

LES ESSENTIELS DU GENRE

06

GENRE ET VIH/SIDA



Le Monde selon les femmes

LES ESSENTIELS DU GENRE

06

GENRE ET VIH/SIDA



Marcela de la Peña
Le Monde selon les femmes



*Publié avec l'aide financière :
de la DGCD, Direction Générale de la Coopération au Développement.*



*de l'Union européenne
dans le cadre du projet RAAC*

Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité du Monde selon les femmes et ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant la position de l'Union européenne.

Les essentiels du genre 06, Genre et VIH/SIDA, Marcela de la Peña, Le Monde selon les femmes, 2007

18 rue de la Sablonnière - B 1000 Bruxelles - Belgique
Tél. ++ 32 2 223 05 12 • Fax ++ 32 2 223 15 12
www.mondefemmes.org

Illustrations : ©clarice (clarice@skynet.be)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p 05
1 ■ GENRE, SEXUALITÉ ET POUVOIR	p 07
2 ■ GENRE ET VULNERABILITE	p 11
3 ■ LES COMPORTEMENTS A RISQUE	p 21
4 ■ FEMMES ET VIH/SIDA	p 24
5 ■ HOMOSEXUELS ET VIH/SIDA	p 29
6 ■ VIOLENCE DE GENRE ET VIH/SIDA	p 31
7 ■ PREVENTION DU VIH	p 35
8 ■ LES IMPACTS ECONOMIQUES ET SOCIAUX DU SIDA	p 43
9 ■ INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX	p 47
10 ■ TYPES DE RÉPONSES ET APPROCHE GENRE	p 51

- 11 ■ VIH/SIDA ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETE :
LES REPONSES INSTITUTIONNELLES p 57

- 12 ■ L'IMPORTANCE DU MOT JUSTE CONTRE LA
STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION :
LE LANGAGE DU VIH/SIDA p 65

- 13 ■ RECOMMANDATIONS p 69

INTRODUCTION

Répérer et comprendre les situations qui soulignent le lien entre VIH/SIDA et les rôles attendus des femmes et des hommes est un premier pas pour une lecture de genre : la différence de pouvoir entre les hommes et les femmes; le sexe obligé - incluant le viol marital - la négociation du sexe sûr; l'accès à l'information et l'éducation, le haut niveau de pauvreté des femmes; la stigmatisation et la discrimination au niveau des rôles attendus des femmes et des hommes; la transmission mère/enfants ; la lourde charge des soins qui repose sur les femmes; les traditions ou pratiques culturelles qui augmentent la diffusion du virus; la vulnérabilité spécifique des femmes dans les situations de conflits... L'inégalité entre les hommes et les femmes entraîne, pour ces dernières, un contrôle moindre de leur corps et de leur vie.

DES CHIFFRES ACCABLANTS

En 2005, 2,8 millions de personnes sont mortes du SIDA et 4 millions ont été infectées par le virus. Au total, pour cette même année, 38,6 millions de personnes vivent avec le VIH, mais la plupart l'ignorent, ce qui ne fait qu'aggraver leur situation.

Des études réalisées en **Amérique latine** montrent qu'entre 60 et 70 % des femmes infectées vivent dans des couples stables, sont monogames, fidèles et n'ont pas entretenu des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ne soient leur époux ou partenaire sexuel.

L'Afrique subsaharienne compte 24,5 millions de séropositifs : 13,2 sont des femmes (sur les 17.3 infectées dans le monde) et 75 % des jeunes atteints sont des jeunes filles. Il y a à cela plusieurs raisons. Tout d'abord, les jeunes filles ont souvent des relations avec des hommes plus âgés qu'elles et davantage susceptibles d'être porteurs du virus. Ensuite, les inégalités entre les sexes font que les filles et les femmes ont du mal à imposer un moyen de protection lors d'un rapport sexuel. Enfin, la violence sexuelle envers les femmes est fréquente.

Actuellement, c'est en **Europe de l'Est** et en **Asie** que l'infection connaît la plus forte croissance. En **Asie**, le nombre de personnes porteuses du virus s'élève à 8,3 millions. En **Belgique**, chaque jour, 3 personnes sont contaminées, et « il y a 4 fois plus d'hommes infectés par le VIH que de femmes. Fin décembre 2004, 4 220 hommes et 995 femmes étaient infectés. Chez les hommes, la classe d'âge la plus touchée est celle des 30-40 ans et chez les femmes celle des 25-29ans. Plus les porteurs du VIH sont jeunes, plus la part des femmes est grande »¹.

Néanmoins, dans plusieurs pays du Nord, le sexe non-sûr a remplacé l'usage des drogues intraveineuses comme cause principale de l'infection des femmes par le VIH. En fait, un même partenaire transmet le virus à plusieurs femmes.

¹ Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, « Femmes et hommes en Belgique. Statistiques et indicateurs de genre », Belgique, 2006.

1. GENRE, SEXUALITÉ ET POUVOIR

L'épidémie du VIH/SIDA a un rapport important avec l'*hétéro normativité sexuelle*, c'est à dire les rôles de genre qui déterminent les comportements et les rapports sexuels entre hommes et femmes (rapport vagin/pénis comme expression de la « normalité ») et qui excluent les rapports homosexuels, lesbiens ou autres. Ainsi de nombreuses pratiques sexuelles deviennent interdites, sont cachées ou méconnues, ce qui rend plus difficile la prévention contre le VIH.

Les composants de la sexualité, les 4 « P »² : *pratiques, partenaires, plaisir/pression et procréation*. *Vont nous éclairer sur les rapports entre genre, sexualité et pouvoir*. Les deux premiers définissent des aspects du comportement : comment a-t-on des relations sexuelles et avec qui, alors que les deux suivants relèvent des motifs sous-jacents. Mais nous avons appris, à travers les données recueillies au fil de nombreuses années, qu'il existait un cinquième « P » de la sexualité qui est le plus important, celui du pouvoir. Le **pouvoir** sous-jacent à toute relation sexuelle, hétérosexuelle ou homosexuelle, détermine la façon dont tous les autres P sont exprimés et vécus. Le pouvoir détermine à qui le plaisir se donne en priorité et quand, comment et avec qui la relation sexuelle aura lieu. Chaque élément de la sexualité est intimement relié à l'autre mais le rapport de forces dans une relation sexuelle en détermine l'issue.

2 Voir Geeta Rao Gupta, *présidente de l'International Center for Research on Women à Washington* « Genre, sexualité et VIH », N°87. Etats unis, 2006.



Les « P » composants de la sexualité

Le **rapport inégal**, qui s'inscrit dans une relation entre les deux genres et favorise les hommes, se traduit par un rapport de forces inégal dans les relations hétérosexuelles où le plaisir masculin l'emporte sur le plaisir féminin. L'homme exerce, de plus, un contrôle plus important que les femmes sur le moment, le lieu et la façon dont l'acte sexuel aura lieu. Une compréhension des comportements individuels sexuels, masculins et féminins, nécessite une prise en compte de la façon dont le genre et la sexualité résultent d'un jeu de forces sociales, culturelles et économiques qui déterminent la répartition du pouvoir.

LES « P » COMPOSANTS DE LA SEXUALITÉ

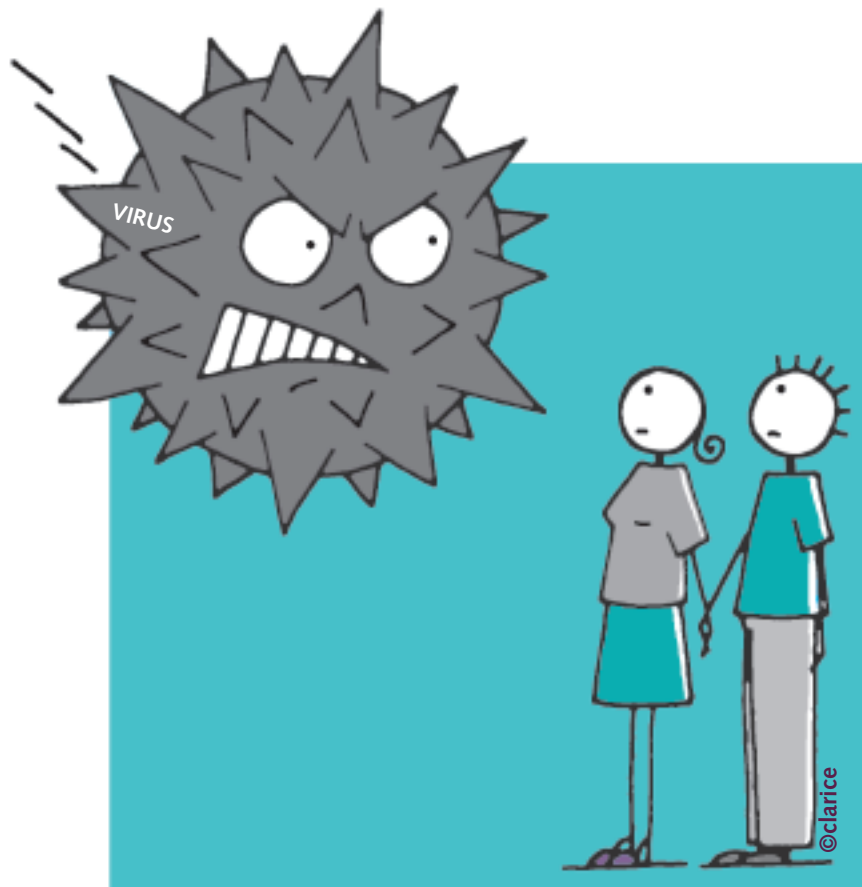
Pouvoir, Plaisir et Partenaire

Le rôle du pouvoir encadre la possibilité de négociation :

Le pouvoir va déterminer comment les autres « P » vont s'entrelacer

Le pouvoir détermine les priorités du plaisir. Comment ? et avec qui ?

Même si tous les composants ont des relations entre eux, le « P » du pouvoir va déterminer l'équilibre ou non de la relation. Ainsi, les rapports sociaux traditionnels de genre vont favoriser le pouvoir des hommes sur les femmes dans la vie sexuelle. Dans ce contexte la question qui se pose est : comment négocier une sexualité protégée par l'utilisation du préservatif ?



... Vulnérabilité

2. GENRE ET VULNERABILITE³

C'est à partir de l'épidémie qu'on a commencé à parler du concept de vulnérabilité, souvent compris ou confondu avec victimisation, fragilité ou fatalité. La « **matrice heuristique de la vulnérabilité** »⁴, employée lors de recherches auprès de personnes séropositives et malades du sida nous donne une autre dimension bien plus complète.

D'après cette matrice, il y a trois niveaux d'intelligibilité : le niveau de la trajectoire sociale⁵, le niveau de l'interaction (où deux ou plusieurs trajectoires se croisent) et le niveau du contexte social. Chacun des éléments appartenant à ces trois niveaux nécessite une description objective et subjective. Les processus de construction identitaire (particulièrement remis en question dans des situations de changements, comme la migration par exemple) sont proposés en tant que points particuliers d'observation et de « cristallisation » des différents niveaux pris dans leur ensemble.

