

**FEMMES DOMINEES FACE AU SIDA : INCIDENCES D'UN CONTEXTE DE  
DOMINATION MASCULINE EN AFRIQUE DE L'OUEST SUR LES PRATIQUES  
PROFESSIONNELLES DES ACTEURS DE PREVENTION.**

**Arnaud Siméone\*, Nadine Debertolis\*\*, Mariam Diakité\*\***

\* Laboratoire GRePS (EA 4163)  
Université Lyon 2  
86, rue Pasteur - 69365 Lyon Cedex 07- France  
arnaud.simeone@univ-lyon2.fr

\*\* Université Lyon 2  
Institut des Sciences et Pratiques d'Éducation et de Formation  
86, rue Pasteur - 69365 Lyon Cedex 07- France

---

**Mots-clés :** *Domination masculine, SIDA, Prévention, Pratiques professionnelles.*

**Résumé.** *L'objectif de cette étude est d'évaluer l'importance perçue du phénomène de domination masculine par les acteurs de prévention de l'infection à V.I.H. intervenant auprès de populations d'Afrique de l'Ouest, et d'estimer l'impact de ces perceptions et attitudes sur leurs pratiques professionnelles. De fait, ce phénomène pourrait en partie expliquer la survulnérabilité à l'infection à V.I.H. des femmes résidant en ou originaires d'Afrique Sub-saharienne (ONUSIDA, 2008), et il apparaîtrait pertinent de l'intégrer dans la conception des programmes de prévention en direction de ces populations. 26 éducateurs à la santé intervenant au Bénin ou en France ont été interrogés à l'aide de questionnaires puis d'entretiens sur a) leurs perceptions des principaux déterminants de l'infection V.I.H. pour les femmes, b) l'importance perçue de la domination masculine sur ce phénomène, et sur c) leurs démarches et leurs pratiques de prévention. Les résultats soulignent que la domination masculine est peu spontanément évoquée comme un facteur de vulnérabilité. Elle est ainsi majoritairement considérée comme un facteur culturel, légitime ou peu susceptible d'être modifié. Enfin, il apparaît que plus les acteurs paraissent attachés aux valeurs culturelles en place, moins ils se sentent disposés ou capables d'insérer la notion de domination masculine dans leurs pratiques.*

---

## **1. Introduction**

L'Afrique subsaharienne reste la région du monde la plus fortement touchée par l'infection à V.I.H. Le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA, 2009) souligne qu'en 2008, ce territoire rassemblait 67 % des infections à V.I.H. du monde, 68 % des nouvelles infections à V.I.H. chez les adultes, et enregistrait 72 % des décès mondiaux dus au sida. Le nombre de personnes nouvellement infectées par le V.I.H. en Afrique subsaharienne est ainsi estimé à 1,9 millions pour l'année 2008, ce qui porterait le nombre de personnes vivant avec le V.I.H. à 22,4 millions. Bien que la prévalence du V.I.H. en Afrique de l'Ouest soit par comparaison sensiblement inférieure à ce qu'elle est en Afrique australe ou en Afrique de l'Est, cette sous-région regroupe néanmoins plusieurs graves foyers d'épidémie. Près d'un adulte sur 25 (3,9 %) en Côte d'Ivoire et 1,9 % de la population générale du Ghana vivent avec le V.I.H. (ONUSIDA, 2008a). Une des caractéristiques du développement de l'épidémie à V.I.H. dans ces régions est la persistance de son impact disproportionné sur les femmes. Par exemple, en Côte d'Ivoire, la prévalence du V.I.H. chez les femmes était en 2005 plus de deux fois supérieure à celle chez les hommes (respectivement, 6,4 % et 2,9 %) (Institut National de la Statistique et al., 2006).

À l'échelle de la sous région, les femmes représentent approximativement 60 % des infections à V.I.H. estimées (ONUSIDA, 2008a). Le risque est particulièrement disproportionné pour les filles et les jeunes femmes : celles-ci sont trois fois plus susceptibles d'être infectées que leurs homologues masculins, alors que les femmes âgées de 20 à 24 ans ont 5,5 fois plus de risques de vivre avec le V.I.H. que les hommes dans la même tranche d'âge (National AIDS/STI Control Programme, 2009).

