sur la nécessité d'intégrer la notion du sens de l'urgence dans la construction des réponses et des programmes de réponse. L'idée a aussi été défendue que l'intensification de la prévention du VIH est nécessaire pour rendre les traitements du VIH financièrement abordables et viables. Les progrès soutenus dans les réponses ne seront obtenus que par l'intensification simultanée de la prévention et des traitements du VIH. L'accélération de la prévention a été considérée comme étant une sorte de mot d'ordre devant être construit de manière transversale dans tous les secteurs dans lesquels se déploient des activités telles : la sensibilisation, la formation, les interventions à base communautaire, le counselling et le dépistage volontaire, l'accès aux soins, l'éducation, etc.

Comme l'a souligné Shisana, les actions de prévention du VIH doivent être fondées sur des résultats de recherche éclairée et sur des actions qui ont démontré leur efficacité. L'exploitation programmatique de la masse des résultats de recherche apparaît encore très insuffisante. Il existe un grand nombre de recherches et d'études qui ont déjà été faites et qui peuvent être traduites sous formes de recommandations pour les programmes et les politiques. Compte tenu des similarités de situations, de l'unité culturelle de l'Afrique et de la relative identité des patrimoines historiques africains, les travaux de recherche effectués dans une zone peuvent servir à d'autres.

La communication de Ndoye a insisté sur le fait que les leçons apprises des interventions qui ont réussi ou encore de celles qui ont échoué, devraient pouvoir être reproduites sur de grandes échelles à travers des politiques africaines globales.

Par ailleurs, plusieurs intervenants ont insisté sur la nécessité d'accélérer la mobilisation politique et sociale pour la mise au point de nouvelles techniques de prévention telles que les vaccins et les microbicides. Des techniques existantes telles que le préservatif féminin devraient aussi être l'objet d'une plus large appropriation par les femmes et d'une plus grande acceptation par les hommes et par les communautés. D'autres interventions ont aussi proposé que les démarches basées sur la foi soient soutenues et reproduites dans toutes les régions africaines où elles s'avèreront nécessaires. Les pays comme le Kenya, l'Ouganda, le Nigeria et le Sénégal ont accumulé plusieurs expériences qui ont abouti à des succès dans le domaine de la sensibilisation, du counselling, du dépistage volontaire et de la prise en charge des malades du SIDA. Une des principales leçons retenues aura été le fait d'amener des représentations de toutes les religions présentes dans un pays à travailler ensemble de manière concertée, de sorte que les risques de stigmatisation des membres d'une religion, ont été fortement réduits. La concertation entre les religieux, les politiques, les chercheurs et les groupes marginalisés, permet de parvenir à des consensus sur les objectifs d'ensemble et les missions spécifiques dévolues à chacune des parties prenantes.

Des commentaires ont aussi été effectués sur le manque d'études exhaustives et comparatives sur les interventions des médias dans la sensibilisation sur le VIH. Souvent, les images diffusées par les médias contribuent à développer des comportements de stigmatisation à l'encontre des PVVIH ou des groupes marginalisés. Plusieurs intervenants ont aussi insisté sur la nécessité de renouveler le contenu des messages de prévention. Très souvent, tout se passe comme si on reprenait les mêmes messages qui avaient été élaborés dans les années 80 c'est-à-dire au début de l'épidémie. La construction des mécanismes de feedback pour réorienter les messages et pour construire de nouvelles générations de messages de prévention devrait constituer des objectifs importants pour une nouvelle génération d'études sur la communication relative au VIH.