C'est en ce sens qu'on peut distinguer les vulnérabilités : identitaire, relationnelle et la contextuelle.⁶ Voici un tableau récapitulatif⁷ :

3 Nous n'aborderons pas les usagers comme groupe vulnérable, pour y approfondir ce sujet aller sur le site web www.onusida.org

4 Delor F. et Hubert M. « Un ré-examen du concept de "vulnérabilité" pour la recherche et la prévention du VIH/SIDA », OBSERVATOIRE DU SIDA ET DES SEXUALITÉS. Centre d'études sociologiques – Facultés universitaires Saint-Louis, Belgique, 2006.

5 Trajectoire de l'individu, dans sa vie.

6 Il faut prendre en compte l'articulation de ces trois niveaux et leur incidence respective.

7 Tableau adapté d'après celui de « Un ré-examen du concept de «vulnérabilité» pour la recherche et la prévention du VIH/SIDA ».

Situation sociale	Dimension socio-structurelle	Dimension socio-symbolique	Vulnérabilité
Niveau de la trajectoire	Cycle de vie, âge, mobilité sociale, identité sociale...	Temps subjectif, projet de vie, perception de l'avenir	Identitaire
Niveau de l'interaction	Caractéristiques des partenaires (âge, statut sérologique.) milieu de l'interaction, discrimination...	Représentations subjectives du partenaire, perception du préservatif en fonction du statut sérologique ou du rôle sexuel de genre...	Relationnelle
Niveau du contexte	Système des normes collectives, institutions, relations entre les sexes, inégalités, racisme...		Contextuelle

2.1 LES DIFFÉRENCES PHYSIOLOGIQUES SEXO-SPÉCIFIQUES

Ces différences entre les organes génitaux de l'homme et de la femme contribuent directement à accroître le risque d'infection par le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) chez la femme car :

- La probabilité d'infection est 4 fois plus élevée pour une femme puisque le vagin a 4 fois plus de « surface » que le pénis.
- Le virus survit plus facilement dans le vagin et dans l'anus que sur la surface du pénis.
- Il y a davantage de virus dans le sperme que dans les sécrétions vaginales/anales.
- Il y a plus de coupures ou d'égratignures chez la femme en cas de rapports violents.
- Juste avant et après la menstruation le risque d'infection est plus élevé.
- Pendant la grossesse le risque est élevé pour plusieurs raisons : d'abord, les muqueuses vaginales et celles de la vulve sont plus riches en vaisseaux sanguins et en apport de sang et sont plus susceptibles de rompre à la suite d'un traumatisme, risquant ainsi de donner au VIH et aux autres MST accès au système sanguin. De plus, dans la période qui suit l'accouchement, les muqueuses sont plus fragiles et les femmes peuvent avoir des coupures ou des lésions cutanées qui offrent des voies d'entrée plus faciles au VIH/SIDA et aux autres IST.

- La présence d'une IST⁸ non traitée chez un homme ou une femme augmente, en outre, considérablement le risque de transmettre ou de contracter le VIH lors de rapports non protégés. De nombreuses IST sont asymptomatiques chez les femmes de sorte que nombre d'entre elles ignorent qu'elles doivent se faire soigner.

Au-delà de ces facteurs purement physiologiques, les femmes qui croient avoir été exposées à une IST, ou qui sont infectées, ne peuvent être soignées convenablement en raison de nombreux obstacles liés au genre.

2.2 LES PROBLÈMES D'ACCÈS ET D'ÉLOIGNEMENT DES SERVICES DE SANTÉ

Ils font partie de ces obstacles. Dans de nombreux cas, les femmes ne peuvent se soustraire à leurs responsabilités domestiques et ne sont pas libres de leurs mouvements. Le coût des services et les médicaments prescrits peuvent aussi limiter l'accès des femmes au traitement approprié car, bien souvent, elles ne disposent pas elles-mêmes de l'argent nécessaire. De plus, les services de santé destinés aux femmes n'incluent généralement pas de service anti-IST.

Au Pakistan, les ménages défavorisés vont chercher pour les garçons des services médicaux de meilleure qualité, et plus souvent, que pour les filles⁹.

8 ONUSIDA, « Actualisation ONUSIDA. Lutte contre les MST : mesures de santé publique, 2005.

2.3 DES SERVICES DE SANTÉ INADAPTÉS

Ces services sont inadaptés aux besoins spécifiques en santé des hommes et des femmes. Les services spécialisés dans le traitement des IST sont régulièrement plus stigmatisants que les services intégrés, ce qui constitue un obstacle supplémentaire à l'accès des femmes (ainsi que des hommes mais de manière différente, selon la forme autorisée de la sexualité).

Bien que les symptômes des IST soient plus faciles à reconnaître chez les hommes, ceux-ci aussi diffèrent souvent le traitement ou sont mal soignés. Les femmes et les hommes séropositifs, atteints d'une IST non soignée, sont plus contagieux et exposent leurs partenaires à un risque accru d'infection par le VIH pendant des rapports non protégés.

2.4 LA MOBILITÉ ET LE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE

Certaines circonstances encouragent ou obligent de nombreux hommes et femmes à quitter leur foyer et leur famille pour trouver du travail ou la sécurité. De nombreuses femmes migrantes ou réfugiées, mais aussi des hommes, des fillettes et de jeunes garçons recourent au commerce du sexe pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille.

Les migrant-es sont particulièrement vulnérables pendant la phase de transit. Ils sont souvent exploités lorsqu'ils sont aux mains des passeurs.

9 UNIFEM, "Resources Pack on Gender and HIV/AIDS", 2005.

Une fois qu'ils sont arrivés à destination, apparaissent d'autres facteurs de risque comme : séparation des partenaires sexuels habituels, solitude et anonymat... autant de situations qui influent sur les comportements. Les migrant-es ont alors des soucis beaucoup plus pressants (problèmes de légalité, de logement et d'emploi) que la menace du sida, qui leur semble très éloignée.

Les femmes migrantes sont particulièrement vulnérables aux abus, aux violences, à la contrebande (possibilités d'emploi plus limitées, travail dans de mauvaises conditions...) et sont victimes de discriminations.

D'autres personnes sont rendues vulnérables à l'infection par le VIH du fait de l'éclatement de leur famille et de leur réseau de soutien social résultant de la mobilité. L'armée et de nombreuses autres professions mobiles (camionneurs et marins, par ex.) surtout exercées par des hommes, favorisent aussi les circonstances qui augmentent les risques d'infection¹⁰.

Les « sans papiers » peuvent être forcées à travailler pour des salaires de misère et ne possèdent pratiquement aucun droit : pas d'accès ni aux services sociaux ni aux services médicaux ou à la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA.

10 ONUSIDA, « Les réfugiés et le SIDA – Actualisation, et Le SIDA et l'armée – Point de vue, 2005.

2.5 LES CONDITIONS DE VIE TRÈS PRÉCAIRES

Elles entraînent des rapports sexuels entre hommes ou encore l'installation d'activités de commerce sexuel autour de foyers habités uniquement par des hommes. Dans certains pays, dans des camps de travailleurs, un petit nombre de femmes s'occupe de plusieurs centaines d'hommes, ayant des rapports sexuels avec 20 ou 30 travailleurs pendant le week-end suivant la paye. En outre, les services de santé des pays d'accueil ne sont pas toujours adaptés aux besoins et spécificités des migrant-es, ni leur accès possible.

2.6 LES RÔLES DE GENRE

Ils déterminent souvent ce que femmes et hommes sont censés savoir sur les rapports sexuels et la sexualité. Ils limitent leur aptitude à définir précisément leur niveau de risque, à acquérir des informations exactes et les moyens de se protéger de l'infection VIH.

En Inde, par exemple, de nombreux camionneurs croient que la sécurité d'un chauffeur tient à la régularité de ses rapports sexuels qui libèrent la chaleur emmagasinée par son corps pendant qu'il conduit !

Dans plusieurs pays, **l’emblème de la maternité et du rôle des femmes est le sacrifice**, la recherche du bien-être de la famille, des autres. Cette situation place en dernière priorité la santé des femmes (les ressources allouées à la santé et l’utilisation des services de santé). L’accès des femmes aux soins de santé reproductive varie d’une société à l’autre en fonction des facteurs socioculturels et économiques. Cependant, le manque d’éducation, d’accès à l’information, aux soins de santé et aux ressources financières empêche les femmes et les filles de prendre des décisions complètes en ce qui concerne leur vie reproductive et sexuelle. Dans d’autres cas, **des pratiques culturelles comme la *pardah***, pratique commune aux sociétés islamiques et hindoues, confinent les femmes au foyer, leur interdisant de sortir ou de voyager pour l’utilisation de ces services de santé. Dans certains cas, seules les femmes agentes de santé peuvent offrir un service de soin médical mais il n’est pas toujours possible de trouver du personnel féminin formé, étant donné la discrimination des femmes dans certaines professions.

2.7 LES HOMMES

La prise de risques et la violence, favorise le risque de contamination par le VIH. Or, les hommes acceptent moins facilement que les femmes de se faire soigner car selon le stéréotype sexiste « les hommes ne peuvent pas être malades ». Ainsi, trois facteurs multiplient le risque encouru par épouses et partenaires féminines à long terme : le silence qui entoure l’infidélité masculine ; la stigmatisation et la honte qui entourent le SIDA

(« maladie des prostituées », « maladie des femmes »...) ; **les rapports sexuels entre hommes, non définis comme homosexuels.**

Pourcentage des hommes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avec un autre homme :

10-16 % au Pérou 5-13 % au Brésil 15 % au Botswana
0-14 % aux Etats-Unis 6-16 % en Thaïlande

ONUSIDA, 2004

2.8 LES HOMOSEXUELS ET BISEXUELS¹¹

Sont considérés comme des populations vulnérables du aux discriminations qu'elle subisse en tant leur non hétérosexualité.

2.9 LES TRAVAILLEUSES/EURS SEXUELLES

Elles/ils sont particulièrement vulnérables car : elles/ils dépendent des industriels du sexe ; subissent de l'exploitation par une rémunération trop basse ; leurs conditions de travail sont à risques et hors protection sociale ; vivent dans l'isolation en raison de différences culturelles, linguistiques, sociales et légales ; manquent d'accès aux services médicaux et aux informations concernant leurs droits.

¹¹ Nous n'aborderons pas les usagers comme groupe vulnérable, pour y approfondir ce sujet aller sur le site web www.onusida.org

2.10 LA JEUNESSE

Dans la plupart des sociétés, ce sont les adultes qui contrôlent l'accès des jeunes à l'information sur la sexualité et la santé. Pourtant, nombre d'entre eux ignorent tout du VIH/SIDA et beaucoup d'autres pensent, à tort, que l'accès des jeunes à l'information sur la sexualité précipitera leur initiation sexuelle¹².

