

LES FEMMES ET LE SIDA

INTRODUCTION

L'épidémie de SIDA frappe toujours davantage de femmes et de filles. A l'échelle mondiale, un peu moins de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH sont de sexe féminin. Dans la plupart des régions, une proportion croissante de personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des jeunes filles et cette proportion continue de s'accroître, notamment en Europe orientale, en Asie et en Amérique latine, comme le montre la Figure 2.

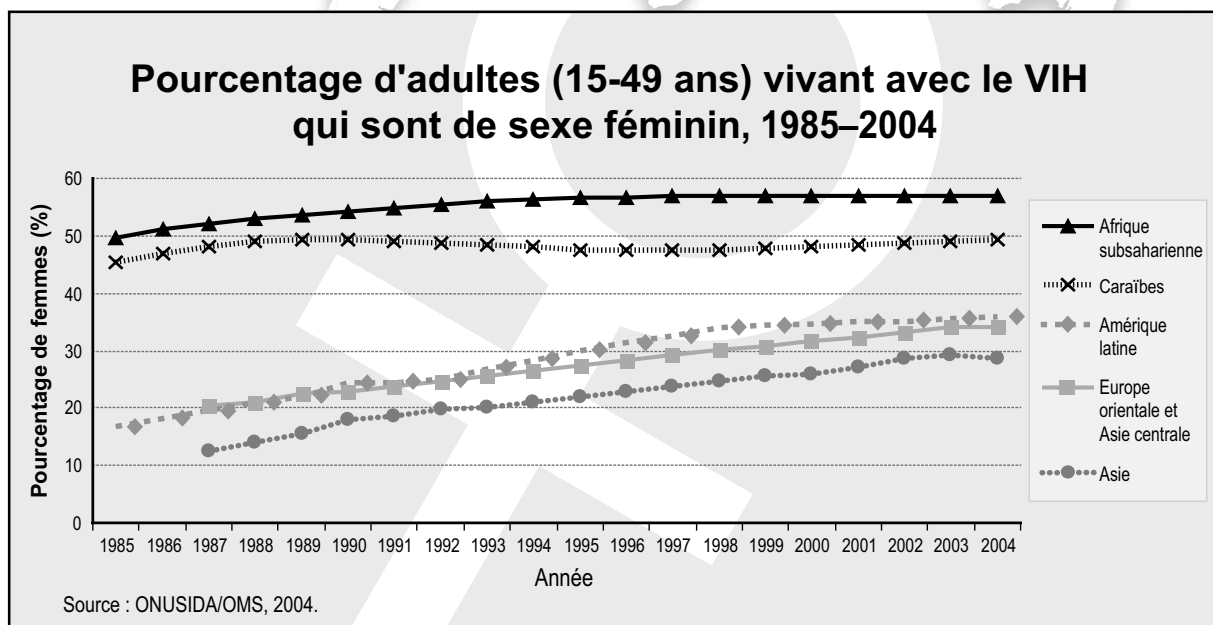
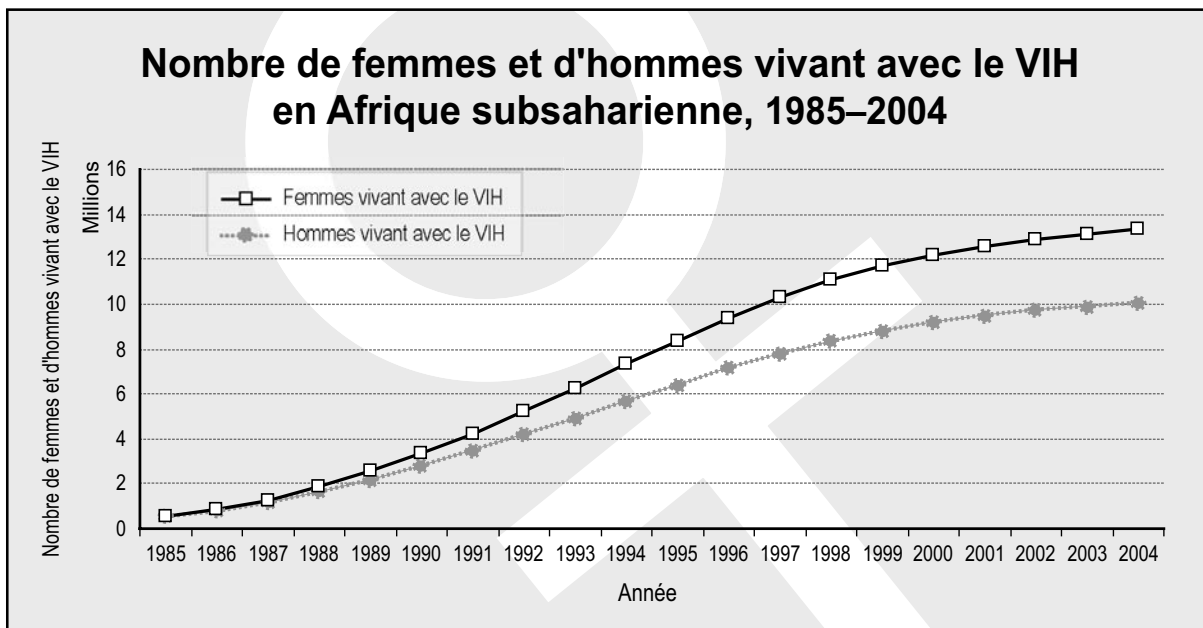


Figure 2

C'est dans les régions où les rapports hétérosexuels sont un mode dominant de transmission du VIH, comme en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes, que le SIDA touche le plus gravement les femmes. Les femmes et les jeunes filles représentent près de 57% des adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (voir pages 19-30). Globalement, trois quarts de toutes les femmes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent dans cette région. Selon une récente enquête dans les ménages, les femmes adultes en Afrique subsaharienne ont 1,3 fois plus de risque d'être infectées par le VIH que leurs homologues masculins (ONUSIDA, 2004). C'est parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans que cette inégalité est la plus importante : leur risque d'être infectées est trois fois plus élevé que celui des jeunes hommes du même âge.

Examiné en détail, le tableau est particulièrement inquiétant. En **Afrique du Sud**, en **Zambie** et au **Zimbabwe**, par exemple, les jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) ont de trois à six fois plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes (Zambia Demographic and Health Survey, 2001-2002 ; Zimbabwe Young Adult Survey, 2001-2002). Plus de trois quarts de tous les jeunes vivant avec le VIH dans ces pays sont des femmes (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2003 ; Reproductive Health Research Unit et Medical Research Unit, 2004). Les femmes constituent près de la moitié des 420 000 [260 000-740 000] adultes vivant avec le VIH aux Caraïbes, où les jeunes femmes de 15 à 24 ans ont près de deux fois plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes (ONUSIDA, UNIFEM, UNFPA, 2004) (voir pages 31-35).