### ***1.1 Les inégalités sexospécifiques comme facteurs de vulnérabilité des femmes au V.I.H.***

La vulnérabilité des femmes au V.I.H. en Afrique subsaharienne découle en partie de leur plus grande susceptibilité physiologique à la transmission hétérosexuelle du V.I.H. Cependant, c'est aussi un état résultant de facteurs non biologiques, d'ordre social, juridique et économique, échappant la plupart du temps au contrôle individuel, qui réduisent l'aptitude d'individus et de communautés à éviter le risque d'infection à V.I.H. Ces facteurs sont notamment : 1) l'absence des connaissances et des compétences nécessaires pour se protéger ou protéger autrui ; 2) les facteurs liés à la qualité des services et à leur accès ; 3) les facteurs sociétaux tels que les violations des droits humains, ou les normes socioculturelles. Ces normes peuvent consister en pratiques, en croyances, et en lois qui stigmatisent et inhibent certaines populations, lesquelles ont de ce fait de la difficulté entre autres à bénéficier ou à faire usage des services de prévention (ONUSIDA, 2008b). Les inégalités sexospécifiques et l'absence de moyens donnés aux femmes pour s'assumer peuvent dans ce cadre être considérées comme un facteur susceptible de créer une vulnérabilité à l'infection à V.I.H., ou de l'intensifier. Les liens entre absence de parité homme – femme et vulnérabilité accrue au V.I.H. chez les femmes originaires de ou résidant en Afrique subsaharienne ont été plutôt bien caractérisés et répertoriés (Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2006a).

Premièrement, les normes socioculturelles restreignent souvent l'accès des femmes à l'information sur la santé sexuelle et reproductive. Lorsque les femmes ont accès à l'information et aux produits (par exemple, les préservatifs), les normes sexospécifiques selon lesquelles les femmes n'ont pas droit au chapitre en matière de sexualité et doit jouer un rôle plus passif, compromettent l'autonomie des femmes, les exposent à la coercition sexuelle, et les empêchent d'insister pour que le partenaire masculin pratique l'abstinence ou utilise le préservatif. De nombreuses recherches ont montré que les inégalités sexospécifiques interviennent de manière manifeste dans l'épidémie. Ainsi, au Lesotho, selon une étude récente, 47 % des hommes et 40 % des femmes estiment que les femmes n'ont pas le droit de refuser des rapports sexuels avec leur mari ou leur compagnon (Anderson et al., 2007). Au Botswana, les individus qui possèdent au moins trois croyances sexospécifiques à caractère discriminatoire (par exemple, « les femmes ont moins que les hommes le droit d'avoir des rapports sexuels extraconjugaux » ou « il est justifié que le mari batte sa femme si elle a des rapports sexuels extraconjugaux ») sont près de trois fois plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés avec un partenaire extraconjugal durant l'année écoulée, comparés à ceux qui ne possèdent pas de telles croyances (Physicians for Human Rights, 2007). Dans les sociétés d'Afrique de l'Ouest, il est généralement constaté une domination des hommes sur les femmes dans l'espace familial, dans les relations maritales et dans la vie politique (Ombolo, 1990). Le pouvoir des femmes sur leur sexualité est alors souvent limité, et elles participent peu aux décisions lors des rapports sexuels. Par exemple, elles peuvent être dans l'impossibilité d'imposer le port du préservatif à leur partenaire, tout en sachant que celui-ci pratique le multi-partenariat sexuel (UNESCO, 1999). Les attentes traditionnelles concernant la masculinité et le comportement sexuel des hommes sont tout aussi susceptibles d'augmenter le risque d'infection par le V.I.H. chez les hommes. Les représentations de l'homme comme devant être solide, agressif, sexuellement dominant et aimant le risque, génèrent chez les individus des comportements qui majorent le risque d'infection à V.I.H. : multiplication des partenaires sexuels, consommation des drogues ou de l'alcool, refus de consulter pour une infection sexuellement transmissible (CIRF, 2007 ; OMS, 2007). Les normes sexospécifiques apparaissent donc préjudiciables tant pour les hommes ou pour les femmes.