Dans de nombreuses cultures, la protection de la virginité est un message-clef dans la préparation sexuelle à la vie en société des jeunes filles. Là où l'on attache une grande valeur à la virginité des jeunes filles, les jeunes femmes ne sont pas autorisées à s'informer sur la sexualité ou la santé reproductive, ni à requérir des services dans ce domaine. Si elles le faisaient, elles pourraient être soupçonnées d'avoir une activité sexuelle ; elles risqueraient gros, l'expulsion de leur foyer par exemple.

Au Cameroun, au Lesotho, au Mali, au Viêt Nam : 2/3 des jeunes femmes (15-24ans) ne peuvent citer 3 méthodes de prévention du VIH.

En Moldavie, en Ukraine et en Ouzbékistan : 80% d'entre elles.

ONUSIDA, 2004

¹² Apprentissage et enseignement à l'école de la lutte contre le SIDA, ONUSIDA, 2005.

3. LES COMPORTEMENTS À RISQUES

3.1 L'ADOPTION DE PRATIQUES SEXUELLES

Ces pratiques sexuelles, y compris le rapport anal non protégé, résultent parfois de la volonté de protéger la virginité. Dans de nombreux endroits, les femmes n'ont accès ni à la planification familiale ni aux services anti-MST.

De nombreux jeunes, particulièrement des filles, sont également vulnérables au VIH en raison du désir qu'ils inspirent à des adultes. Ces derniers les perçoivent comme « propres » et donc exempts de maladies. A cela s'ajoutent des circonstances qui contraignent des jeunes (surtout des filles) à avoir des rapports sexuels en échange d'argent ou de biens.

Dans de nombreux pays, en raison de la situation économique, il est difficile de trouver les moyens pour payer les frais de scolarité des filles. Nombre d'entre elles recherchent alors les faveurs d'un « protecteur » ou « *sugar daddy* » (échange de sexe avec « un homme plus âgé qui compense en espèces ou en nature les faveurs sexuelles qu'elles leur accordent), pratiquent les transactions sexuelles (échange des rapports sexuels contre de l'argent ou des biens à titre occasionnel) ou se lancent dans le commerce du sexe pour payer leur scolarité ou soutenir leur famille.



“Sugar Daddy”

3.2 LES RÔLES DE GENRE

Ils interviennent aussi dans les comportements qui favorisent le risque d'infection par le VIH ou inhibent les mesures de prévention. Dans de nombreuses sociétés, l'idéal féminin est caractérisé par la passivité et l'ignorance de la femme. On attend d'elle qu'elle se soumette aux besoins sexuels de l'homme, tandis que les prouesses sexuelles, la multiplicité des partenaires et la domination dans les interactions sexuelles définissent la virilité. Les garçons sont encouragés à prendre des risques et à recourir à la violence : risques sexuels et risques liés à la drogue et l'alcool. Ces facteurs renforcent le risque d'infection chez les hommes et chez les femmes.

Dans de nombreuses régions du monde, la domination masculine s'exprime par la coercition et la violence sexuelle. Beaucoup de femmes dans le monde disent leur impuissance à maîtriser la situation lorsqu'il s'agit de décider quand ont lieu les rapports sexuels et dans quelles conditions. Dans une situation de violence ou de menace de violence, une femme n'a guère la possibilité de prendre des mesures pour se protéger de l'infection ou d'insister pour que son partenaire prenne des précautions.

3.3 LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Chez les hommes, une consommation excessive peut favoriser un comportement sexuel dangereux et violent. D'autres substances toxiques interdites, y compris les drogues par voie intraveineuse, sont aussi utilisées principalement par les hommes, ce qui augmente leur risque d'infection

par le VIH et accroît le risque encouru par leurs partenaires sexuelles. Chez les femmes, l'usage de l'alcool et des drogues est souvent associé à l'échange de rapports sexuels contre des drogues et de l'argent, ce qui multiplie encore les risques d'infection par le VIH.



4. FEMMES ET VIH/SIDA

4.1 GROSSESSE ET VIH/SIDA

D'après ONUSIDA, dans son rapport de 2006, chaque année, environ 200 millions de femmes dans le monde sont enceintes et approximativement 2,5 millions de ces femmes sont séropositives. Les taux d'infection atteignent des niveaux alarmants chez les femmes enceintes dans certains pays, en particulier en Afrique subsaharienne¹⁴.

Mais la majorité des femmes enceintes dans le monde sont séronégatives. Le principal défi à relever est de permettre aux presque 99% des femmes enceintes chaque année, et qui n'ont pas contracté le virus, de rester séronégatives. Au cours de la grossesse et durant la période post-partum, si les deux parents sont motivés pour protéger l'enfant, il se peut que leur prise de conscience en termes de santé, ainsi que leur perception du risque soient supérieures. Il y a donc de fortes chances pour qu'un changement de comportement ait lieu afin que l'enfant ne soit pas séropositif et, pour commencer, l'adoption de la pratique des rapports protégés.

¹⁴ Dans certains pays, les taux de prévalence du VIH chez les femmes pendant la grossesse et la période post-partum peuvent atteindre 35% ou plus.

4.2 LE MARIAGE, UNE ASSURANCE CONTRE LE VIH/SIDA ?

Selon une idée largement répandue, le mariage serait un refuge contre le SIDA. Il n'en est rien. Le mariage peut représenter pour les femmes un risque majeur de contracter le VIH, en particulier pour les jeunes femmes et les jeunes filles. Aucune stratégie connue n'existe pour s'attaquer à cette réalité.

En Afrique et en Asie, 50% à 60% des filles se marient avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. Dans la plupart des pays, les adolescentes s'approchant de cet âge ont deux fois de probabilités d'être mariées que les garçons. Au Brésil cette probabilité est cinq fois plus élevée et au Kenya, 21 fois plus élevée.

Il n'est pas surprenant de constater que les jeunes femmes mariées sont plus actives sexuellement que celles qui ne le sont pas. Elles ne peuvent que rarement opter pour l'abstinence et l'utilisation du préservatif. Souvent, les jeunes femmes se marient avec des hommes plus âgés, qui sont sexuellement actifs depuis longtemps et qui ont donc plus de probabilités d'avoir contracté des infections sexuellement transmissibles comme le VIH. Les adolescentes mariées tendent donc à avoir un taux d'infection par le VIH plus élevé que les jeunes filles non mariées sexuellement actives.

Une étude menée dans les zones rurales de l'Ouganda a démontré que neuf adolescentes sur dix (88%) âgées de 15 à 19 ans étaient mariées. A Kisumu au Kenya, et à Ndola en Zambie, le taux d'infection chez les adolescentes mariées de 15 à 19 ans était respectivement de 48 % et de 65 % plus élevé que celui constaté chez des femmes de leur âge non mariées¹⁵.

Pour les femmes plus âgées, le fait d'être mariée peut également constituer un risque majeur de contamination par le VIH. En Arabie Saoudite (Riyad), la plupart des femmes infectées par le VIH sont mariées. Au Cambodge, les infections acquises lors de rapports sexuels payants sont en diminution, mais les infections par le VIH chez les femmes enceintes sont demeurées stables – car les hommes (ceux-ci sont infectés lors de rapports payants) continuent de transmettre le VIH à leur femme ou à leurs amies.

4.3 ALLAITEMENT ET TRANSMISSION DU VIH

Des études montrent¹⁶ que nourrir un enfant au sein paraît doubler le risque d'infection de l'enfant, de façon constante et cumulative. La solution d'utiliser des préparations pour nourrissons représente un coût mais,

15 ONUSIDA, « Tenir ses engagements: un programme d'action sur les femmes et le sida », La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA, 2006.

16 H. Lyall, "Review of Current Research on Breast milk and mother to Infant transmission on HIV", UK, 2004.

alors, le risque de morbidité augmente pour d'autres raisons. Une autre solution est d'arrêter l'allaitement maternel après 4 à 6 mois, si des aliments de sevrage appropriés sont disponibles. Moins d'enfants sont infectés mais le risque de stigmatisation de ces femmes est possible. Certes, le meilleur moyen à long terme, d'empêcher des nourrissons d'être infectés par le VIH est de prévenir l'infection des femmes.

4.4 FEMMES SÉROPOSITIVES

Les femmes séropositives ont rarement l'opportunité d'exprimer leurs points de vue et leurs sentiments. Pourtant, toute réponse à la pandémie du VIH/SIDA qui ne les prend pas en compte est forcément bancal¹⁷. L'étude « Voix et Choix »¹⁸ apporte une importante et unique contribution à la compréhension des conséquences qu'ont le VIH et le SIDA sur le plan personnel. Elle démontre le besoin d'une réponse qui prenne en compte la dimension de genre et qui corresponde véritablement aux besoins et aux désirs des femmes séropositives.

La Coalition mondiale sur les femmes et le sida

Il s'agit d'une alliance planétaire regroupant les associations de la société civile, les réseaux de femmes vivant avec le VIH et le SIDA, les gouvernements et les organisations des Nations Unies soutenant les stratégies de lutte contre le SIDA adaptées aux besoins des femmes et les filles.

www.womenandaids.unaids.org

17 BRIDGE, « Développement et genre en bref : Genre et VIH/SIDA », 2005.

18 Voir la Déclaration en douze points de la Communauté des Femmes vivant avec le VIH/SIDA, www.icw.org

5. HOMOSEXUELS ET VIH/SIDA

Une grande partie du combat, pour la reconnaissance de l'épidémie comme un problème mondial et pour le droit à un traitement, a été mené, fondamentalement (au départ de l'épidémie) par les groupes de gays des pays du Nord et du Sud. Même si leur discrimination à tout niveau, et leur stigmatisation accrue leurs vulnérabilités, ils ont ouvert le chemin aux droits à la santé des homosexuelles, des femmes, des hommes et des jeunes.

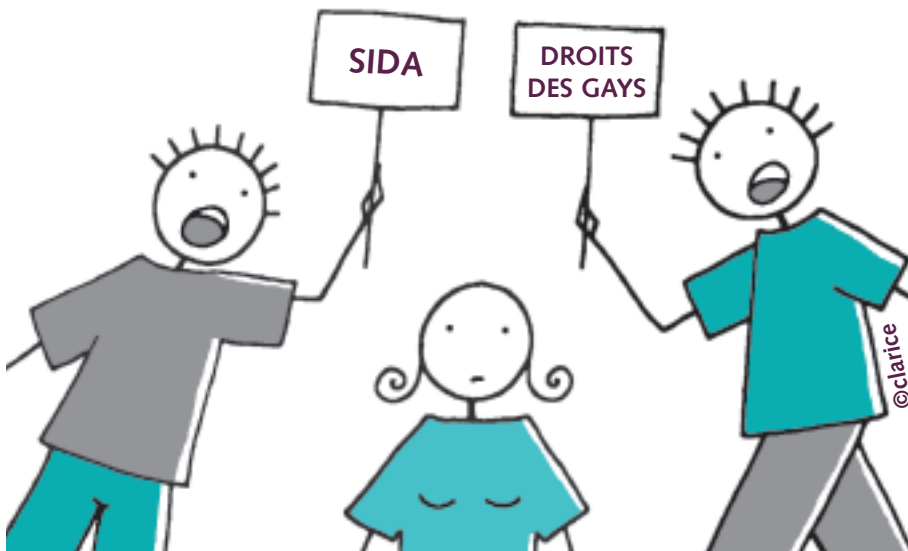
Quoi de plus logique, donc, qu'une alliance gays-féministes pour répondre à l'épidémie de SIDA ? Pourtant, en Amérique latine, se fondant sur des articles publiés et son expérience du travail sur le VIH/SIDA au Chili, l'auteur de l'étude « *Men and Women – Still Far Apart on VIH/AIDS* » Tim Frasca¹⁹, avance que cette alliance est plus rhétorique que réelle. Il dit qu'au contraire, les deux groupes tendent à camper dans leurs domaines respectifs et à considérer l'épidémie par le prisme des besoins et des préoccupations de leurs militants, au lieu d'apprendre des autres et de se soutenir mutuellement.