Figure 3



Dans d'autres parties du monde, la plupart des infections à VIH sont provoquées par l'injection de drogues au moyen de matériel contaminé, par les rapports sexuels non protégés entre hommes et par le commerce du sexe sans protection. Mais il est imprudent de penser que ces épidémies sont limitées à des populations particulières. La plupart des consommateurs de drogues injectables sont jeunes et nombre d'entre eux sont sexuellement actifs, risquant une double exposition au virus. Dans certains pays, notamment en Asie et en Europe orientale, une proportion importante des professionnel(le)s du sexe s'injectent également des drogues. La plupart des clients masculins des professionnel(le)s du sexe ont d'autres partenaires sexuels, y compris leurs épouses et leurs amies régulières. Dans chaque région, une importante proportion des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en ont également avec des femmes. Aucun aspect de la pandémie de SIDA ne peut être pris isolément. Au fur et à mesure de l'implantation des épidémies de SIDA, le nombre de femmes infectées va en augmentant.

Les femmes représentent 36% des 1,7 million [1,3-2,2 millions] d'adultes vivant avec le VIH en Amérique latine, où l'épidémie s'est en grande partie installée parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables (voir pages 57-61). Maintenant qu'un nombre accru de femmes en Europe orientale et en Asie centrale contractent le virus lorsqu'elles utilisent du matériel contaminé pour s'injecter des drogues et par leurs partenaires masculins qui peuvent être des consommateurs de drogues injectables et/ou des clients des professionnel(le)s du sexe, la proportion

globale de femmes vivant avec le VIH dans cette région augmente également progressivement (voir pages 47-56). Dans cette région, les femmes représentent 34% des personnes vivant avec le VIH, par rapport à 33% il y a deux ans. En **Fédération de Russie**, qui connaît la plus importante épidémie de la région, la proportion de femmes parmi les personnes diagnostiquées séropositives au VIH est passée à 38% en 2003, par rapport à 24% en 2001 (Russian Federal AIDS Centre, 2004).

Tout comme l'Europe orientale, certaines parties de l'Asie connaissent des épidémies de SIDA qui se répandent dans et entre des groupes particuliers de la population – par exemple les professionnel(le)s du sexe ou les consommateurs de drogues injectables – puis dans la population générale, les femmes et les jeunes filles étant touchées de manière croissante. En Asie de l'Est, les femmes constituent 22% de tous les adultes vivant avec le VIH et 28% des jeunes (de 15 à 24 ans) vivant avec le VIH. En Asie du Sud et du Sud-Est, 30% des adultes (par rapport à 28% il y a deux ans) et 40% des jeunes vivant avec le VIH sont des femmes et des filles. Selon les estimations, les femmes représentent plus d'un quart des nouvelles infections à VIH en **Inde**, et 90% de celles qui fréquentent des consultations prénatales et dont le test se révèle positif affirment qu'elles n'ont eu qu'une seule relation à long terme (Cohen, 2004). La transmission du VIH entre conjoints est devenue une cause plus importante d'infection dans des pays comme le **Cambodge**, le **Myanmar** et la **Thaïlande** – qui, comme certaines parties de l'Inde, doivent déjà faire face à des épidémies graves. Il y a 12 ans, environ 90% de la transmission du VIH en

L'ignorance concernant le VIH et la sexualité est très répandue

Les normes sociales imposent une ignorance dangereuse aux filles et aux jeunes femmes, dont on attend généralement qu'elles ne sachent pas grand-chose des questions sexuelles. Ce manque de connaissance amplifie le risque qu'elles soient infectées par le VIH. Dans de nombreux pays, la plupart des jeunes femmes ne savent pas comment se protéger de l'infection à VIH, comme le montre la Figure 4. Dans des pays comme le **Cameroun**, le **Lesotho**, le **Mali**, le **Sénégal** et le **Viet Nam**, deux tiers ou davantage des jeunes femmes (de 15 à 24 ans) ne pouvaient pas citer trois méthodes de prévention du VIH au cours d'une enquête. En **République de Moldova**, **Ukraine** et **Ouzbékistan**, plus de 80% des jeunes femmes ne disposaient pas de cette information. Les connaissances concernant les questions sexuelles en général sont aussi étonnamment faibles dans de nombreux endroits. Une récente étude conduite parmi des jeunes mariées d'Uttar Pradesh, en **Inde**, par exemple, a révélé que 71% des femmes (dont toutes s'étaient mariées avant la puberté) ne savaient rien au sujet des rapports sexuels lorsqu'elles avaient commencé à vivre avec leur mari, et 83% ne savaient pas comment une femme devenait enceinte (Khan et al., 2004).

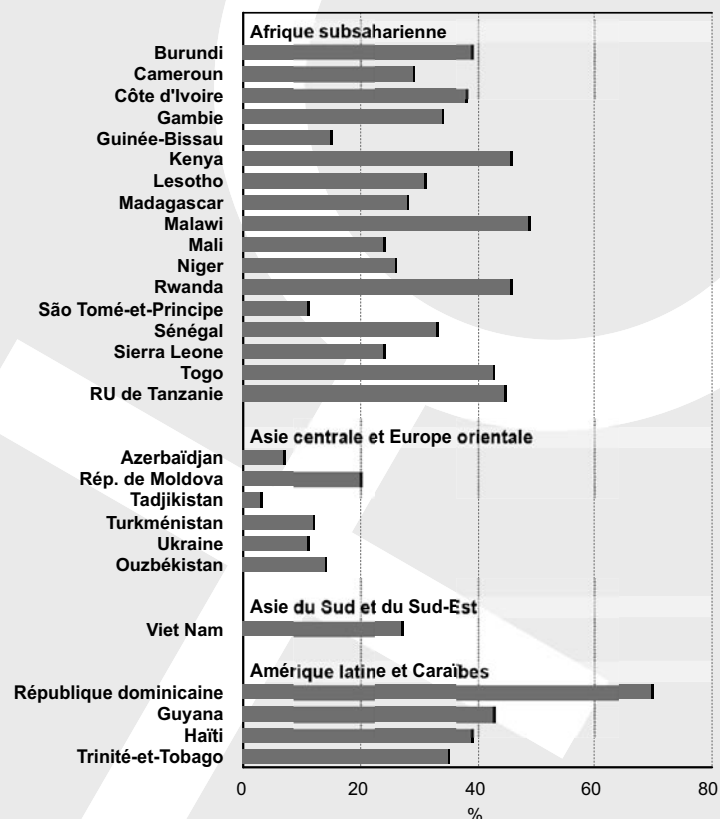
Thaïlande se produisait entre les professionnel(le)s du sexe et leurs clients. Les projections montrent que, en 2002, environ 50% des nouvelles infections se passaient entre conjoints, lorsque les clients, présents ou passés, des professionnel(le)s du sexe transmettent le virus à leur épouse (Thai Working Group on HIV/AIDS Projections, 2001).

Partout dans le monde, l'impact croissant de l'épidémie sur les femmes se produit dans un contexte de graves inégalités entre les sexes, entre les classes et autres. Ce phénomène est aussi manifeste dans les pays industrialisés de l'Europe occidentale et de l'Amérique du Nord, où un quart environ des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et où le VIH s'installe toujours davantage parmi les femmes qui appartiennent à des segments marginalisés de la population, notamment les minorités, les immigrants et les réfugiés (voir pages 69-74). Les femmes africaines-américaines et hispaniques, par exemple, constituent moins d'un quart de toutes les femmes des **Etats-Unis d'Amérique**, mais à la fin du siècle dernier, elles représentaient 80% des cas de SIDA notifiés parmi les femmes (US Centers for Disease Control and Prevention, 2002).