Deuxièmement, les liens entre niveau d'instruction élevé et faible prévalence du V.I.H. ont été clairement établis (Hargreaves et al., 2008). Une étude menée en Afrique du Sud a montré que chaque année supplémentaire dans le niveau d'instruction faisait baisser de 7 % le risque d'infection à V.I.H. (Bärnighausen et al., 2007). La scolarisation offrirait donc un moyen efficace de réduction du risque d'infection à V.I.H. et en particulier de lutte contre la vulnérabilité des femmes. Les filles qui vont jusqu'au bout de l'enseignement primaire sont ainsi plus de deux fois plus susceptibles d'utiliser le préservatif, et les filles qui suivent des études secondaires jusqu'au bout sont entre quatre à sept fois plus susceptibles d'utiliser le préservatif, et ont une moins grande probabilité de contracter l'infection à V.I.H. (Hargreaves & Boler, 2006). Malheureusement, dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, l'égalité des chances face à l'éducation est systématiquement refusée aux filles. Dans les pays les plus démunis, les filles sont de 11 % moins susceptibles que les garçons de fréquenter l'école primaire (PNUD, 2007), et les filles atteignant l'âge d'aller au lycée voient leur probabilité de poursuivre leurs études diminuer encore davantage. Au Bénin, en Côte d'Ivoire et en Guinée, seules la moitié des filles sont aussi susceptibles que les garçons d'aller au lycée (PNUD, 2007).

Troisièmement, le phénomène de la violence à l'égard des femmes, au-delà d'être une offense aux droits humains, contribuerait aussi à la vulnérabilité des femmes au V.I.H. Dans les situations de conflits, le vol et d'autres formes de coercition sexuelle sont souvent utilisés comme arme de guerre (Raise Initiative, 2007). Dans certaines parties de la République Démocratique du Congo, la prévalence du viol serait la plus forte du monde (McCrummen, 2007). Dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, le risque de V.I.H. chez les femmes ayant subi des violences peut être jusqu'à trois fois plus élevé que chez celles n'ayant pas subies (Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2006b).

## ***1.2 Les stratégies de productions de normes sexospécifiques égalitaires***

Relativement peu d'études ont examiné rigoureusement les stratégies destinées à neutraliser les différents facteurs sociaux de risque et / ou de vulnérabilité face au V.I.H. Néanmoins, il est généralement admis que ces facteurs empêchent d'opposer à l'épidémie une riposte efficace, fondée sur le respect des droits humains, et il existe suffisamment d'éléments probants sur lesquels se fonder pour concevoir des initiatives visant à contrer ces facteurs et à créer des contextes plus favorables à prévention de l'infection à V.I.H. En particulier, des outils de mesure des inégalités sexospécifiques, et des stratégies innovantes visant à les combattre ont été récemment élaborés (ONUSIDA, 2008b). Par exemple, des programmes ont été créés pour aider les communautés à produire des normes sexospécifiques égalitaires. Le programme H de l'Instituto Promundo, conçu au Brésil et ensuite testé en Afrique, a ainsi démontré qu'il était possible par une campagne de marketing social assortie à des séances de travail et de réflexion par petits groupes, de faire évoluer les attitudes des hommes dans le sens de l'égalité des sexes et de faire baisser des taux d'infection à V.I.H. (Pulerwitz, 2006). Les ateliers Stepping Stones (Welbourn, 1995), utilisés dans plus de quarante pays, ont contribué à réduire le degré d'acceptabilité des violences faites aux femmes et à favoriser une sensibilisation vis-à-vis de l'infection à V.I.H. et de l'usage du préservatif (Jewkes et al., 2007). D'autres programmes tentent d'éliminer les disparités sexospécifiques en matière d'enseignement. Au Burkina Faso, et dans un certain nombre d'autres pays, la manifestation d'une ferme détermination nationale en faveur des objectifs mondiaux de l'Éducation pour Tous a donné lieu à une réduction importante des écarts entre garçons et filles en matière d'accès à l'éducation (UNESCO, 2007). Globalement, dans une méta-analyse de programmes destinés à promouvoir la parité homme-femme, Barker, Ricardo & Nascimento (2007) ont souligné que 29 % d'entre eux parvenaient à transformer les attitudes ou comportements ciblés.