Le paradigme africain des femmes vulnérables ne s'applique pas exactement, étant donnée la nature principalement masculine et homosexuelle de l'épidémie dans la plupart des pays latino-américains.

¹⁹ Directeur exécutif de CIPRESS, Reproductive Health Matters, Chile 2003.

Les groupes d'homosexuels latino-américains, tiraillés entre le SIDA et l'action pour les droits des gays, s'opposent souvent au protagonisme des femmes et des problèmes féminins.

Bien que la lutte pour l'accès au traitement antiretroviral ait masqué ce conflit, il resurgit dans les associations de séropositifs et peut s'accroître parallèlement à la transmission hétérosexuelle. Les débats et les échanges devraient être encouragés pour surmonter ces divisions peu apparentes.

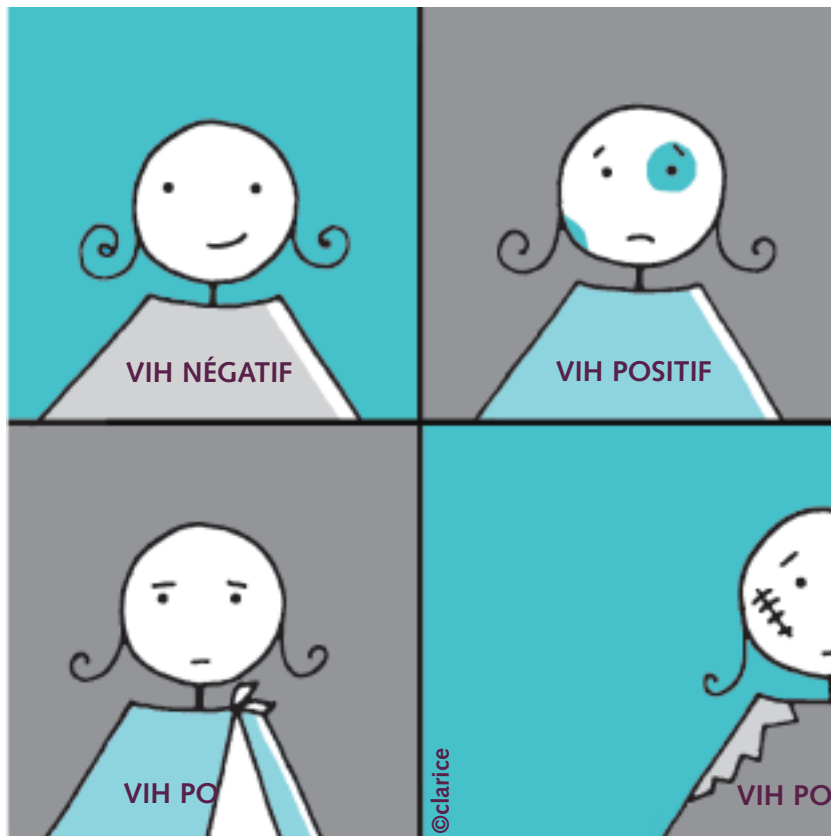


6. VIOLENCE DE GENRE ET VIH/SIDA

I

l existe quatre raisons principales pour lesquelles la violence à l'égard des femmes et le VIH/SIDA interagissent :

- les rapports sexuels forcés peuvent causer des lésions et des saignements qui augmentent directement les risques d'infection au VIH chez les femmes. Lors de ce genre de rapports sexuels, incluant le viol, le préservatif n'est pas utilisé et les femmes sont incapables d'en négocier l'utilisation
- les relations abusives représentent une menace continue pour les femmes. Les situations de soumission des femmes rendent difficile la négociation pour l'utilisation de préservatifs et les rapports sexuels à risques réduits au sein de relations violentes
- des études démontrent que les femmes qui ont été violées dans leur enfance ont de fortes chances de s'adonner à des pratiques sexuelles à haut risque (par exemple avec de multiples partenaires)
- les femmes, qui connaissent leur séropositivité ou qui sont identifiées comme vivant avec le VIH, peuvent être victimes de violence de la part de leurs partenaires ou de leur communauté.



On a constaté 2,6 fois plus de violence de couple (physique/sexuelle) à l'encontre des femmes séropositives que des femmes séronégatives

En Tanzanie, d'après des statistiques du Centre Daar es Salaam (2002), parmi les femmes volontaires au test de dépistage du VIH, on a constaté 2,6 fois plus de violence de couple (physique/sexuelle) à l'encontre des femmes **séropositives** que des femmes **séronégatives**.

6.1 REGARD SUR DIFFÉRENTS POINTS FAVORISANT LA SITUATION DE VIOLENCE SUR LES FEMMES

L'impact de la violence sur la vie des femmes va du licenciement du travail aux conséquences graves de santé, comme les infections sexuellement transmissibles. La violence restreint la capacité des femmes à prendre part à la société et doit être considérée comme un sérieux obstacle au développement. Une attention particulière a été accordée à l'impact de la violence sur les petites filles et les petits garçons.

Des traditions néfastes, de nombreuses coutumes traditionnelles et culturelles (comme la Lobola (dot), les mutilations génitales féminines, **le nettoyage des veuves**, l'héritage pour la veuve, le « sexe sec ») constituent une violence contre les femmes et, souvent, les cultures les cautionnent ou passent sous silence ces pratiques.

Les conditions de pauvreté, le manque de nourriture, la malnutrition, le nonaccès aux soins de santé de base ou à un salaire décent perpétuent un système d'oppression et augmentent la vulnérabilité des femmes face à la violence.

Durant et après les conflits la vulnérabilité est accrue par :

- le rôle controversé des forces de maintien de la paix dans l'introduction du VIH parmi les populations civiles,
- le viol utilisé comme arme de guerre,
- la formation de milices d'enfants,
- le déplacement de personnes,
- la destruction des services médicaux, sociaux et éducatifs,
- la traite et l'exploitation sexuelle des femmes et des enfants.

6.2 LES TRAVAILLEUSES/EURS DU SEXE

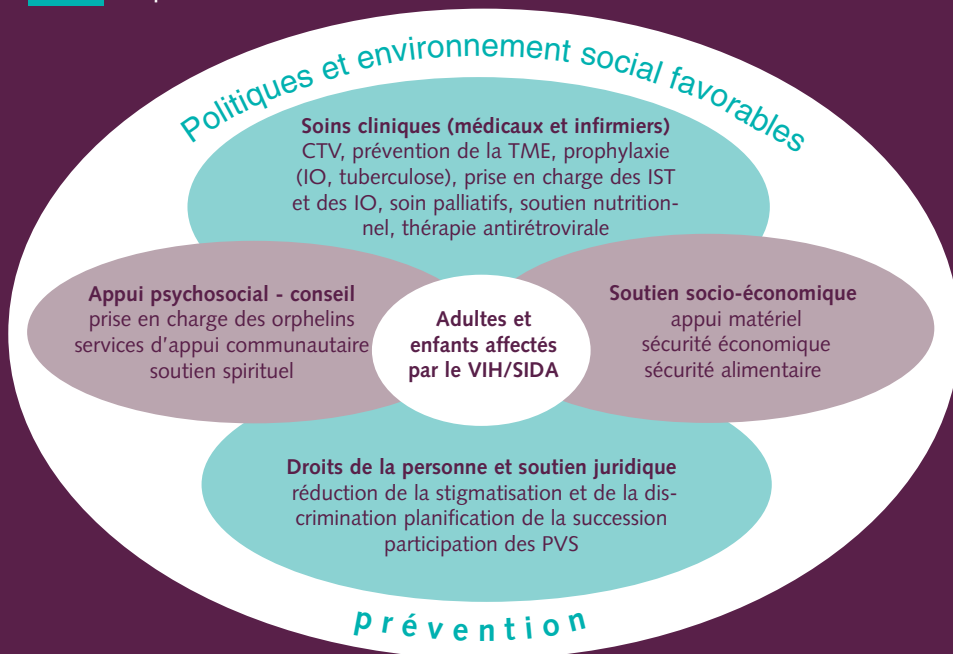
Ils/elles connaissent des taux élevés d'infections sexuellement transmissibles. Les IST comme cofacteurs et les relations sexuelles non protégées exposent les professionnel(le)s du sexe à un risque élevé de contracter le VIH, de transmettre le virus et des IST à des clients et autres partenaires. Éliminer les IST réduit la transmission du VIH dans les contacts sexuels commerciaux à plus haut risque (voir prévention).

6.3 DU CÔTÉ DES HOMMES...

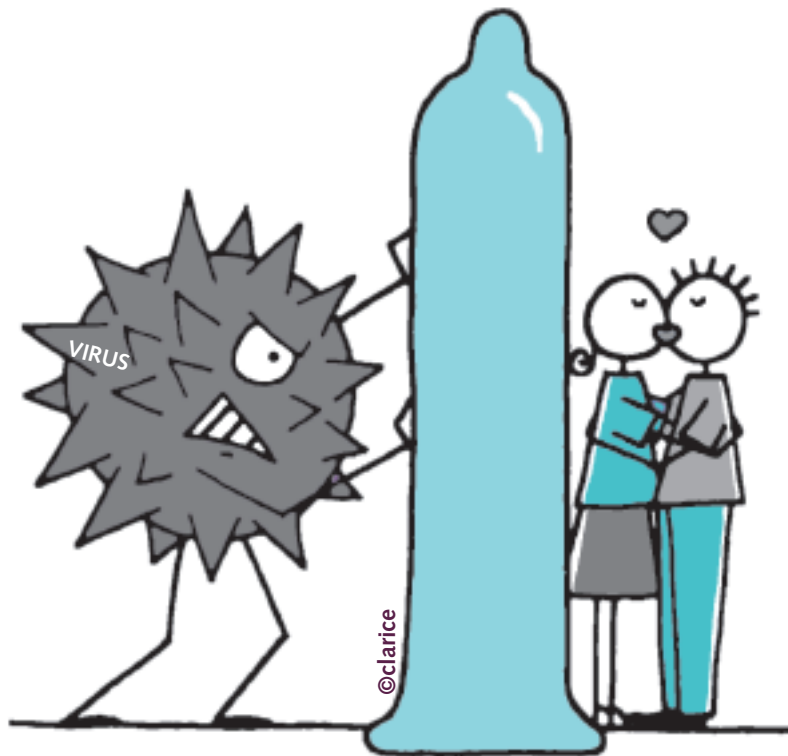
Il est important de reconnaître qu'eux aussi subissent des violences, de la part de femmes et d'autres hommes. Dans les prisons, les hommes sont particulièrement vulnérables aux violences et aux agressions sexuelles.