INÉGALITE, GENRE ET VIH

Fréquemment, les efforts de prévention du VIH ne tiennent pas compte des inégalités liées au genre et autres qui façonnent les comportements des individus et limitent leurs choix. Un grand nombre des straté-

Pourcentage de jeunes femmes de 15 à 24 ans qui connaissent trois méthodes de prévention du VIH*, divers pays, 1999-2002



* Les trois méthodes de prévention du VIH étaient : éviter les rapports sexuels avec pénétration, utiliser des préservatifs ou n'avoir de rapports sexuels qu'avec un partenaire fidèle, non infecté.

Sources : Enquêtes démographiques et de santé, MEASURE ; Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, UNICEF.

Figure 4

gies relatives au VIH présupposent un monde idéal dans lequel chacun est égal et libre de faire des choix éclairés et de décider de ne pas avoir de rapports sexuels, de demeurer fidèle à son partenaire ou d'utiliser systématiquement le préservatif. En réalité, les femmes et les filles sont confrontées à toute une série de facteurs de risque associés au VIH et à une vulnérabilité qui ne concernent ni les hommes ni les garçons et qui sont souvent enracinés dans les rapports sociaux et les réalités économiques de leurs sociétés. Il n'est pas facile d'éliminer ou de modifier ces facteurs, mais s'ils ne le sont pas, les efforts déployés pour contenir et inverser l'épidémie de SIDA ont peu de chances de réussir de manière durable.

Les relations avec des partenaires multiples, avalisées par des 'cadeaux', constituent parfois une stratégie de survie essentielle pour de nombreuses femmes défavorisées. Poussées par la pauvreté et le désir d'une vie meilleure, de nombreuses femmes et filles se retrouvent à utiliser les rapports sexuels comme une marchandise pour échanger des biens, des services, de l'argent, un logement ou d'autres articles de première nécessité – souvent avec des hommes plus âgés (Halperin et Epstein, 2004). Ces rapports sexuels 'transactionnels' impliquent des relations sexuelles non matrimoniales, souvent avec des partenaires masculins multiples et

plus âgés et ils sont le reflet de la situation économique supérieure et de l'accès des hommes aux ressources, des difficultés des femmes à satisfaire leurs besoins fondamentaux et de la valeur culturelle que les hommes attribuent à la possession de partenaires sexuelles multiples (Jewkes et Wood, 2001).

En Afrique australe, région la plus touchée du monde, l'une des caractéristiques de l'épidémie est l'inégalité sociale et économique, non seulement entre riches et pauvres, mais aussi entre ces derniers. Le rapport entre la prévalence du VIH et les indicateurs socio-économiques est extrêmement complexe. Cependant, les inégalités sociales, qui viennent s'ajouter à l'appauvrissement généralisé et aux distorsions sociales créées par les systèmes du travail migrant et s'associer à une culture naissante de la consommation, constituent un terreau fertile pour des relations sexuelles transactionnelles d'exploitation, de 'survie' entre générations en Afrique australe (Groupe de travail du Secrétaire général de l'ONU sur les femmes, les filles et le SIDA en Afrique australe, 2004). Le système du travail migrant a considérablement aggravé la dépendance économique des femmes à l'égard de leurs partenaires masculins, et ceci beaucoup plus que dans d'autres parties du continent où les femmes jouent un rôle plus important dans la gestion des marchés

Jusqu'à ce que la mort nous sépare

Mettre en place des programmes qui tentent de persuader les jeunes filles de s'abstenir de rapports sexuels jusqu'au mariage ne rendra guère service à de nombreuses jeunes femmes. A certains endroits, le principal facteur de risque d'infection à VIH pour une femme est le fait qu'elle est fidèle à un conjoint qui a – ou a eu – d'autres partenaires sexuels. Parmi les jeunes filles de 15 à 19 ans sexuellement actives dans les villes de Kisumu (**Kenya**) et de Ndola (**Zambie**), une étude multicentre a relevé que les niveaux d'infection à VIH étaient de 10% plus élevés pour les filles mariées que pour les célibataires sexuellement actives (Glynn et al., 2001). Dans les zones rurales d'**Ouganda**, parmi les femmes de 15 à 19 ans infectées par le VIH, 88% d'entre elles étaient mariées (Kelly et al., 2003). La raison en est que les jeunes femmes, et notamment les adolescentes, épousent souvent des hommes beaucoup plus âgés qu'elles et que ces hommes ont une forte probabilité d'avoir eu d'autres partenaires et donc d'avoir été exposés au VIH.

Le fait que l'équilibre des forces dans de nombreuses relations penche du côté de l'homme peut avoir des conséquences extrêmement graves. Les femmes et les filles n'ont souvent pas le pouvoir de s'abstenir de rapports sexuels ou d'insister sur l'utilisation du préservatif – même si elles soupçonnent que l'homme a eu d'autres partenaires sexuels et pourrait être infecté par le VIH. Une étude en Zambie a par exemple montré que 11% seulement des femmes estimaient être en droit de demander à leur conjoint d'utiliser un préservatif – même s'il s'était révélé infidèle et séropositif au VIH. A Mumbai, en **Inde**, de nombreuses femmes estiment que les conséquences économiques à subir si elles quittent une relation à long terme qu'elles considèrent comme dangereuse prennent le pas sur les risques pour leur santé si elles restent (Gupta, 2002). Une récente étude conduite parmi des femmes en consultations prénatales à Soweto, **Afrique du Sud**, a montré que les femmes qui se trouvent dans des relations où l'homme exerce un pouvoir et un contrôle considérablement plus forts que le leur ont beaucoup plus de risque d'être infectées par le VIH (Dunkle et al., 2004). Il faut accorder une attention toute spéciale à la prévention de l'infection à VIH au sein du mariage. Les femmes partout dans le monde doivent disposer de plus de pouvoir et de compétences pour les aider à décider des conditions de leurs relations sexuelles, et, en parallèle, le risque de VIH chez leurs partenaires masculins doit être réduit (Stephenson et Obasi, 2004).

et dans d'autres formes d'activité commerciale. Dans cette sous-région, les occasions de production de revenus pour les femmes peu instruites sont particulièrement rares et les secteurs industriels dans lesquels les ouvrières prédominent (par exemple l'industrie du vêtement) ont été durement frappés par des pertes d'emplois liées aux modifications des tarifs et des subventions. La situation économique des femmes en a été encore davantage affaiblie, ce qui a aggravé les inégalités entre les sexes et peut-être accentué la vulnérabilité des femmes au VIH (Hunter, 2002).

Il est important de reconnaître que le sexe a aussi d'autres fonctions sociales et est lié au besoin que ressentent les individus de rechercher et d'exprimer leur confiance, à leur recherche de statut et d'estime de soi et à leurs efforts pour échapper à la solitude et à l'ennui. La recherche en **Afrique du Sud**, par exemple, indique que dans un contexte d'appauvrissement généralisé et de chômage élevé (ainsi qu'en l'absence de divertissements financièrement abordables), les relations sexuelles sont souvent l'occasion d'améliorer son estime de soi et son statut vis-à-vis de ses pairs et d'échapper à l'ennui (Jewkes, Vundule et Maforah, 2001). Ce qui rend ces activités si dangereuses pour tant de femmes, c'est que non seulement elles se jouent dans des régions où le VIH s'est fermement implanté, mais aussi dans des circonstances marquées par des inégalités criantes entre les sexes – où les hommes ont le dessus et où les normes sociales et les cadres juridiques renforcent encore ce pouvoir.