### **1.3 Les normes ou croyances culturelles peuvent-elles être des obstacles à la prévention du V.I.H. ?**

Dans ces conditions, il apparaîtrait pertinent d'intégrer de manière quasi systématique les inégalités sexospécifiques et le phénomène de la domination masculine dans la conception des programmes de prévention de l'infection V.I.H. en direction des populations d'Afrique de l'Ouest. Or, même si des démarches dans ce sens sont effectuées, elles ne se mettent pas en place sans difficulté. Par exemple, Vonarx (2008), dans une présentation et une évaluation d'une formation sur la masculinité dispensée à Bamako (Mali) et à Conakry (République de Guinée) à des intervenants locaux de la lutte contre l'infection V.I.H. repère plusieurs obstacles à la mise en place effective de ce type d'intervention. Plus précisément, il souligne que les objectifs et le contenu de cette formation (amélioration des connaissances sur les liens entre masculinité et sida ; identification des dimensions de la masculinité susceptibles de faire l'objet d'intervention ; ...) peuvent heurter certains participants qui partagent des caractéristiques de masculinité qui y sont au moins implicitement condamnées. Au-delà de provoquer des réactions hostiles chez les populations ciblées, dont elles peuvent remettre en cause des normes ou croyances culturellement ancrées, les interventions visant les inégalités sexospécifiques peuvent donc aussi générer des résistances chez les intervenants locaux eux-mêmes, qui peuvent se sentir menacés par ces remises en cause idéologiques. Or, sans une totale adhésion des intervenants locaux aux principes et fondements de ce type d'intervention, il paraît peu probable qu'elles puissent avoir un impact satisfaisant, voir même qu'elles puissent être mises en place.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'importance de la perception des inégalités sexospécifiques par les acteurs de prévention de l'infection à V.I.H. intervenant auprès de populations d'Afrique de l'Ouest, et d'estimer l'impact de ces perceptions sur l'élaboration et la mise en place de leurs pratiques professionnelles. Plus précisément, cette recherche tente 1) de vérifier si la notion de domination masculine est identifiée et jugée adaptée par des acteurs de prévention intervenant auprès de populations résidant en Afrique de l'Ouest ou auprès de populations de migrants originaires de cette région du monde et résidant en France, et 2) d'observer si ces perceptions et attitudes ont un impact sur les pratiques de prévention élaborées et mises en place par ces acteurs.

## **2. Méthode**

### **2.1 Echantillon**

L'échantillon de cette étude est composé de 26 éducateurs à la santé (11 hommes et 15 femmes) intervenant au Bénin ou dans le département du Rhône (France) (respectivement 19 et 7). Ils sont âgés en moyenne de 32,5 ans ( $\sigma = 9,9$ ). Tous sont salariés. 66% occupent un poste d'animateur de prévention et 34 % un poste de chef de projet. Pour la quasi totalité d'entre eux (92 %), la prévention du V.I.H. n'est pas un champ d'activité exclusif. Enfin, si la grande majorité des intervenants dans le Rhône (71 %) ont une formation diplômante en rapport avec le poste qu'ils occupent, seuls 10 % des intervenants béninois disposent d'un tel niveau de formation.

### **2.2 Outils**

Les participants ont été interrogés individuellement sur leur lieu de travail, à l'aide de questionnaires puis d'entretiens structurés. Ces outils permettent de recueillir des informations sur a) leurs perceptions des principaux déterminants de l'infection V.I.H. pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, b) l'importance perçue de la domination masculine sur ce phénomène, et sur c) leurs démarches et leurs pratiques de prévention. Un questionnaire sociodémographique vient compléter ce protocole. A quelques questions près, les mêmes outils ont été utilisés au Bénin et en France.