7. PREVENTION DU VIH²⁰

La prévention du VIH/SIDA doit être intégrale aient à la base le respect des droits humains.



20 Pour approfondir sur la prévention chez les usagers de drogues et les enfants, aller sur le site www.unaids.org et www.unifem.org



Prévention : le préservatif masculin

7.1 LE PRÉSERVATIF MASCULIN

C'est la principale technique de prévention disponible pour protéger contre la transmission du VIH pendant les rapports sexuels. Dans les cultures où le préservatif est associé aux rapports sexuels illicites et aux MST, les femmes qui tentent de les introduire dans une relation se heurtent à des problèmes, risquant par exemple de passer pour infidèles. L'usage du préservatif peut contrarier leur propre désir ou celui de leur partenaire de procréer. Tant chez les femmes que chez les hommes, les obstacles à l'usage du préservatif incluent le sentiment qu'il réduit le plaisir et l'intimité et la crainte que la proposition de l'utiliser soit ressentie comme une insulte par leur partenaire.

7.2 LE PRÉSERVATIF FÉMININ

C'est un bon moyen de se protéger et de contrôler son corps, des campagnes de promotion pour son utilisation sont indispensables. Cependant l'accessibilité reste réduite en raison de son coût, de sa faible disponibilité à la vente et de son utilisation peu discrète.

D'autres barrières à la prévention sont : la honte, la peur d'être répudiées, la stigmatisation, le **refus des tests par le partenaire**, le manque d'accès aux ressources (argent, travail, temps, transport), à l'information ou aux services santé.

7.3 LES MICROBICIDES

On constate, malgré les efforts méritoires de quelques chercheurs et chercheuses, que les laboratoires pharmaceutiques sont aux abonnés absents. Quant aux pouvoirs publics on ne peut pas dire qu'ils en aient fait une priorité ! Se pourrait-il que pouvoir et intérêts économiques se soient ligués pour ne pas faire avancer cette solution ? En outre, il faudrait mener des recherches sur les modes de transmission féminine du virus, y compris ceux entre femmes, et soutenir les lesbiennes vivant avec le VIH/SIDA.

7.4 LE VACCIN²¹

Même si tout le monde est d'accord avec l'urgence d'un vaccin contre le VIH, les recherches ne sont pas allées trop loin. La mise au point d'un vaccin requière du temps, de l'argent et de volonté politique. Ce vaccin est nécessaire d'abord dans les pays du sud, dont le pouvoir d'achat est faible, et l'industrie pharmaceutique préfère investir dans des produits et endroits offrant davantage de rentabilité.²²

21 Des différents types de vaccins sont à la recherche, car ils existent différents types de VIH, ceux des Etats Unis et d'Europe ne sont pas les mêmes que ceux qui circulent en Afrique.

22 SENSOA, « Le vaccin contre le SIDA une fiction devenue réalité ? », Fact sheet 6, Belgique, 2006.

7.5 LA PRÉVENTION DES INFECTIONS VIH DANS LE CADRE DU MARIAGE, ET D'AUTRES RELATIONS DE LONGUE DURÉE

Elle implique d'aller au-delà du b.a.-ba de la prévention consistant à appliquer la formule : s'abstenir, être fidèle et utiliser des préservatifs. Cette approche de prévention ne représente pas une option acceptable pour les jeunes filles et les femmes et ne sera possible que lorsqu'elle s'intégrera dans un ensemble de mesures abordant les réalités de leur vie.

7.6 LA PRÉVENTION CHEZ LES TRAVAILLEURS/EUSES DU SEXE

Lorsque les préservatifs ne sont pas utilisés, deux stratégies s'avèrent très efficaces :

- La promotion de services cliniques, avec tests réguliers, ont abouti à un accroissement de l'utilisation de préservatifs et à la réduction de la prévalence des IST et du VIH. Ces services ont une importante composante d'éducation par les pairs, qui sous-tend une autonomisation. Ils préconisent l'emploi de préservatifs, fournissent un traitement efficace pour les IST.
- Le traitement **préventif** des professionnelles du sexe peut être efficace à court terme pour réduire rapidement les taux d'IST. Néanmoins, une fois que la prévalence a diminué, d'autres stratégies à long terme sont nécessaires²³.

7.7 LA PRÉVENTION EN DIRECTION DES JEUNES

Les programmes de prévention les plus développés sont, la plupart du temps, liés à sexualité versus maladie mortelle. Ils stigmatisent l'interdit - de cela on ne peut pas parler - et n'abordent pas les autres aspects comme la procréation. D'autres vont développer un lien intéressant, ils vont miser sur la compréhension de la vie affective et sexuelle, reconnaissant que tout être humain, aussi petit qu'il soit, a déjà une sexualité.

7.8 LA PRÉVENTION EN DIRECTION DES HOMMES

Il faudrait adapter les services de santé et les politiques de préventions aux hommes, en changeant les rôles de genre qui renforcent leurs vulnérabilités²⁴.

Comme par exemple, former et informer le personnel informé et à l'aise pour parler avec des hommes à propos de la prévention du VIH et des IST, de la santé sexuelle et reproductive des hommes et du planning familial. Au Soudan, l'IPPF local a la stratégie d'utiliser et travailler avec certaines mosquées et Imams. Celles-ci sont des lieux de rendez-vous pour l'éducation visant les hommes et le message des Imams sur la planification familiale est directement dirigé aux hommes.

23 Steen R. et Dallabetta G., "Sexually Transmitted Infection Control with Sex Workers: Regular Screening and Presumptive Treatment Augment Efforts to Reduce Risk and Vulnerability", Etats Unis. 2003.

24 SFNUAP, « La prévention du VIH dans les services de santé maternelle. Guide de formation FNUAP et Engenderhealth », 2004.

7.9 LA PRÉVENTION EN DIRECTION DES HOMOSEXUELS

Aujourd'hui, les débats sur la prévention du sida se polarisent autour de deux enjeux²⁵ :

- la sexualité des séropositifs, négligée jusqu'alors par les discours des sciences sociales et de la santé publique. Des travaux menés dans différents pays soulignent combien le rapport des gays séropositifs à la prévention est différent du reste de la population homosexuelle (puisque pour eux la protection concerne l'autre et non plus soi). Ainsi, en France, la première campagne de prévention intégrant un message explicitement adressé aux gays séropositifs n'apparaît qu'en 2001
- la réduction des risques : le recul de la prévention, et le choix revendiqué par certains de ne plus se plier à son ordre, a conduit certains acteurs associatifs (AIDES) à promouvoir et évaluer des interventions préventives auprès de ceux qui ne veulent pas utiliser de préservatif, appliquant de fait le principe de réduction des risques dans le domaine de la transmission sexuelle.

25 Sous la direction de Christophe Broqua France Lert et Yves Souteyrand « Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires », Collection Sciences sociales et sida, Agence Nationale de recherche contre le sida, France, 2003.

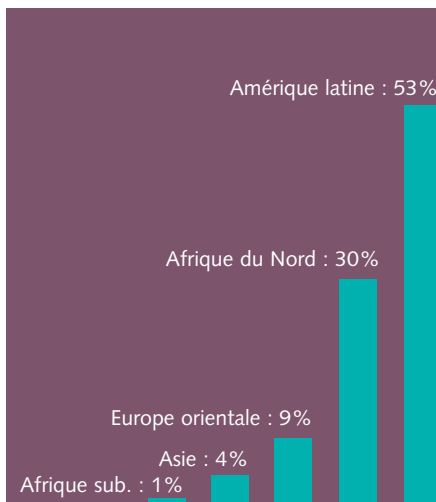
7.10 PRÉVENTION ET PROCRÉATION

La prévention est aussi présente dans des programmes portant sur les thèmes suivants : fécondation / maternité / paternité / sexualité / planning familial²⁶.

7.11 LE TRAITEMENT - ARV (ANTIRETROVIRUS)

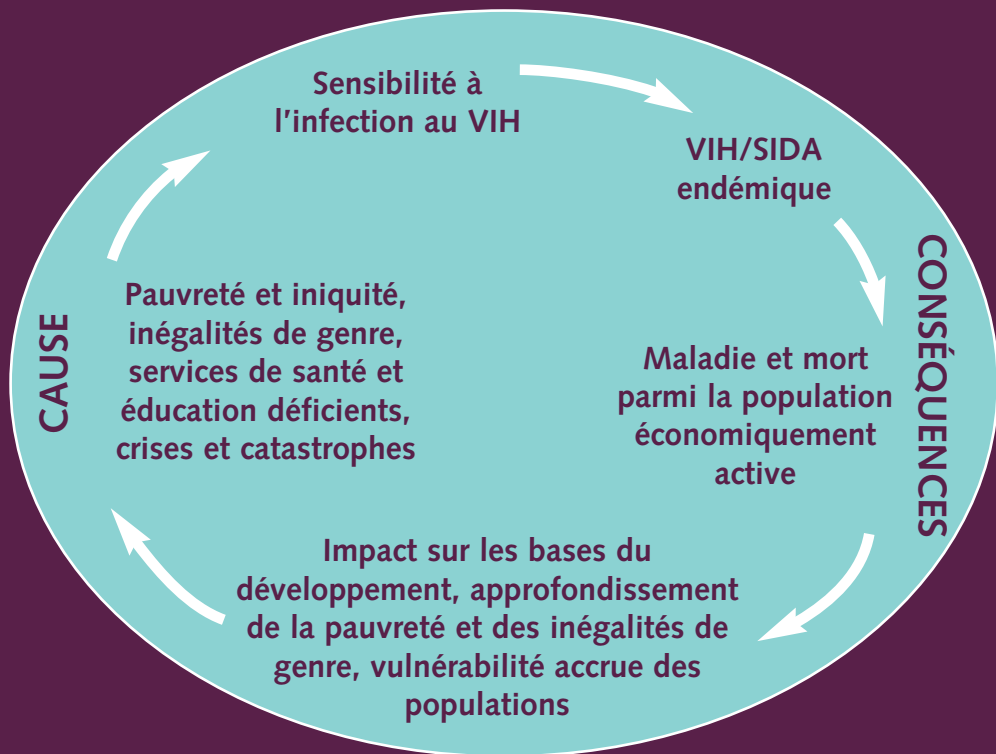
D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2004, dans le pays du Sud **seulement le 5% de la population infectés par le VIH reçoive du traitement** : 1% des personnes infectés en Afrique subsaharienne; 30% en Afrique du Nord et de moyen orient; 9% en Europe orientale, 4% en Asie et 53% en Amérique latine et les Caraïbes.