Il est essentiel de réduire les taux d'infection chez les femmes et les filles si l'on veut maîtriser le SIDA. Les programmes actuels de prévention n'y parviennent pas.

L'information et la sensibilisation ne suffisent pas. Pour que les efforts de prévention soient à long terme couronnés de succès, il doivent s'attaquer aux interactions entre les inégalités sexospécifiques et socio-économiques et la vulnérabilité au VIH. Les activités de prévention doivent tenir compte des conditions injustes dans lesquelles la plupart des femmes doivent mener leur vie. Les stratégies doivent aborder le fait que, pour des millions de personnes, les rapports sexuels peuvent être l'une des rares formes valorisées de capital dont elles disposent (Stephenson et Obasi, 2004 ; Cates, 2004). Une bonne partie des risques pris par les filles et les jeunes femmes est marquée par l'inégalité des rapports entre les sexes et de l'accès aux ressources, aux avantages, aux possibilités d'obtenir des revenus et au pouvoir social. Il faut faire

bien davantage pour assurer des moyens d'existence durables aux femmes et aux filles, en particulier celles qui vivent dans des ménages gérés par des femmes, afin qu'elles soient en mesure de se protéger de l'infection à VIH et de faire face à ses effets. Améliorer les chances économiques et le pouvoir social des femmes devrait faire partie intégrante des stratégies potentiellement fructueuses et viables de lutte contre le SIDA.

ATTENTION AUX DIFFÉRENCES D'ÂGE

Les rapports sexuels entre des femmes jeunes et des hommes considérablement plus âgés sont courants dans de nombreux pays, notamment en Asie, aux Caraïbes et en Afrique subsaharienne. Si en Asie ils se déroulent souvent dans le cadre de mariages (arrangés), dans de nombreux pays africains, le phénomène est plus diffus et souvent lié au prestige des familles qui s'associent à des fins d'avantages mutuels, ou à des économies de la nécessité. Les relations sexuelles transactionnelles et intergénérationnelles sont fréquemment mêlées. Les recherches dans certaines régions d'Afrique ont montré, par exemple, que les hommes plus âgés aident souvent les familles des jeunes filles à couvrir certains besoins essentiels, par exemple les frais de scolarité, le coût des transports et l'approvisionnement en nourriture (Buve, Bishikwabo-Nzarhaza et Mutangadura, 2002 ;

Gregson et al., 2002 ; Hallman, 2004 ; Luke et Kurz, 2002). Pourtant le coût caché peut être élevé. Les hommes dans la vingtaine et la trentaine sont plus susceptibles d'être infectés par le VIH, alors que la dépendance inhérente à ces relations limite la capacité des femmes à se protéger de l'infection à VIH, en particulier lorsque la perception de la 'pureté' des jeunes femmes encourage les hommes à ne pas employer de préservatifs (Gregson et al., 2002 ; Preston-Whyte et al., 2000). De plus, le risque de contracter l'infection au cours de rapports vaginaux sans protection est plus grand pour les femmes que pour les hommes, et c'est pour les jeunes filles que le risque est le plus grand, car la muqueuse du col de l'utérus n'est pas totalement formée.

En Afrique australe par exemple, les femmes et les filles sont souvent infectées par le VIH dès le début de leur activité sexuelle. Dans une étude conduite en **Zambie**, 18% des femmes affirmant qu'elles étaient vierges un an avant d'être testées pour le VIH se sont révélées séropositives au VIH, alors qu'en **Afrique du Sud**, 21% des filles de 16 à 18 ans sexuellement actives ont eu un test VIH positif. Il y a lieu de penser que la différence d'âge entre partenaires modifie le risque d'infection pour les jeunes femmes (Kelly et al., 2003). La prévalence du VIH était d'environ 16% parmi les adolescentes (15-19 ans) dans les zones rurales du **Zimbabwe**

VIH ET VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

La violence à l'encontre des femmes est un fléau mondial et un défi colossal pour les droits humains et la santé publique.* Elle accroît aussi la vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH. La recherche confirme une forte corrélation entre les abus sexuels et autres à l'encontre des femmes et leur risque d'être infectées par le VIH (Garcia-Moreno et Watts, 2000 ; Maman et al., 2000). En outre la crainte de la violence – non seulement celle des partenaires, mais de la

Il y a de fortes chances que les relations avec des hommes plus âgés soient fondées sur des rapports de force inégaux, qui rendent les filles vulnérables aux abus et à l'exploitation.

dont le dernier partenaire avait moins de cinq ans de plus qu'elles, mais elle était deux fois plus élevée pour les filles dont les partenaires avaient 10 ans de plus ou davantage (Gregson et al., 2002). A Kisumu, **Kenya**, parmi les femmes de trois ans ou moins plus jeunes que leur conjoint, aucune n'était infectée par le VIH, alors que la moitié des femmes dont le mari avait 10 ans de plus qu'elles ou davantage étaient séropositives au VIH.

Pour de nombreuses jeunes filles, la violence ou la coercition accompagne leur première expérience sexuelle. Selon des enquêtes, dans les zones rurales du **Pérou**, 24% des jeunes femmes ont affirmé que leur premier rapport sexuel s'était déroulé sous la contrainte, alors qu'en **Jamaïque**, un pourcentage important des filles (12% dans une enquête de 2001) qui avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 20 ans avaient été violées. En **Afrique du Sud**, une récente enquête nationale a révélé que 10% des jeunes femmes qui avaient une expérience sexuelle affirmaient y avoir été contraintes (Reproductive Health Research Unit et Medical Research Council, 2003). Une adolescente sur six participant à une étude en **Zambie** a déclaré avoir été contrainte d'avoir des rapports sexuels avec un homme à un moment ou un autre (Measure DHS, Central Statistical Office, Central Board of Health, 2002).

communauté tout entière – empêche les femmes d'accéder à l'information sur le VIH, de pratiquer un test VIH et de demander un traitement, même lorsqu'elles se doutent qu'elles ont été infectées.

La forme de violence la plus fréquente perpétrée à l'encontre des femmes, c'est la violence imputable à un partenaire intime. Au cours des enquêtes, entre un tiers et une moitié des femmes en **Namibie**, au **Pérou** et en **Thaïlande**, par exemple, ont affirmé avoir été agressées physiquement et/ou sexuellement par leurs partenaires (OMS, à paraître en 2005). Les femmes n'ont souvent aucun recours juridique dans des pays où les lois destinées à prévenir les violences au foyer n'existent pas ou sont mal appliquées.