Sur un autre plan, plusieurs interventions ont insisté sur le fait qu'il est urgent d'accélérer la prévention en milieu de travail. Un des arguments avancés est le fait que pour mitiger les impacts du VIH, de plus en plus

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

les Etats et les entreprises s'engagent à assurer l'accès des ARV aux travailleurs des secteurs publics et privés. Une conclusion tirée de ce constat est qu'il faudrait accélérer la prévention en milieu du travail pour éviter d'éventuels relâchements dans les changements de comportement ou d'éventuels 'crash' dans la fourniture des ARV (si ceux-ci ne sont pas accompagnés de prévention, ils risquent de connaître des courbes de développement insoutenable pour les entreprises privées et les secteurs publics). C'est dans cette optique que les représentants du patronat (du Sénégal, de la Côte d'Ivoire et de la République démocratique du Congo), les délégués représentant une dizaine d'organisations syndicales et les membres des organisations des Nations Unies (FNUAP, OIT) ont passé en revue les problèmes cruciaux qui constituent des obstacles pour une accélération des réponses en milieu du travail (faible connaissance de la situation et des impacts du VIH dans les entreprises, faible effectivité des plans d'action, dialogue social insuffisant, faiblesse des liens entre les actions sectorielles et les politiques globales).

Cependant, pour plusieurs intervenants, malgré la nécessité de procéder à des réponses urgentes, il convient d'élaborer de manière holistique, des programmes à long terme qui s'attaquent aux causes profondes (sociales, économiques et politiques) de la vulnérabilité. Aussi, dans le domaine de la prise en charge et du traitement, on a noté que l'accélération de l'accès aux ARV est ralenti tant par des facteurs socioéconomiques (problèmes de transport, difficulté pour l'accueil et l'hébergement, coût élevé du suivi biomédical, problèmes relatifs à la nutrition, etc.) que par des facteurs psychosociaux ou culturels (mauvaise gestion des impacts émotionnels, stress des professionnels, peur de la stigmatisation et de la discrimination).

Par ailleurs, il est apparu que la question de l'accélération des réponses soulève des questions éthiques. Beaucoup d'interventions ont estimé que les protocoles éthiques ne correspondent pas, souvent, aux relations sociales telles qu'elles prédominent en Afrique. Ainsi, par exemple, la décision individuelle qui figure au cœur de ces protocoles, n'est pas, dans plusieurs sociétés africaines, toujours exclusivement du ressort de l'individu. Elle fait appel à des processus interactifs entre l'individu et plusieurs groupes de référence. Les informations dont les protocoles

assument qu'elles sont connues avant l'adhésion aux essais cliniques ne le sont pas toujours. Des intervenants se sont aussi posé la question de la valeur éthique des essais thérapeutiques, utilisant des placebos et qui font que des groupes témoins ne disposent pas des traitements qui existent à l'heure actuelle au plan international. Il y a selon plusieurs interventions, une urgence à reconceptualiser la question de l'éthique de la recherche clinique en Afrique.

### SYNERGIES ET COORDINATION DES RÉPONSES

La réponse multisectorielle implique des secteurs aussi divers que les écoles, les universités, les institutions sociales, les forces armées, la fonction publique, le secteur privé, les services de santé, les services judiciaires, les organisations et associations à base culturelle, religieuse ou sociale. Les stratégies de réponse devraient pouvoir développer des relations de partenariat ouvertes, flexibles et durables avec les formes traditionnelles de regroupement des femmes et des groupes marginalisés (MSM, prostitués, drogués). Souvent, les pouvoirs publics et agences de coopération internationales ont tendance à ne reconnaître que des formes d'organisation conformes aux règles d'administration et de gestion d'inspiration occidentale. Alors que des cadres traditionnels de mobilisation sociale ou de sensibilisation existent déjà, il ne s'agit souvent que de les reconnaître et éventuellement d'appuyer en leur sein les processus d'ajustement qui puissent leur donner des rôles opérationnels dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation.

Les interventions de Sow et Sow ont aidé à montrer comment les défis opérationnels à l'interface de la communauté et des structures de santé ne se pose et ne peuvent être résolus qu'à partir du moment où on se demande ce qu'il faut créer comme dynamique et relation pour que les acteurs de la communauté et les services de santé puissent agir en synergie pour renforcer la prévention et la prise en charge dans des systèmes consensuels qui assurent la continuité des soins et des processus de changement de comportement.

Des communications comme, par exemple celle de Traoré, ont montré que concernant les travailleuses de sexe, des synergies peuvent être créées par la combinaison des actions de prévention avec des programmes d'accès aux soins et avec des actions de plaidoyer en faveur d'une plus grande protection légale.