Pour approfondir ce thème nous proposons aller sur le site web de l'OMS : www.oms.org



²⁶ Pour plus d'information sur ce thème voir « Les essentiels du genre. Fiche thématique Genre et droits sexuels et reproductifs », Le Monde selon les femmes, Belgique, 2005.

8. LES IMPACTS ECONOMIQUES ET SOCIAUX DU SIDA





Le rôle qui leur est généralement assigné est de maintenir la famille en bonne santé

8.1 ACCROISSEMENT DE LA PAUVRETÉ

Souvent les femmes doivent s'occuper du ménage et c'est leur mari qui est la source de revenu. Cette situation rend les femmes économiquement instables et insécurisées. La prise en charge d'un membre de la famille touché par le SIDA leur incombe souvent, puisque le rôle qui leur est généralement assigné est de maintenir la famille en bonne santé. Si c'est l'homme qui décède, bien souvent **la femme perd ses droits** et sa situation économique et sociale ne fait que s'aggraver. Le coût des funérailles aggrave encore la situation de pauvreté de la famille. En outre, **l'impact se retrouve au niveau de la structuration générationnelle de la famille**. Dans certains cas, la pyramide familiale est composée de grand-mères en charge d'enfants orphelins, où chacun-e des membres doit participer à l'entretien de la communauté.

« Des organisations communautaires, telles que GROOTS au Kenya, Justice for Widows and Orphans Project en Zambie, et Women's Network au Rwanda, forment les assistants juridiques communautaires, les chefs de village, et les membres des conseils d'administration du territoire et des tribunaux à l'application des droits des femmes à la propriété et à l'héritage ainsi que de leurs droits juridiques. Elles apprennent également aux femmes à mener une action en justice »²⁷.

27 « La sécurité matérielle des femmes échec au sida », www.womenandaids.unaids.org

8.2 BAISSÉ DE PRODUCTIVITÉ AGRICOLE ET AUGMENTATION DE LA MALNUTRITION

L'épidémie du VIH/SIDA affecte l'accès à et l'utilisation des ressources et des bénéfiques des populations rurales, comme, par exemple, le capital naturel²⁸, c'est à dire l'espace cultivé et cultivable, la fertilité des sols et de la terre, leur entretien et productivité. Elle affecte également le capital physique et financier car, face à une urgence ou au besoin de suivre un traitement, la vente des équipements et de l'élevage diminue les possibilités productives.

Les femmes représentent la majeure partie de la main-d'œuvre du secteur alimentaire (agriculture familiale, économie de subsistance). Quand un membre de leur famille est malade, respectant le rôle traditionnel qui leur est assigné, elles passent plus de temps à s'occuper de lui et diminuent ainsi leur travail productif. La productivité s'en ressent. La baisse de productivité dans le secteur agricole est dû à cette main-d'œuvre féminine non remplacée par d'autres membres de la famille. Lorsque les femmes sont elles-mêmes atteintes, la perte de leur travail entraîne une baisse de revenus, alors même que les traitements contre la maladie coûtent cher.

A une plus grande échelle, la perte de main-d'œuvre augmente les risques de pénurie alimentaire, et donc la malnutrition dans le pays.

²⁸ Une intéressante étude comparative, menée dans 3 pays africains, met ce rapport en évidence. Voir Curry J., Wiegiers E., Garbero A., Stokes S. and Hourihan J.: « Gender, HIV/AIDS and Rural Livelihoods. Micro-Level Investigations in Three African Countries », Research Paper No. 2006/110, United Nations University-WINDER, FAO.

9. INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX

Un certain nombre d'instruments de Droits humains et de documents politiques ont été adoptés dans le but de fournir une structure qui tienne compte de la dimension des genres dans la question du VIH/SIDA.

9.1 LES INSTRUMENTS-CLÉS

- La Convention pour l'Élimination de toutes formes de discrimination envers les femmes (CEDAW).
- La Déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur l'engagement dans la cause du VIH/SIDA.
- La Déclaration de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur les violences envers les femmes.
- Le Guide International de VIH/SIDA et des Droits humains.
- La Déclaration du millénaire et les Objectifs de Développement du Millénaire (ODM).
- La Plate-forme d'action de Pékin²⁹
- La Conférence sur la population et le développement du Caire.

²⁹ Inclue une section sur les femmes et la santé (en tant que domaine critique) et reconnaît le pouvoir et le contrôle limité qu'ont les femmes sur leur corps.



AVANT

APRÈS

9.2 LA CONVENTION SUR LA SUPPRESSION DE TOUTE FORME DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES (CEDAW) ET LE VIH/SIDA

La recommandation générale du comité sur exige que les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, accordent une attention spéciale aux facteurs liés au rôle reproductif des femmes et à leur position sociale subalterne qui les rend particulièrement vulnérables à l'infection au VIH. Elle a appelé les Etats à accroître les campagnes de sensibilisation sur les risques de l'infection au VIH/SIDA, en particulier chez les femmes et chez les enfants.

- **L'article 6** stipule que tous les Etats doivent prendre des mesures afin de supprimer toutes les formes de trafic et d'exploitation des femmes.
- **L'article 10** stipule que les Etats doivent prendre des mesures pour supprimer la discrimination à l'égard des femmes en matière d'éducation et, en particulier, pour leur faciliter l'accès aux informations éducatives qui garantissent la santé et le bien-être des familles, y compris les conseils sur le planning familial.

- **L'article 12** stipule que tous les Etats doivent prendre des mesures adéquates afin de supprimer la discrimination à l'égard des femmes en matière de soins de santé.
- **L'article 14** stipule qu'une attention particulière doit être accordée aux besoins des femmes vivant en zones rurales.
- **L'Article 16** stipule que les hommes et les femmes doivent avoir le droit de se marier, de choisir librement leur conjoint, et de se marier avec leur total consentement ; les femmes doivent avoir les mêmes droits et les mêmes responsabilités que leur mari pendant le mariage, et les mêmes droits de propriété pendant et après la dissolution du mariage.
- **L'article 16.2** porte sur les jeunes filles et le mariage précoce, facteur qui accroît la vulnérabilité à l'infection au VIH.

Il existe plusieurs organisations de la société civile, et des autres instruments, pour les droits des Personnes vivant avec le VIH (PVV) :

- La Charte des Droits de Barcelone « Femmes et VIH/SIDA » (juillet 2002) inclut notamment, le droit des femmes à l'égalité, à l'indépendance financière et à l'éducation.
- Les Mouvements de gay séropositifs.
- Le lobby sur la médication de Médecin sans frontières.

10. TYPES DE RÉPONSES ET APPROCHE GENRE³¹

En vue de l'intégration de l'approche genre dans les programmes VIH/SIDA, plusieurs types de réponses, au niveau institutionnel ou des interventions de développement, sont possibles :

10.1 RÉPONSES NEUTRES AU GENRE

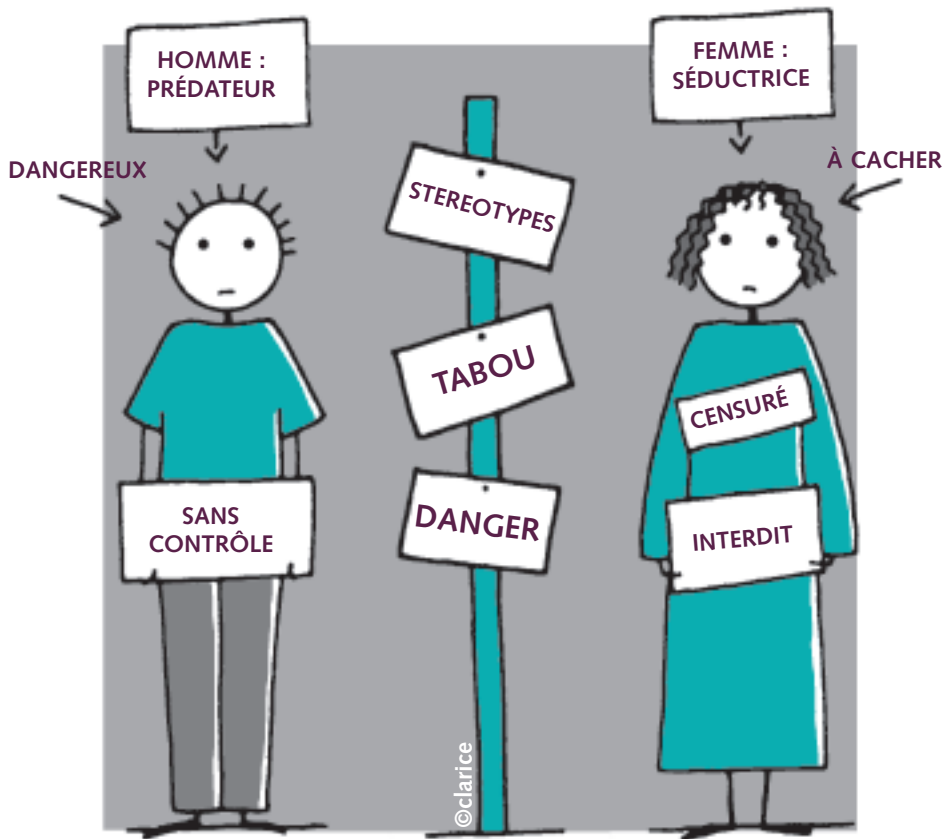
Ce sont des interventions, programmes ou campagnes qui ne font pas de distinction entre hommes/femmes. Ni au niveau de public-cible ni à celui du message.

Même si parfois ils sont effectifs, ils ne correspondent pas aux besoins spécifiques selon les genres. **Exemple de message : pas de sexe, « sois fidèle », « une seule partenaire », « utilise une capote » (ABC Ouganda)** ³²

Ils renforcent des stéréotypes sexistes par rapport à la sexualité (hommes actifs/femmes passives), et stigmatisent des pratiques sexuelles « hors de la norme hétérosexuelle », dans les liens du mariage, comme cause de l'épidémie (gays, travailleurs-euses sexuel-les, « *man have sex with man* »). Le VIH est alors un synonyme de mort.

31 Sur cet aspect, on recommande la lecture du document : « Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes » de l'OMS, 2003.

32 « *Abstinence, Be faithful, Condom use* »; Soit abstinent, fidèle et utilisez des préservatifs.



La sensibilisation est axée sur l'image que les filles doivent donner d'elles-mêmes afin de se protéger des garçons

Une étude menée dans 21 écoles secondaires à Kampala (Ouganda) montre que, même si dans le curriculum scolaire la sensibilisation autour le VIH/SIDA est très présente, celle-ci est axée sur l'image que les filles doivent donner d'elles-mêmes afin de se protéger des garçons. La « provocation vestimentaire », par exemple, est présentée comme une situation de risque. Dans ce cas la masculinité traditionnelle (sexualité sans contrôle) est renforcée vis-à-vis des deux sexes, quant à la féminité, elle est réduite au rôle traditionnel passif et sans pouvoir.

ONUSIDA, 2003

10.2 RÉPONSES CENTRÉES SUR LES BESOINS ET LES CONTRAINTES DES INDIVIDUS SELON LE « GENRE » ET LA « SEXUALITÉ »

Ces interventions vont cibler les obstacles et besoins spécifiques rencontrés par sexe et/ou genre, en vue de promouvoir fondamentalement la prévention individuelle.