La recherche a révélé des liens étroits entre la violence des partenaires intimes et la probabilité accrue d'une infection à VIH (Heise, Ellsberg et Gottemoeller, 1999). Un étude réalisée à Kigali, **Rwanda**, parmi des femmes vivant des relations stables a montré que les femmes séropositives au VIH avaient une probabilité plus élevée d'avoir des antécédents de violence physique et sexuelle imputable à leurs partenaires masculins que les femmes séronégatives au VIH (van der Straten et al., 1998). Parmi les femmes de moins de 30 ans dans une ville de **République-Unie de Tanzanie**, les femmes séropositives au VIH avaient une probabilité plus élevée d'avoir subi des violences

* Par violence à l'encontre des femmes, on entend plusieurs types de comportements, notamment la violence sexuelle (viol ou rapports contraints), l'agression sexuelle, la maltraitance psychologique (par exemple en empêchant une femme de voir sa famille et ses amis), le dénigrement, l'humiliation ou l'intimidation constants et les restrictions économiques (par exemple en empêchant une femme de travailler ou en confisquant son salaire).

physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire actuel que les femmes séronégatives au VIH (alors que, chez les femmes de plus de 30 ans, la sérologie VIH n'était pas associée à la violence) (Maman et al., 2002). Dans les consultations prénatales de Soweto, **Afrique du Sud**, l'infection à VIH était plus courante chez des femmes qui avaient subi les agressions sexuelles de leur partenaire que chez les autres (Dunkle et al., 2004).

Pour que les activités de prévention du VIH réussissent, elles doivent être réalisées en parallèle avec d'autres efforts destinés à combattre et réduire la violence à l'encontre des femmes et des filles. La violence à l'encontre des femmes et des filles n'est pas une affaire privée, mais une violation des droits humains fondamentaux qui a des conséquences économiques et sociales importantes pour les familles, les communautés et les nations. Il faut formuler et adopter des lois contre ce type de violence, adapter les structures d'application des lois et former les fonctionnaires afin de faire en sorte que ces lois ne restent pas lettre morte.

ÉDUCATION ET SOINS DE SANTÉ PEU ACCESSIBLES

Le déséquilibre du pouvoir auquel les femmes sont confrontées dans leurs relations est le reflet des inégalités sociales plus larges qui limitent l'autonomie et les chances des femmes. La plupart des pays africains et asiatiques ont fait de grands progrès dans l'élargissement des chances d'éducation – en particulier pour

que des niveaux plus élevés d'éducation étaient liés à une sensibilisation et une connaissance accrues concernant le SIDA, à des taux plus importants d'utilisation du préservatif et à une meilleure communication sur la prévention du VIH entre partenaires.

Mais le rapport entre éducation et VIH est complexe. Au **Burkina Faso**, les niveaux de VIH parmi les femmes enceintes étaient les plus élevés chez les femmes qui n'avaient suivi que l'école primaire ou qui n'avaient pas terminé l'école secondaire (2,9% et 2,6% respectivement). La prévalence était la plus faible chez les femmes qui avaient terminé l'école secondaire (1,6%) ou qui n'avaient jamais fréquenté l'école (1,9%) (Ministère de la Santé, Burkina Faso, 2003). Au **Ghana**, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes qui n'avaient qu'une éducation primaire était presque deux fois plus élevée (2,8%) que parmi celles qui n'avaient eu aucun enseignement de type scolaire (1,5%) et un tiers plus élevée (2,1%) que parmi celles qui avaient terminé l'école secondaire (Ghana Statistical Service et al., 2003). Par ailleurs, le dernier cycle de surveillance du **Nigéria** a montré que les niveaux d'infection étaient les plus élevés parmi les femmes enceintes qui n'avaient suivi que l'enseignement primaire (5,6%) et les plus bas chez celles qui avaient suivi l'enseignement supérieur et celles qui n'avaient suivi aucun enseignement de type scolaire (4% et 3,8% respectivement) (Ministère fédéral de la Santé, Nigéria, 2003). Le lien entre absence d'enseignement formel et faibles taux de VIH pourrait être en rapport avec des facteurs géogra-

Choisir de s'abstenir de rapports sexuels ou de se protéger n'est pas une option pour les millions de femmes de par le monde qui subissent le viol et les violences sexuelles.

les filles – après la fin de la période coloniale. Malgré ces progrès, il reste un fossé entre la fréquentation scolaire des filles et des garçons dans de nombreuses régions, notamment en Asie. En parallèle avec d'autres facteurs, dont l'aggravation de la pauvreté et l'inaccessibilité financière de l'école, le SIDA menace ces avancées dans les pays les plus touchés.

Inquiétantes en elles-mêmes, les tendances à la baisse de l'éducation ont également des conséquences pour la croissance de l'épidémie. L'éducation est une défense essentielle contre la propagation du VIH. Des études ont montré, par exemple en **Zambie**, que les niveaux d'infection à VIH étaient moins élevés parmi les individus mieux instruits (UNICEF, 2003b), et au **Kenya**

phiques ou autres. Toutefois, il est manifeste que le fait de terminer l'école secondaire est susceptible d'améliorer le pouvoir social, les chances d'emploi et l'autonomie économique des femmes et de réduire leur risque d'infection par le VIH.

Si le fait de suivre l'enseignement secondaire peut constituer un facteur de protection pour les filles, il est aussi regrettable d'avoir à noter que dans trop de régions, aller à l'école constitue aussi un risque pour elles. Un étude au **Zimbabwe** a révélé que les filles subissent un harcèlement et des violences sexuelles de la part à la fois des étudiants et des enseignants de sexe masculin. D'autres études, notamment au **Botswana**, en **Afrique du Sud**, au **Swaziland** et en

Zambie, ont rapporté des résultats analogues (Human Rights Watch, 2001).

L'accès à l'éducation – pour les filles comme pour les garçons – doit être élargi. L'abolition des frais de scolarité pourrait éliminer au moins un des obstacles à l'éducation universelle. Il est particulièrement important de mettre en place des programmes permettant aux filles d'aller jusqu'à la fin de l'école secondaire. Les données montrent que l'enseignement secondaire peut réduire considérablement la vulnérabilité des filles au VIH, car ces années d'école développent leurs compétences et améliorent leurs chances de parvenir à une plus grande indépendance économique. L'expérience faite dans plusieurs pays confirme que les subventions à la scolarité accroissent l'accès des filles à l'enseignement et apportent d'autres avantages aux filles et à leur famille. Il est aussi plus facile de les contrôler que d'autres formes de subventions. Des mesures doivent également être prises pour faire en sorte que l'école constitue un environnement sûr pour les filles. Des efforts concertés sont nécessaires pour élargir les compétences essentielles générales, ainsi que l'éducation à la santé sexuelle et reproductive et pour améliorer la formation des enseignants afin que ces sujets soient enseignés avec efficacité.