### **2.3 Procédure**

Les intervenants béninois ont été approchés puis interrogés par une enquêtrice qui réalisait un stage d'étude sur place. L'enquête s'est déroulée sur une durée de trois mois, dans le centre et le nord du Bénin, principalement en zone rurale. La prise de contact s'est faite par l'intermédiaire d'une Organisation Non Gouvernementale. Les intervenants lyonnais ont été contactés via des associations intervenant auprès des communautés migrantes d'Afrique de l'Ouest. Sept associations ont été contactées, et un intervenant par association a été interrogé. L'enquête a été présentée comme portant sur les pratiques de prévention en direction des femmes issues de populations originaires de ou résidant en Afrique de l'Ouest.

### **3. Résultats**

Les résultats obtenus soulignent tout d'abord que les inégalités sexospécifiques sont peu spontanément évoquées comme un facteur de vulnérabilité pour les femmes. Aucun des acteurs de prévention intervenant en France n'en parle, et seuls huit éducateurs à la santé travaillant au Bénin (6 femmes et 2 hommes) les reconnaissent explicitement comme un facteur de propagation de l'infection à V.I.H.

Néanmoins, lorsque ces inégalités sexospécifiques leur sont présentées comme une éventuelle variable susceptible d'accroître la vulnérabilité des femmes au V.I.H., la quasi-totalité d'entre eux (76,9 %) les reconnaissent comme tels. Les facteurs d'inégalités sexospécifiques évoqués restent toutefois très circonscrits au domaine de l'accès aux connaissances, aux compétences, et à l'éducation de manière générale (par exemple, en termes de compréhension des modes d'infection, ou de capacité à utiliser le préservatif). Seules six intervenantes (quatre localisées au Bénin et deux en France) vont aborder d'elles-mêmes le rôle néfaste des normes socioculturelles, des attentes traditionnelles vis-à-vis des rôles féminins et masculins, et de la violence exercée contre les femmes.

Par ailleurs, les inégalités sexospécifiques sont majoritairement considérées comme un facteur culturel, si ce n'est légitime, du moins peu susceptible d'être modifié. Seule une intervenante localisée en France et trois localisées au Bénin vont percevoir comme prioritaire la mise en place d'interventions intégrant le phénomène de la domination masculine, même si toutes reconnaissent que leur implémentation pourrait rencontrer d'importants obstacles. La plupart des enquêtés (84,6 %) ne jugent donc pas cet axe d'intervention comme prioritaire, la très grande majorité des acteurs de prévention travaillant en France (6 sur 7) ne le considérant d'ailleurs pas comme légitime. De fait, ce type d'action est souvent perçu comme une production occidentale ethnocentrique, menaçant la culture des migrants, leur communauté et leurs valeurs.

Enfin, il apparaît que plus les acteurs paraissent attachés aux valeurs culturelles en place, moins ils se sentent disposés ou capables d'insérer la notion de domination masculine dans leurs pratiques de prévention, voir d'y intégrer des aspects sociaux ou relationnels. Le contenu des interventions éducatives ou formatives se fonde alors bien souvent sur une conception biomédicale de la santé, et en pratique il se résume à une information sur la physiologie reproductive, sur les modes de transmission du V.I.H., ou sur l'usage du préservatif.

### **4. Conclusion**

Dans son rapport de 2009, l'ONUSIDA soulignait la nécessité de la mise en place d'un investissement important dans des programmes visant à instaurer des normes sexospécifiques égalitaires, en accordant une attention particulière aux initiatives centrées sur les hommes. Il est de raisonnable de penser que l'implémentation de ces programmes ne pourra pas se faire sans le soutien des professionnels locaux.

Or, il semble que les fondements mêmes de ces programmes ne suscitent pas nécessairement a priori l'adhésion de ces acteurs. De fait, que ce soit au Bénin ou peut être encore plus chez des populations migrantes installées en France, ces actions peuvent être potentiellement perçues comme des stratégies détournées d'atteinte aux traditions culturelles.

Avant toute mise en place de programmes à destination des populations d'Afrique de l'Ouest, ou originaires d'Afrique de l'Ouest et résidant en France, il semble donc important d'identifier ces barrières et d'intégrer les acteurs de prévention dans des formations conscientisantes.