Exemple d'actions : promotion du préservatif féminin, projets de génération de revenus, promotion de l'accès des femmes aux services santé...

Vulnérabilité des hommes en Inde

Un projet, mené conjointement par le Gouvernement indien et celui du Royaume-Uni et impliquant 30 ONG, 18 compagnies de transport et des organisations de femmes, a ciblé les camionneurs dans des zones où ils étaient très nombreux. Ce projet avait pour objectif de réduire l'incidence d'infection VIH parmi les camionneurs qui avaient des rapports sexuels occasionnels (75 %), via la sensibilisation et la distribution des condoms. Ont été concernés par le projet 3,5 millions d'hommes et 33 000 travailleuses sexuelles, dont 200 ont été traitées pour des MST. Les hommes ont bien réagi et demandent de l'information aux ONG et association du projet. L'utilisation du préservatif est devenu courant.

UNAIDS, 2001

10.3 RÉPONSES D'EMPOWERMENT

Dans ce type d'intervention, les capacités personnelles et collectives des femmes sont renforcées, afin que celles-ci aient le contrôle de leur propre vie. Pour cela il est possible de :

- promouvoir l'accès à l'information, aux technologies, aux services, aux ressources. Par exemple : le droit à la terre et à l'éducation ou la démythification du corps
- construire une image positive de soi-même, la confiance en soi
- développer l'esprit critique
- promouvoir la cohésion du groupe
- encourager la prise de décision et l'action.

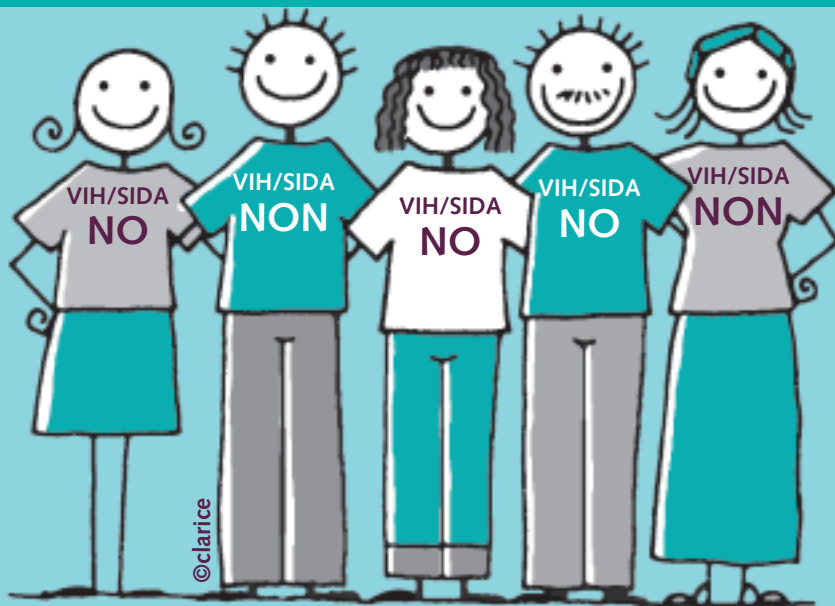
En 1992, le gouvernement (...) et l'OMS initient un projet d'intervention dont la cible est les travailleuses sexuelles à Sonagachi. Le but est qu'elles-mêmes prennent conscience de l'importance du VIH/SIDA et se protègent. En 1992, 1% des travailleuses utilisaient des condoms, en 1995, 50 % le font. Cet impact se traduit par la baisse de l'incidence du VIH. Conjointement, un ancrage communautaire est développé : les travailleur/euses sexuels-les épargnent de l'argent pour créer une coopérative. Celle-ci achète des terres pour les ex-travailleuses sexuelles qui produisent de l'artisanat. En 1998, la coopérative lance une « Positive Hotline » pour le conseil et le soutien aux séropositifs « Similarly, while HIV ». *UNAIDS, 2004*

10.4 RÉPONSES TRANSFORMATRICES

Ce type d'intervention vise à relever le défi suivant : changer le pouvoir inégalitaire entre les sexes, afin de réduire la vulnérabilité des femmes. Des politiques d'*empowerment* sont absolument nécessaires dans cette approche.

En 18 séances, tenues en 3-4 mois, le Package de Stepping Stones a été élaboré comme une formation pour le changement. Hommes, femmes et jeunes ont participé à son élaboration. Les participants ont travaillé sur les peurs, les stéréotypes et leurs vies. Le processus les a encouragés à prendre le contrôle et la responsabilité sur leur vie et a proposé des changements concrets dans leurs comportements.

UNAIDS, 2001



11. VIH/SIDA ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETE : LES REPONSES INSTITUTIONNELLES

I

Il existe plusieurs organisations et instruments internationales qui donnent des orientations politiques dans ce domaine :

11.1 L'ONUSIDA

Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Principal promoteur des actions dans la lutte contre l'épidémie, dirigé par le Belge Peter Piot. Il est promoteur du Cadre stratégique mondial de lutte contre le VIH/SIDA. Un portail sur Internet Genre et VIH/SIDA est disponible sur les sites www.unaids.org - www.unifem.org

11.2 LE FOND GLOBAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LA MALARIA

C'est la collaboration entre gouvernements, des communautés et le secteur privé pour récolter des fonds destinés à combattre ces problèmes. www.globalfund.org



VIH/SIDA : les réponses institutionnelles

11.3 LES « THREE ONE'S »

Les ressources financières ont augmenté de même que, ces derniers temps, la récolte de fonds pour le combat contre le SIDA. Cependant, il est urgent de constituer des collaborations pour les pays fortement touchés par l'épidémie. En avril 2004, les Etats-Unis et l'Angleterre ont signé **trois accords**, qui ont pour but de :

- 1• stimuler les réponses envers le SIDA et promouvoir un usage des ressources plus efficaces en clarifiant les rôles et les relations pertinentes
- 2• offrir un statut légal et puissant au SIDA
- 3• fournir les informations nécessaires sur le SIDA, afin d'ajuster les cadres d'action fondés sur des leçons apprises . Cet accord devrait augmenter la capacité des donateurs et développer les pays, afin qu'ils travaillent ensemble de façon plus efficace. Ces principes offrent un cadre national solide pour coordonner une réponse multisectorielle au SIDA, au sein duquel le CNA éclaire les processus de planification nationaux, sectoriels et décentralisés³³.

33 « Promouvoir l'égalité entre les sexes dans les nouvelles modalités de l'aide et les nouveaux partenariats ». Document de réflexion d'UNIFEM - mars 2006.

11.4 LES ODM

L'égalité entre les sexes est une condition essentielle à la réalisation des **ODM**, **l'objectif 5 est spécifique à la lutte contre la pandémie**. Il est important de s'assurer que les structures de l'aide comportent bien un suivi des progrès faits vers l'égalité entre les sexes. Pour favoriser cette égalité, la nouvelle architecture de l'aide doit comprendre :

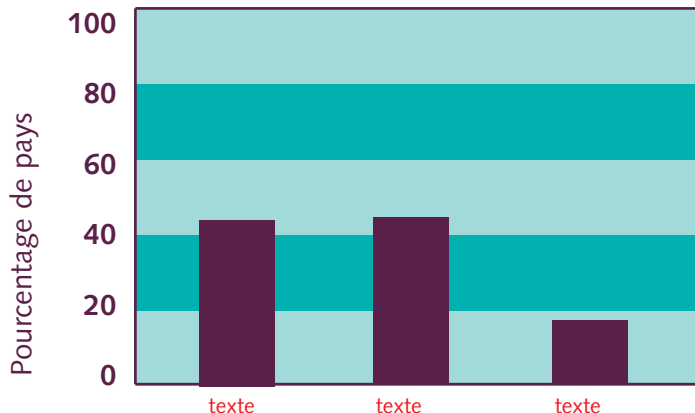
- un financement adéquat des programmes répondant aux besoins des femmes
- des systèmes de **compte-rendus des gouvernements et aux donateurs**, afin de suivre et améliorer leur contribution à l'égalité entre les sexes
- des évaluations des progrès réalisés, des analyses de la performance et des indicateurs de l'efficacité de l'aide sensibles à la problématique de l'égalité entre les sexes.

11.5 LE SIDA ET LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ DANS LES DSRP

Le **PNUD** a mené une action de plaidoyer et donné une orientation politique pour l'intégration de la problématique du SIDA dans les **DSRP et dans les Plans nationaux de développement**, comprenant une série de critères détaillés pour l'intégration de ces questions dans les pays à faible et à forte prévalence.

Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS) de la **Banque mondiale**, en cours dans 28 pays, constitue le premier investissement à grande échelle pour l'intégration de cette question, ainsi que l'engagement financier individuel le plus important en faveur de la lutte contre le SIDA de la Banque.

Des donateurs bilatéraux et d'agences des Nations Unies ont appuyé l'intégration de la problématique dans les instruments nationaux de développement. Certaines organisations, notamment le Département pour le développement international (DFID) et l'Agence allemande de coopération technique (GTZ), se sont engagées à appuyer davantage son intégration dans les instruments (les juridiques et politiques nationaux de développement (par exemple le DFID en Ouganda), tandis que d'autres (Direction de la coopération au développement et de l'aide humanitaire – DDA, Suisse, ont limité leurs activités essentiellement au plaidoyer et à l'appui technique au niveau sectoriel.



L'analyse³⁴ de 15 DSRP de pays d'Afrique subsaharienne (3 DSRP intérimaires et 12 DSRP finaux) et de 7 DSRP de pays asiatiques (2 DSRP intérimaires et 5 DSRP finaux) fait apparaître que l'expérience en matière d'intégration de la problématique du SIDA dans les DSRP a été mitigée.

Dans les pays à forte prévalence, le VIH/SIDA est abordé en général, dans un paragraphe de la partie consacrée aux ressources humaines ou au développement humain (Ghana, Kenya et Ouganda), ou dans l'analyse des questions transversales (Rwanda), bien que, dans quelques cas, ces questions soient encore traitées dans la partie sur la santé (Mozambique).

34 Idem, Banque Mondiale et UNICEF

Néanmoins, la majorité des DSRP examinés ne mentionnait pas les questions liées au genre ou n'y faisait référence que de façon superficielle. Les données sur les causes et les déterminants de l'épidémie sont rarement ventilées par sexe. Parmi les exceptions figurent le **Malawi**, qui fait effectivement état des disparités entre les genres tout au long des documents et intègre des activités spécifiques en fonction de l'impact de l'épidémie selon les genres, et le **Rwanda**, dont le DSRP est le seul parmi les DSRP examinés qui comporte des dépenses ventilées par genre.