ACCÈS INSUFFISANT AUX OPTIONS DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT

Les femmes ont beaucoup plus de risques que les hommes de contracter le VIH lors d'un seul acte sexuel non protégé avec un partenaire infecté par le VIH. Mais le fait que les femmes aient ou non des rapports sexuels et que ces derniers soient protégés ou non dépend souvent des décisions et des comportements

de leurs partenaires masculins. Malheureusement, aucune méthode de prévention contrôlée par les femmes n'est encore largement disponible. Le préservatif féminin offre une protection à un nombre croissant de femmes, mais il exige toujours une part de négociation et la coopération de l'homme. Il est également beaucoup plus coûteux que le préservatif masculin et, malgré certains signes montrant que son utilisation est en hausse, il n'est encore ni largement disponible ni accepté sur le plan social. Les microbicides, qui auraient une activité anti-VIH et pourraient être produits sous forme de gels, de crèmes, de suppositoires et d'anneaux, offrent de grands espoirs pour la prévention contrôlée par les femmes. Plusieurs pays participent maintenant à des essais de microbicides expérimentaux. Les microbicides (voir encadré) permettraient aux femmes de contrôler leur santé reproductive (même si les efforts pour éliminer les inégalités sous-jacentes devront être poursuivis).

La très grande majorité des enfants vivant avec le VIH contractent l'infection par leur mère au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement. En Afrique subsaharienne, environ 1,9 million [1,7 million-2,3 millions] d'enfants (de moins de 15 ans) vivaient avec le VIH à fin 2004 – près de 8% du total des personnes vivant avec le VIH dans la région (ONUSIDA, 2004). Nombre de ces infections pourraient être évitées si les femmes ne contractaient pas l'infection ou si celles qui sont infectées avaient accès au test VIH et à une prophylaxie antirétrovirale offerte également à leur nouveau-né. Mais trop souvent, les services de conseil et de test volontaires permettant de connaître sa sérologie VIH en dehors d'une grossesse n'existent toujours pas ; actuellement 1% à peine des femmes enceintes des pays fortement

Mettre au point et distribuer des microbicides

Les microbicides offrent la promesse d'un outil de prévention que les femmes pourraient contrôler. La modélisation indique qu'un microbicide même efficace à 60% seulement pourrait avoir un effet important s'il était introduit dans les 73 pays du monde aux revenus les plus faibles. Si un tel produit était utilisé par 20% seulement des femmes déjà en contact avec les services de santé, il permettrait d'éviter 2,5 millions de nouvelles infections parmi les femmes, les hommes et les enfants en trois ans.

Un microbicide de première génération pourrait être prêt à la distribution d'ici cinq à sept ans. Mais pour que cela se produise, les investissements dans la recherche et la mise au point de microbicides doivent être rapidement et considérablement élargis afin que des microbicides peu coûteux et très efficaces dotés de nouveaux mécanismes d'action puissent être testés dans des sites expérimentés à forte incidence. Actuellement, la structure d'encouragement du marché privé n'apporte pas suffisamment de fonds pour les microbicides, malgré le fait que les estimations suggèrent qu'un produit efficace pourrait représenter d'ici à 2020 un marché de 1,8 milliard de dollars (Access Working Group, 2000). Des ressources considérablement accrues sont nécessaires pour faire en sorte que les essais des microbicides candidats les plus prometteurs puissent se dérouler sans délai et que le travail préparatoire à une distribution efficace des produits s'effectue dès maintenant.

touchés bénéficient de services consacrés à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Ces programmes sont actuellement élargis dans la plupart des pays fortement touchés, notamment en Afrique subsaharienne, mais rares sont ceux qui fournissent également un traitement antirétroviral aux mères qui auraient besoin d'un traitement au long cours.

Sur le plan international, les hommes ont généralement un meilleur accès à la prise en charge et au traitement du SIDA, là où les traitements sont surtout dispensés par le secteur privé et dans le cadre des essais de médicaments. C'est une fois encore un indicateur des nombreux autres avantages dont bénéficient les hommes. En Afrique subsaharienne, l'accès global aux traitements pour les hommes comme pour les femmes reste cruellement insuffisant, touchant 150 000 personnes en juin 2004 (OMS, 2004). L'accès au conseil et au test volontaires pose toujours un important problème aux filles et aux femmes qui ne fréquentent pas les services de santé reproductive ainsi qu'aux hommes qui tendent à moins utiliser les centres de santé publique que les femmes. Avec l'élar-

pas interdits aux filles de moins de 18 ans qui n'ont pas le consentement de leurs tuteurs ou les papiers d'identité requis. Une plus forte participation des femmes aux essais cliniques de nouveaux traitements médicamenteux est également nécessaire.

LE FARDEAU DES SOINS S'ACCROÎT

Le SIDA souligne et aggrave les inégalités dans la division du travail et les responsabilités au sein des foyers. L'Afrique australe compte déjà la plus grande proportion de ménages gérés par des femmes sur le continent – environ 34% des ménages avec enfants de cette sous-région sont gérés par des femmes, par rapport à 18% en Afrique centrale et de l'Ouest et 21% en Afrique de l'Est (UNICEF et ONUSIDA, 2003). La plus grande partie de la prise en charge est effectuée au sein des ménages (en Afrique subsaharienne, on estime que 90% des soins liés au SIDA sont dispensés à domicile), et les femmes assument une part disproportionnée du poids de ces responsabilités (Ogden et Esim, 2003).

Avec l'augmentation des décès dus à l'épidémie, le nombre de grands-mères qui s'occupent aujourd'hui d'orphelins est plus important qu'il ne l'était il y a 10 ans.

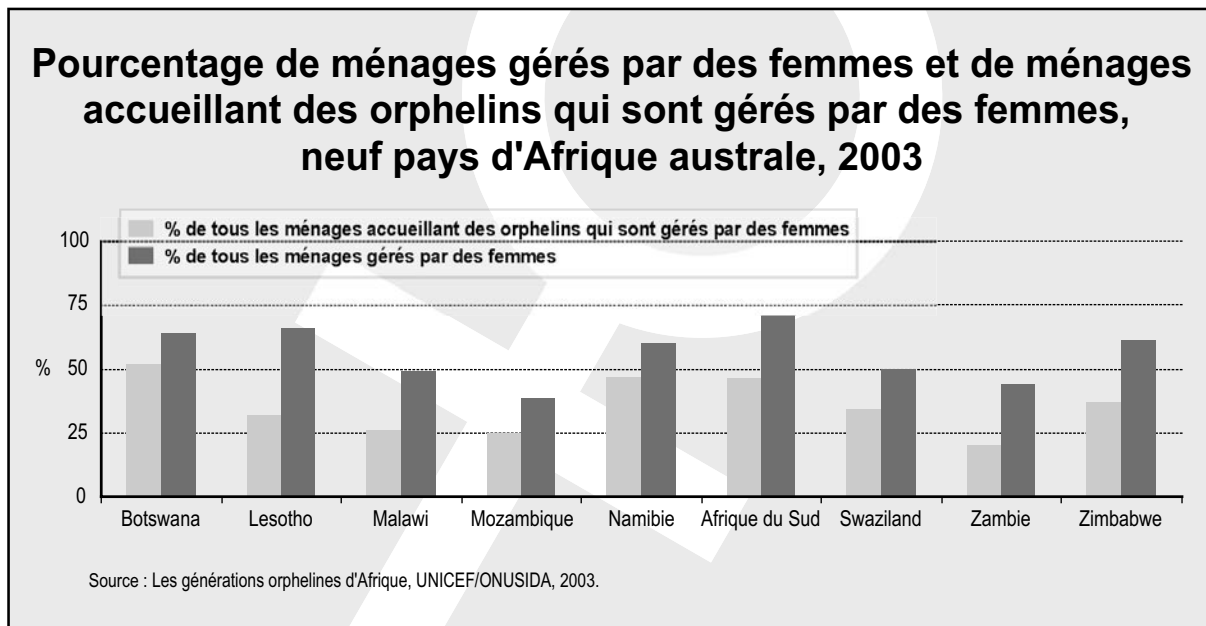
gisement des programmes de traitement partout dans le monde, il est préoccupant de penser qu'un grand nombre de femmes n'auront pas la possibilité de connaître leur sérologie et de recevoir un traitement car elles craignent que leurs partenaires apprennent leur séropositivité, s'il s'avère qu'elles sont séropositives au VIH.