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

Les discussions ont mis en exergue les possibilités que les stratégies en matière de santé sexuelle et reproductive et celles relatives à la prévention du VIH devraient pouvoir se renforcer mutuellement. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant suppose des activités de sensibilisation et de prévention qui pourraient être intégrées dans les services intervenant dans la gestion de la grossesse (y compris la prévention des grossesses non désirées), dans l'accouchement et dans les soins aux nouveaux nés. Mais, concernant l'Afrique du sud, la communication Mosala, a mis en évidence la faible utilisation des services de consultation prénatales et des services d'accouchement assisté par un personnel médical. Ce constat qui pourrait être effectué pratiquement partout en Afrique pose non seulement la question de la couverture médicale des zones rurales, mais également celle de l'accueil dans les structures de santé et celle des concepts culturels autour de la gestion de la grossesse et de l'accouchement (souvent en accouchant à domicile, la femme bénéficie d'un accompagnement et d'un soutien psychosocial qui, généralement, fait défaut dans les structures de santé).

Par ailleurs, selon les représentants des ONGs comme Sida Service et ACI, les centres de counselling et de dépistage volontaire et gratuit pourraient jouer un rôle important dans l'accélération des réponses parce qu'ils se situent à l'interface entre les actions de sensibilisation et ceux destinés à l'accès aux soins et au traitement. Plusieurs interventions ont proposé l'élargissement opérationnel des centres de dépistage pour inclure le dépistage de la tuberculose et d'autres maladies préoccupant les communautés. Cet élargissement pourrait, selon eux, aider à toucher les groupes les plus vulnérables qui, très souvent, ne fréquentent pas ces centres de dépistage.

L'accélération de la réponse multisectorielle pose des problèmes opérationnels de coordination qui s'ils ne sont résolus risquent de réduire les impacts de cette réponse. Au cours des débats, il a été mentionné que souvent, les interventions évoluent de manière isolée les unes des autres, les agences de coopération étant généralement plus préoccupées de montrer les succès de leur propres interventions individuelles. Il y a souvent beaucoup de changement dans les préoccupations et les zones d'intervention de ces agences, avec comme conséquence, des appuis financiers qui ne sont pas toujours assurés. Selon

plusieurs interventions, de sérieux problèmes de manque de continuité spatiale et temporel menacent l'exhaustivité et la durabilité des réponses.

Grunisky a expliqué qu'au niveau international, la question de la coordination des interventions et de leur évaluation a été l'objet de consensus autour de la nécessité de donner corps au principe de 3X1 (un unique cadre d'action, un unique corps de coordination nationale et un unique système d'évaluation). La coordination de la réponse nationale devra s'appuyer sur la construction de cadres opérationnels et stratégiques tenant compte des niveaux international et local et intégrant une représentation adéquate des PVVIH, des groupes marginalisés, et des communautés. Ce qui suppose que soient résolues les questions relatives à la langue de travail et aux pratiques institutionnelles qui reproduisent l'exclusion sociale.

Un autre constat effectué dans les espaces d'échange est que la prévention pour être efficace devrait être conçue de manière à ce qu'elle soit durable. Pour ce faire, elle doit bénéficier d'investissements pérennes. A la recherche de solutions miracles ou d'activités sensationnelles, il faudrait substituer des efforts systématiques intégrés dans des visions cohérentes et soutenues par des mécanismes de feedback et d'évaluation.

### AXES POUR LA CONSTRUCTION DE RÉPONSES POLITIQUES

Pour certaines interventions, les réponses politiques sont d'autant plus urgentes que le VIH/SIDA menace les systèmes politiques eux-mêmes. K. Chirambo a montré que le VIH/SIDA pouvait avoir des impacts négatifs sur les processus électoraux qui se trouvent menacés du fait du nombre élevé de morts qu'il faut retirer des listes électorales, du poids des dépenses pour l'organisation d'élection partielles pour remplacer des élus morts du SIDA et de la peur de la stigmatisation qui éloigne les PVVIH de l'exercice de leur droit démocratique. Il s'en suit que ces impacts peuvent affecter le fonctionnement des systèmes politiques et des règles de gouvernance démocratique.