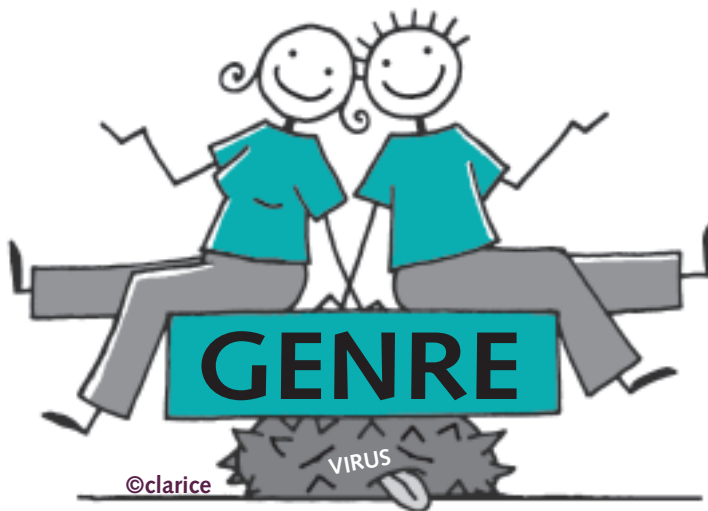
Les déterminants du risque, de la vulnérabilité et de l'impact en fonction du genre sont rarement mentionnés ou ne sont pas pris en compte dans les stratégies de programme. Les DSRP du **Ghana** et du **Cambodge** mentionnent, tout au long du document, les relations existant entre spécificité selon les genres et VIH, mais n'indiquent pas quelles sont les réponses en fonction des genres³⁵.

La continuité et l'engagement en matière d'appui technique à long terme sont indispensables car l'intégration de la problématique du SIDA dans le DSRP ne suffit pas. Des mécanismes additionnels s'avèrent nécessaires pour veiller à la prise en compte du SIDA et du genre dans les secteurs pertinents, comme dans le processus budgétaire et l'exécution des programmes.

35 Robinson S., Detailed Review of Five National PRSPs, Annexe, pp. 46-47.

11.6 NOTE STRATÉGIQUE SUR LE SIDA DE LA COOPÉRATION BELGE AU DÉVELOPPEMENT (2004)

Celle-ci est structurée selon le Cadre stratégique mondial de lutte contre le VIH/SIDA. Elle est donc fondée sur le respect, la protection et l'accomplissement des droits de la personne³⁶.



36 Pour savoir plus aller sur le site www.diplobel.be

12. L'IMPORTANCE DU MOT JUSTE CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION : LE LANGAGE DU VIH/SIDA³⁷

La **stigmatisation** constitue es une forme de préjugé qui a pour effet de discréditer ou d'ostraciser des individus ou des groupes parce qu'ils sont perçus comme étant différents de ce qui est généralement accepté ou attendu. En ce qui concerne le VIH/sida, le stigmaté est principalement le fruit de la peur et de l'hostilité qu'éprouvent certains à l'égard de la maladie ou des populations les plus durement touchées par celle-ci. **Lorsque la stigmatisation se transforme en acte, il s'agit de la discrimination.** Toute les deux **violent les droits humains** et associées au VIH/SIDA sont universelles et constituent les plus grandes barrières à la prévention des nouvelles infections, à la prestation de soins, de soutien et de traitements adéquats et à l'allègement des impacts du VIH/sida. Mais les gens qui pratiquent la stigmatisation et la discrimination vivent dans la peur et l'ignorance par rapport au VIH/SIDA.

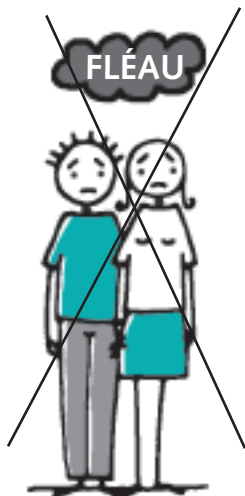
Pour éviter la **discrimination** et la **stigmatisation** des personnes séropositives, voici du langage pertinent à utiliser :

³⁷ Adapté du « Reportage sur le VIH/sida en Afrique : un manuel », African Women's Media Centre, Afrique du Sud, 2002.

Langage à éviter	Pourquoi ?	Langage recommandé
Fléau du sida/la plaie	Implique que le sida ne peut pas être contrôlé. Terme sensationnaliste	Epidémie du VIH, Pandémie du VIH
Test de dépistage du sida	N'existe pas. Il n'existe qu'un test pour déterminer la séropositivité	Test de dépistage du VIH
Attraper le sida	Ne peut pas s'attraper ou ne peut pas être transmis. Les gens sont infectés par le VIH. La transmission du VIH est correcte	Etre infecté par le VIH. Avoir contracté le virus du sida
Personne qui souffre du sida	De nombreuses personnes séropositives peuvent jouir d'une santé relativement bonne pendant des années/peuvent être en bonne santé pendant des années	Personne séropositive

Langage à éviter	Pourquoi ?	Langage recommandé
Victime du sida	Donne l'impression que la personne est impuissante	Personne vivant avec le VIH/SIDA
Rapport sexuel protégé	Aucun rapport sexuel n'est totalement dénué de risque	Relations sexuelles davantage protégées
Mœurs légères	Terme qui revient à porter une accusation, péjoratif	Qui a des partenaires multiples
Prostituée	Terme insultant, péjoratif, connoté	Travailleuse sexuelle
Toxicomane dépendant	C'est le fait d'injecter le produit avec une aiguille contaminée et non la drogue elle-même qui peut transmettre le VIH	Usager de drogues intraveineuses

Langage à éviter	Pourquoi ?	Langage recommandé
Mourir du sida	Le sida n'est pas une maladie c'est un syndrome, un ensemble de maladies. Le VIH affaiblit le système immunitaire et favorise les maladies opportunistes	Mourir d'une maladie associée au sida



INFECTION



13. RECOMMANDATIONS

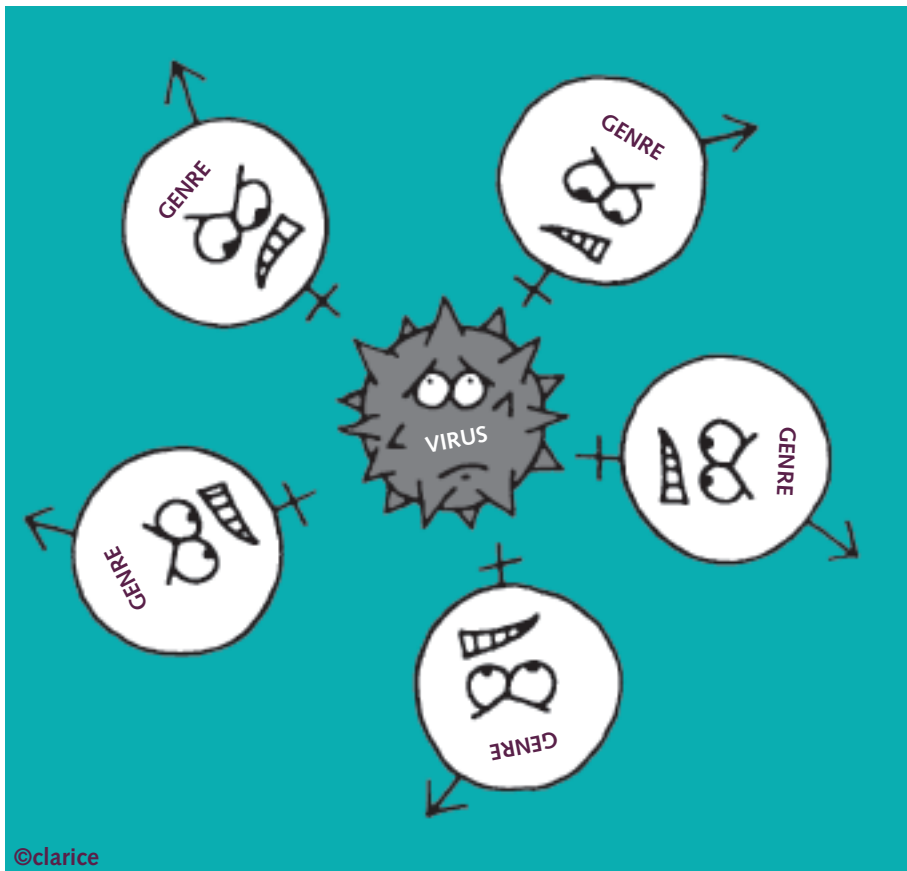
13.1 LE **MAINSTREAMING** AU SEIN DES ORGANISATIONS

Le *mainstreaming* ou intégration transversal du genre et d'une politique qui comprenne la lutte contre le VIH/SIDA doit prévoir : à tout niveau, est fondé sur l'engagement politique et personnel pour la justice sociale, qui inclut l'égalité de genre.

Deux questions de base doivent être posées :

- Pour un *mainstreaming* interne à une organisation : comment l'épidémie affecte-t-elle notre organisation et sa capacité de combattre la pauvreté, maintenant et dans le futur ?
- Pour un *mainstreaming* externe : comment l'épidémie affecte-t-elle les gens avec lesquels nous travaillons, par rapport à leurs efforts pour sortir de la pauvreté ? Comment notre travail contribue à les rendre plus ou moins vulnérables aux impacts du VIH/SIDA ?

Il faut intégrer la perspective de genre de façon transversale, apprendre et échanger avec d'autres organisations, faire des changements si nécessaire et faire un suivi permanent du plan de *mainstreaming*.



Inclure la notion de genre dans la lutte contre le VIH/SIDA

13.2 DANS LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA ne peuvent constituer une réponse que s'ils sont intégrés dans une logique de développement, tenant compte des différents facteurs sociaux, économiques et politiques. Pour cela, il faut, par exemple, promouvoir l'éducation en y intégrant les notions de genre et faire des campagnes de prévention.

Accroître l'accès à l'eau potable, créer des programmes d'éducation à l'agriculture auprès des adolescents et des programmes de formation pour les foyers qui prennent un orphelin à leur charge. De plus, les institutions rurales doivent être renforcées par un service financier, particulièrement destiné aux femmes. Il faudrait, intégrer l'approche de genre dans les processus et structures des organismes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, et intégrer les maladies liées à la pauvreté et établir un lien avec les priorités des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

En outre, promouvoir la répartition des tâches, c'est donner la possibilité aux femmes d'envisager une autre activité que le ménage, d'avoir une indépendance économique, de faire valoir leurs droits et ainsi de se rendre moins vulnérable face au VIH/SIDA.

LE MONDE SELON LES FEMMES

Le Monde selon les femmes est une ONG de développement et une association active sur le terrain, dans les mouvements sociaux, en milieu scolaire.

Elle propose entre autres :

- des formations sur le genre
- des outils pédagogiques sur le genre
- des animations
- un appui stratégique
- une expertise en éducation au développement
- un réseau avec des associations de femmes migrantes et des ONG du Sud travaillant sur le genre en Afrique et en Amérique latine.
- des évaluations de programmes et projets
- un centre de ressources
- du plaidoyer sur le thème du genre
- des publications
- la revue Palabras
- des rencontres, séminaires, conférences
- de la consultance.

Consultez notre site internet ou venez nous rendre visite !
www.mondefemmes.org