Il faut identifier et surmonter les obstacles qui s'opposent à l'accès des femmes aux traitements et à la prise en charge. On pourrait notamment renforcer les services de santé sexuelle et reproductive et améliorer les points d'entrée permettant aux femmes d'accéder aux services de traitement et de prise en charge en améliorant les systèmes d'orientation-recours. En intégrant les services de traitement des infections sexuellement transmissibles dans les activités de planification familiale, la crainte de la censure sociale exprimée par les femmes pourrait être réduite et la fréquentation des services accrue. Il faut également intensifier les efforts déployés pour réduire la stigmatisation liée au VIH. Des mesures sont en outre nécessaires pour faire en sorte que les services de conseil et de test volontaires ainsi que les traitements ne soient

En général, ce sont les femmes et les filles qui dispensent la majorité des soins à domicile (au **Viet Nam**, par exemple, les femmes constituent 75% de tous les soignants des personnes vivant avec le VIH) et de plus la probabilité est grande qu'elles accueillent des orphelins, s'occupent des récoltes et trouvent d'autres sources de revenus pour maintenir le ménage à flot (Ogden et Esim, 2003). En **Afrique du Sud**, une enquête effectuée dans trois provinces a trouvé que près de trois quarts des ménages touchés par le SIDA étaient gérés par des femmes dont une proportion importante étaient elles-mêmes confrontées à des maladies liées au SIDA (Steinberg et al., 2002). La pauvreté et l'état alarmant des services publics dans de nombreuses régions s'associent au SIDA pour faire du fardeau de la prise en charge assumé par les femmes une crise aux conséquences sociales, sanitaires et économiques d'une grande portée.

Les femmes paient un prix qui va au-delà du labeur et de l'affliction immédiats. Au fur et à mesure que leur temps et leur énergie sont absorbés toujours davantage par les soins, leurs chances de poursuivre leur instruction, de parvenir à une certaine indépendance

Figure 5



financière grâce à l'obtention d'un revenu, ou de développer leurs compétences s'évanouissent. En Afrique du Sud, plus de 40% des ménages touchés indiquent que le dispensateur de soins principal avait dû prendre congé au travail ou à l'école pour d'occuper d'un malade du SIDA. Des familles entières sont touchées lorsque les femmes doivent se détourner de leurs autres tâches de production. La plupart des ménages étudiés en Afrique du Sud étaient déjà pauvres – certains extrêmement pauvres – avant l'apparition du SIDA. L'épidémie a aggravé leur situation. Ils indiquent que le fait d'avoir à faire face aux maladies liées au SIDA entraîne en moyenne une chute de deux tiers du revenu du ménage (Steinberg et al., 2002). Une recherche en **Tanzanie** a montré que les femmes consacrent jusqu'à 50% moins de temps aux travaux agricoles lorsque leur conjoint est gravement malade (Rugalema, 1999). Par ailleurs, l'accès à des ressources productives, telles que la terre, le crédit, la connaissance et les compétences, la formation et la technologie est souvent déterminé en fonction de l'appartenance sexuelle, les femmes subissant généralement une discrimination.

Il est fréquent que les familles disparaissent lorsqu'une femme adulte décède – comme ce fut le cas dans deux tiers des ménages étudiés au Manicaland (**Zimbabwe**) (Mutangadura, 2000). Une grande partie du fardeau provoqué par le décès d'une femme adulte tend à se répercuter sur d'autres femmes, généralement plus âgées, qui interviennent pour s'occuper des enfants, comme l'ont montré

plusieurs études (Steinberg et al., 2002 ; UNICEF et ONUSIDA, 2003).

Dans de nombreux pays, les familles dirigées par des femmes – dont celles qui sont gérées par des femmes âgées – ont davantage tendance à recueillir des orphelins et à les accueillir en plus grand nombre que les ménages gérés par des hommes, comme le montre la Figure 5. Avec l'augmentation des décès dus à l'épidémie, le nombre de grands-mères qui s'occupent aujourd'hui d'orphelins est plus important qu'il ne l'était il y a 10 ans. On estime que les grands-mères du **Botswana** par exemple, s'occupent de la moitié environ des enfants qui ont perdu leur mère ou leur père (UNICEF et Ministère du Gouvernement local, Botswana, 2003).

Les systèmes sociaux de la plupart des pays les plus touchés ne sont pas suffisamment solides pour atténuer ce fardeau. En conséquence, les ménages pauvres – et notamment les femmes et les filles qui y vivent – n'ont que peu de chances d'accéder à un soutien extérieur qui pourrait amortir une grande partie de l'impact de l'épidémie. Les familles, les communautés et les gouvernements ne doivent pas compter uniquement sur le courage et la résilience des femmes pour fournir des dispositifs viables de protection sociale. Qu'elles s'occupent des malades, labourent les champs, gagnent un salaire ou travaillent comme bénévoles, les femmes et leur travail sont une composante essentielle des économies des ménages et des nations. Le fardeau supplémentaire du SIDA représente des coûts non seulement pour les

femmes et leur famille mais pour les économies dans leur ensemble – et ce fardeau doit être allégé. Les programmes de soins à domicile liés au SIDA doivent être élargis au-delà de la prise en charge médicale et infirmière pour intégrer le conseil, l'aide alimentaire, l'assistance sociale, les subventions à la scolarisation et des possibilités d'obtention de revenus qui profitent aux familles. Il faut aussi une protection sociale et un appui économique pour les personnes âgées et celles qui s'occupent des orphelins – ainsi que des procédures administratives facilitées pour accéder aux retraites et aux allocations familiales, qui sont souvent le soutien de familles entières (HelpAge International, 2004).

FEMMES PRIVÉES DE LEURS DROITS D'HÉRITAGE ET DE PROPRIÉTÉ

La vulnérabilité des femmes au VIH est encore aggravée par l'inégalité des droits à la propriété et à l'héritage. La situation de ces droits varie considérablement d'un endroit à l'autre du monde. Dans les régions en développement, une grande partie de l'Amérique latine dispose de normes relatives à l'héritage plutôt égalitaires selon le sexe, même si certaines initiatives de réforme agraire et de réinstallation après guerre ont laissé de côté les questions sexospécifiques. En Asie du Sud, il reste des inégalités sexospécifiques criantes dans le domaine du contrôle de la propriété et d'autres actifs, malgré les efforts déployés pour élargir les droits des femmes. Dans une bonne partie de l'Afrique subsaharienne, la propriété est généralement aux mains des hommes, les femmes obtenant parfois des droits par mariage. Dans de nombreux pays africains, des régimes juridiques multiples se chevauchent, associant les anciennes lois coloniales, la loi constitutionnelle plus récente et la loi coutumière qui existe toujours (et dans certains endroits la charia). En Afrique australe, les modifications de la loi coutumière au cours de la période coloniale, par exemple, ont souvent entraîné une interprétation de la loi au détriment des droits des femmes. Les administrations coloniales ont ajouté les concepts de propriété privée et un système patriarcal rigide aux pratiques traditionnelles relatives à la propriété, ce qui a contribué à transformer le principe selon lequel les hommes administraient et héritaient la propriété au bénéfice du clan en droit d'appropriation de la propriété sans obligations correspondantes (Women and Law in Southern Africa Research Trust, 1998).