Dans les travaux d'espaces d'échange consacrés aux aspects politiques, il est apparu que pour obtenir des succès notoires susceptibles d'inverser de manière radicale et durable les tendances, il faudrait associer aux

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

activités de sensibilisation et de formation, des réponses touchant les structures profondes des sociétés et abordant la question de la protection des droits humains. Le politique devrait s'impliquer davantage dans la définition et la promotion des droits humains (en particulier du droit des personnes vivant avec le VIH, des femmes, des filles et des identités sexuelles plurielles) à contrôler leur propre sexualité et à être protégé contre la violence, les abus ou le harcèlement sexuel et la discrimination. Ainsi, des mesures spéciales devraient certainement être prises pour une meilleure protection des droits des groupes marginalisés. Mais la reconnaissance des droits n'est certainement pas suffisante à elle seule. Il est important de développer des programmes destinés à renforcer les capacités des femmes et des groupes marginalisés à faire face aux situations qui augmentent leur vulnérabilité.

Dans de nombreux pays africains, des mouvements sont en cours, qui cherchent à modifier des lois et règlements, de sorte qu'ils soient plus favorables à la prévention, mais au-delà du fait que ces dispositifs légaux restent encore très insuffisants (des lois répressives contre les MSM ou les travailleuses de sexe existent dans beaucoup de pays) même si des lois et politiques favorables existent leur application est souvent insuffisantes. Il se pose alors des problèmes de l'insuffisance des actions des communautés ou des sociétés civiles pour exercer une influence sur les pouvoirs politiques et judiciaires, de sorte que ces dispositions favorables à la prévention soient effectivement appliquées et que les dispositions discriminatoires ou défavorables soient supprimées. On note également que des mouvements associatifs ou communautaires se font de plus en plus jour pour revendiquer l'accès universel au traitement et à la prise en charge. Ces mouvements s'opposent souvent à des intérêts privés qui sont dans des logiques d'accumulation de profit. Il est alors important que les politiques s'impliquent dans le soutien à ces mouvements pour leur donner le retentissement international nécessaire à la réussite de leur entreprise.

L'engagement personnel des politiques a connu des fortunes diverses. Actuellement, dans plusieurs pays, on assiste de plus en plus à des prises de position ouvertes des plus hautes autorités politiques ou religieuses. Mais la question du SIDA figure très peu dans les agendas électoraux des partis politiques.

Par ailleurs, selon plusieurs intervenants, les parlements africains devraient se pencher sur la nécessité d'assurer des investissements à long terme et de réduire la dépendance financière vis-à-vis de donateurs extérieurs. La dépendance vis-à-vis des financements extérieurs a été évoquée comme un facteur pesant sur la durabilité des actions prise en charge. Les investissements à long terme supposent des actions concertées entre les bénéficiaires, les communautés, les gouvernements nationaux et les partenaires internationaux, pour de meilleures utilisations des ressources et des garanties de continuité dans la recherche, les interventions et les politiques de réponses.

### CONCLUSION

A la suite des deux premières conférences africaines sur le VIH, tenues en Afrique du Sud, la conférence de Dakar a renforcé les orientations du Programme SAHARA en apportant des innovations dans la manière de concevoir les conférences internationales, dans les activités mises en œuvre et dans les résultats obtenus.

Les innovations portant sur la manière de penser les conférences internationales tiennent compte de la reconceptualisation du VIH/SIDA actuellement en cours, reconceptualisation qui sort des limites des approches centrées sur les perspectives biomédicales pour orienter la réflexion sur la question des contextes de vulnérabilité, des identités et de la construction sociale des rapports à la maladie (UNAIDS, August 2005).