## 5. Références et bibliographie

- Barker, G., Ricardo, C. & Nascimento, M. (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Bärnighausen, T. et al. (2007). The socioeconomic determinants of HIV incidence: evidence from a longitudinal, population-based study in rural South Africa. *AIDS*, 21(Suppl. 7):S29–S38.
- CIRF (2007). *Engaging men and boys to achieve gender equality: how can we build on what we have learned?* Washington DC, Centre international de recherches sur les femmes.
- Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006a). *Tenir les promesses: un programme d'action sur les femmes et le sida*. Genève, ONUSIDA.
- Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006b). La sécurité matérielle des femmes - Echech au sida. Genève, ONUSIDA (Dossier thématique n° 3).
- Hargreaves, J.R. & Boler, T. (2006). *Girl power: girls' education, sexual behaviour and AIDS in Africa*. Johannesburg, ActionAid International.
- Hargreaves, J.R. et al. (2008). Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 22:403–414.
- Jewkes, R. et al. (2007). *Evaluation of Stepping Stones: a gender transformative HIV prevention intervention*. Pretoria, South African Medical Research Council.
- McCrummen, S. (2007). Prevalence of rape in E. Congo described as worst in world. *Washington Post*, 9 septembre.
- Ombolo, J.P. (1990). *Sexe et société en Afrique noire*. L'Harmattan, Paris, 389 p.
- OMS (2007). *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- ONUSIDA (2008a). Situation de l'épidémie mondiale de sida. (Chap. 2). In ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Consulté le 17/02/2010 et disponible à l'adresse : [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510\\_2008\\_global\\_report\\_pp29\\_62\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp29_62_fr.pdf)
- ONUSIDA (2008b). Gestion des causes sociétales du risque et de la vulnérabilité par rapport au V.I.H. (Chap. 3). In ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Consulté le 17/02/2010 et disponible à l'adresse : [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510\\_2008\\_global\\_report\\_pp63\\_94\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp63_94_fr.pdf)
- ONUSIDA (2009). Le point sur l'épidémie de sida 2009. Consulté le 17/02/2010 et disponible à l'adresse : [http://www.google.fr/url?q=http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdateArchive/2009/default.asp&ei=yzh9S9ndLdDz4gazhpjmBA&sa=X&oi=smap&resnum=1&ct=result&cd=6&ved=0CBAQqwMoBTAA&usq=AFQjCNHO\\_U2nAshaMwOt1Kd5-uNII5123g](http://www.google.fr/url?q=http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdateArchive/2009/default.asp&ei=yzh9S9ndLdDz4gazhpjmBA&sa=X&oi=smap&resnum=1&ct=result&cd=6&ved=0CBAQqwMoBTAA&usq=AFQjCNHO_U2nAshaMwOt1Kd5-uNII5123g)
- Physicians for Human Rights (2007). *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana & Swaziland*. Physicians for Human Rights, Cambridge (USA).
- PNUD (2007). *Rapport 2007/2008 sur le développement humain*. New York, Programme des Nations Unies pour le Développement.
- Pulerwitz, J. et al. (2006). *Promoting more gender-equitable norms and behaviours among AIDS prevention strategy*. Washington DC, Population Council (Horizons rapport final).

- Raise Initiative (Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies) (2007). *Fact sheet: gender based violence*. Consulté le 17/02/2010 à l'adresse suivante :  
[http://www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs\\_gbv.pdf](http://www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs_gbv.pdf)
- UNESCO (1999). *African Women and AIDS: Scope, Impact and Response*. Rapport de séminaire, UNESCO, 56p
- UNESCO (2007). *Education for all for 2015: Will We Make It?* UNESCO, Paris.
- Vonarx, N. (2008). Masculinité et lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest: un modèle de formation. *Global Health Promotion*, 15, (2), 50-55.
- Welbourn, A. (1995). *Stepping Stones: A training package on HIV/AIDS, gender issues, communication and relationship skills*. Strategies for Hope Trust, Oxford UK.