Le prix à payer pour la fiancée au moment du mariage renforce le contrôle qu'ont les hommes sur les femmes et la propriété ; dans certains pays, les femmes restent juridiquement mineures même après leur mariage (Human Rights Watch, 2003). Il en résulte un statu quo qui trop souvent ne reconnaît ni ne soutient les droits des femmes à la propriété, ce qui réduit leur sécurité économique et peut les pousser à supporter des relations abusives ou à se livrer au commerce du sexe pour survivre. Dans certains pays, les femmes dont le partenaire meurt du SIDA sont dépouillées de leur propriété par la parenté de leur conjoint, ce qui les plonge dans une insécurité encore plus grande (Human Rights Watch, 2003a ; Drimie, 2002).

Ne possédant pas le droit applicable de posséder ou d'hériter des terres et de la propriété, les femmes et les filles risquent l'indigence après la mort de leurs partenaires ou de leurs parents, et la pauvreté et la dépendance économique les exposent encore davantage à l'exploitation et à la violence sexuelle (Strickland, 2004). Une étude conduite par la FAO en **Namibie** a montré que 44% des veuves perdaient leur bétail, 28% perdaient leur petit bétail et 41% perdaient le matériel agricole dans des disputes avec leur belle-famille après la mort de leur conjoint (Kaori, 2004). Même si certains pays sont dotés de protections juridiques, la réalité est que la plupart des femmes restent sans recours. Des fonctionnaires récalcitrants ou indifférents, des femmes qui elles-mêmes ne connaissent pas leurs droits et craignent les violences, ainsi que la stigmatisation sociale qui s'attache au maintien d'une revendication signifient qu'un grand nombre d'entre elles acceptent de se laisser déposséder (Human Rights Watch, 2003a et 2003b).

Il faut adapter les systèmes juridiques afin de fixer et de soutenir les droits des femmes à la propriété et à l'héritage et créer des précédents juridiques grâce à des affaires-tests. Ceci pourrait contribuer à atténuer l'impact économique du SIDA pour les familles. En outre, en augmentant l'indépendance économique des femmes, il est possible de réduire leur vulnérabilité à la violence de leur partenaire intime, aux relations sexuelles intergénérationnelles et transactionnelles, ainsi qu'à d'autres facteurs de risque liés au VIH. Mais à elle seule, la législation ne suffit pas. Il convient aussi d'accroître la sensibilisation de la population à ces questions. Il faut documenter les droits des femmes à la terre et au logement ainsi que la sécurité de jouissance, en particulier dans les zones à forte prévalence du VIH. Il est crucial que les autorités

et les leaders traditionnels participent à ces efforts, notamment parce qu'ils ont le pouvoir d'interpréter et d'adapter les lois coutumières de manière à favoriser les droits des femmes.

ELARGIR LA PERSPECTIVE

Des stratégies sont nécessaires pour s'attaquer à la dynamique structurelle de l'épidémie de SIDA – en particulier aux inégalités sexospécifiques très étendues qui contribuent à la propagation du VIH. L'une des premières mesures nécessaires, c'est de mieux comprendre le problème. Les programmes nationaux devraient faire en sorte de ventiler par sexe les données concernant l'épidémie. Ceci permettrait une analyse plus précise de l'importance des rapports entre les sexes dans l'épidémie et mettrait en avant tout ce que le SIDA exige des femmes et des filles ainsi que des hommes et des garçons – information essentielle pour améliorer l'efficacité des programmes sur le SIDA.

Il est tout aussi important que les femmes soient étroitement associées à la conception et au fonctionnement des programmes censés les aider. Ceci s'applique en particulier aux femmes vivant avec le VIH, dont la contribution au renforcement des ripostes à l'épidémie peut être unique. En outre, le soutien des organisations fortes de la société civile, notamment les groupes féminins et de jeunesse, pourrait améliorer la portée, la transparence et l'efficacité des programmes SIDA.

Dans tous ces efforts, les hommes et les garçons doivent jouer un rôle plus important. Les hommes définissent actuellement dans une large mesure le monde dans lequel vivent les femmes ; de ce fait, ils doivent être des partenaires du changement social. Les programmes destinés aux femmes doivent aussi apprendre à intégrer les hommes en tant que partenaires afin de contribuer à soutenir les structures sociales qui aident le plus les femmes. La participation des hommes aux soins à domicile et à d'autres programmes de soutien serait un des moyens par lesquels ils pourraient assumer leur responsabilité pour la santé et le bien de leurs communautés et de leurs sociétés. Les hommes et les garçons sont dans une position idéale pour mettre en question et modifier les stéréotypes pernicieux de la masculinité, pour affronter le fléau que représente la violence à l'égard des femmes et pour assumer leur part de responsabilité dans la prévention du VIH et la protection, en particulier dans le cadre des rapports intimes.

Tout cela constitue un défi colossal. Se contenter d'activités provisoires déterminées par la crise pourrait apporter un soulagement temporaire, mais ce sera insuffisant à long terme si les conditions qui contribuent à la propagation du VIH ne sont pas modifiées. Cela ne signifie pas seulement que l'épidémie ne sera vaincue que lorsque l'égalité entre les sexes sera instaurée. Mais les progrès sur ce front contribueront presque certainement à réduire l'ampleur, la gravité et la durée de l'épidémie mondiale de SIDA.

La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA

La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA a été lancée par l'ONUSIDA au début 2004, pour faire connaître les effets du VIH et du SIDA sur les femmes et les filles et encourager des actions efficaces susceptibles de réduire cet impact. La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA n'est pas une nouvelle organisation, mais un mouvement composé d'individus, de réseaux et d'organisations soutenu par des activistes, des leaders, des représentants des pouvoirs publics, des agents communautaires et des personnalités connues. Son action porte sur sept domaines :

- Prévenir l'infection à VIH parmi les adolescentes ;
- Réduire la violence à l'encontre des femmes ;
- Protéger les droits des femmes et des filles à la propriété et à l'héritage ;
- Assurer un accès équitable des femmes et des filles à la prise en charge et aux traitements ;
- Soutenir l'amélioration des soins communautaires, en s'attachant tout particulièrement aux femmes et aux filles ;
- Encourager l'accès aux nouvelles options de prévention, notamment le préservatif féminin et les microbicides ; et
- Soutenir les efforts en cours pour assurer l'éducation universelle des filles.

Pour d'autres informations, s'adresser à l'ONUSIDA ou visiter le site <http://womenandaids.unaids.org>