Au-delà des aspects symboliques et opérationnels, l'approche culturelle mise en œuvre par la conférence rejoint des orientations exprimées par plusieurs organismes internationaux et par la déclaration d'engagement de l'assemblée nationale des Nations Unies sur le VIH qui souligne 'le rôle important que peuvent jouer la culture, la famille, les valeurs morales et la religion dans la prévention de l'épidémie et dans les activités de traitement, de soins et d'appui, compte tenu des particularités de chaque pays et de la nécessité de respecter tous les droits de l'homme et les libertés fondamentales' (Nations Unies, 2001).

Les activités de la conférence avaient été organisées de sorte que les PVVIH, les communautés de base et les

## Innovations dans les approches, activités et résultats des conférences internationales sur le VIH/SIDA en Afrique

---

groupes marginalisés y jouent un rôle central. Cette orientation prolonge le débat autour des changements de concepts politiques, sociaux ou institutionnels qu'il faudrait effectuer pour parvenir à l'accélération des réponses. L'importance accordée par la conférence aux questions de genre, rejoint les préoccupations essentielles soulevées par le débat international sur la maîtrise des facteurs de vulnérabilité.

Les travaux de la conférence contribuent au débat universel qui tente de construire de nouvelles définitions de la stigmatisation et d'analyser les formes par lesquelles elle se manifeste. L'analyse des déterminants du VIH a permis à la conférence de proposer des approches et des éléments de réponses holistiques qui sont construites autour de l'établissement d'articulation entre la prévention et la prise en charge entre les actions à court terme et celles à long terme, entre la recherche et l'action, les changements de comportements et des changements structurels, des décideurs politiques et des communautés de base et des groupes marginalisés.

La conférence a renforcé la réflexion autour de la construction des réponses en mettant en exergue les thèmes de l'urgence et de l'accélération des réponses, de la construction de synergie, de coordination et de la conception de réponses politiques. Les évaluations effectuées par les participants s'accordent à retenir que la conférence a été un grand succès, qui, au demeurant

a été mentionnée par la presse locale et les médias internationaux.

La prochaine conférence africaine sur les aspects sociaux du VIH est prévue pour avoir lieu de 27 avril à 3 mai 2007, à Kisumu au Kenya et sera assurément l'occasion d'une consolidation et d'un dépassement des acquis de la conférence de Dakar.

Les auteurs tiennent à remercier Yoesrie Toefy, Mamadou Mar Faye, Ndack Diop, Dieynaba Ndiaye, Masheti Wangoyi, Bridgette Prince et Solange Bandiaky pour leur contribution significative à la réunion des matériaux de cet article.

### Références

- De Cock *et al.* (2003). UNAIDS scenarios on voluntary counselling and HIV testing. Paper prepared for the project, in UNAIDS, AIDS in Africa: Three scenarios to 2025.
- ECA (2005). The Millennium Development Goals in Africa: Progress and challenges. Addis Ababa: Economic Commission for Africa.
- FAO (2005). Integrated Natural Resources Management to Enhance Food Security Food and Agriculture Organization Repository Document.
- ILO (2004). HIV/AIDS and work: global estimates impact and response. Geneva.
- Nations Unies (2001). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (25-27 Juin 2001), New York.
- Spiegel P. (2004). First among conflict-affected and displaced populations: Dispelling myths and taking action. *Disasters*, 28(3):332-339.
- Quatek K. (2000). The economic impact of AIDS in South Africa: a dark cloud on the horizon. Konrad-Adenauer-Stiftung Occasional Papers, Kune 2000. Johannesburg, Konrad-Adenauer-Stiftung. p.9.
- UNAIDS (August 2005). Intensifying HIV prevention. Geneva.
- UNAIDS (2004). Report on the global AIDS epidemic. Geneva.
- UNAIDS (2003). Accelerating action against AIDS in Africa. Geneva.
- UNAIDS (2001). HIV prevention needs and successes: A tale of three countries. An update on HIV prevention success in Senegal, Thailand and Uganda. Geneva.
- ONUSIDA (2004). Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Genève.
- ONUSIDA/OMS (2005). Le point sur l'épidémie de SIDA. Genève.

---

Full text version of

SAHARA *J* available online at

[www.sahara.org.za](http://www.sahara.org.za)