

Genre, VIH et Droits Humains

Manuel de formation

Madhu Bala Nath
Conseillère de ONUSIDA/UNIFEM en Genre & VIH

Avant-propos

Le monde connaîtrait-il aujourd'hui une grave épidémie du SIDA, si les inégalités sexuelles étaient moins prononcées? Si un plus grand nombre de femmes avaient un contrôle accru des questions liées à leur santé reproductive et sexuelle? Si elles jouissaient d'un accès accru aux opportunités économiques et aux ressources, pour ne pas éprouver le besoin d'avoir recours à des activités dans lesquelles elles sont exploitées? Si un plus grand nombre d'hommes étaient prêts à accepter la charge de la prévention de la transmission du VIH et des soins aux membres de la famille qui sont séropositifs au VIH?

A l'orée du 21^{ème} siècle, plus de 33 millions d'adultes vivent avec le VIH, le virus responsable du SIDA. Autrefois maladie touchant en grande partie les hommes dans des populations distinctes, le VIH est en train d'infecter les femmes beaucoup plus rapidement que les hommes dans des régions stratégiques, telles que l'Afrique subsaharienne. L'écart entre le pourcentage d'hommes et de femmes infectés par le VIH se réduit dans nombre de pays du globe. Les preuves empiriques existantes montrent qu'au cœur de l'épidémie figurent les facteurs macroéconomiques et politiques qui creusent les inégalités entre les sexes, et ont une incidence directe sur la rapide progression de l'épidémie. L'expérience a prouvé que les projets à assise communautaire portant sur le SIDA, qui renforcent le pouvoir économique et décisionnel des femmes – en partenariat avec les hommes – font merveille à la fois pour prévenir la transmission du virus et pour renforcer les capacités de ces dernières à prendre soin des personnes affectées par cette maladie. Il en va de même des politiques macroéconomiques et stratégiques visant à améliorer la condition des femmes au sein de leurs communautés et dans le monde du travail.

Le VIH/SIDA demande une réponse qui tienne compte des sexospécificités. La préparation du présent manuel répond à ce besoin. Il vise à aider les formateurs à améliorer leur connaissance des dimensions de genre du VIH/SIDA, pour pouvoir par la suite influencer de manière efficace une masse critique de personnes chargées d'apporter les changements dans leurs "sphères d'influence", afin qu'elles mettent en place des réponses appropriées aux défis que pose l'épidémie.

Ce manuel montre que ni le SIDA, ni les disparités hommes-femmes, ne sont imbattables. Il s'appuie sur plus d'une décennie d'expérience sur le terrain, puisant dans les enseignements tirés, les analysant et en faisant une synthèse, dans le cadre conceptuel du genre et des droits humains.

Nous espérons que ce manuel sera précieux pour ses utilisateurs.

Dr. Peter Piot
Directeur Exécutif
UNAIDS

Ms. Noeleen Heyzer
Directeur Exécutif
UNIFEM

Dr. Nafis Sadik
Directeur Exécutif
FNUAP

Sommaire

Page de garde

Avant-propos

Sommaire

Introduction

Section I – Les défis posés par l'épidémie de VIH/SIDA: le contexte du genre et des droits humains

VIH: Les rudiments de la maladie

Résumé de l'épidémie à travers le monde

Vue d'ensemble régionale

VIH: une épidémie galopante

Des victoires remportées de haute lutte

Qu'est-ce que le Genre?

VIH: une question de genre

VIH/SIDA: les hommes font la différence

VIH: une question de droits humains

Section II – Préoccupation liées au genre concernant le VIH et le développement

Introduction

Programme

- | | |
|-----------|--|
| Session 1 | Introduction et indication des attentes |
| Session 2 | Préoccupations liées au genre dans le VIH/SIDA et le Développement |
| Session 3 | Implications des rapports de sexe |
| Session 4 | Silhouettes démographiques |
| Session 5 | Introduction du VIH dans la salle |
| Session 6 | Planifier l'avenir |
| Session 7 | Evaluation et Clôture |

Section III – Genre et VIH/SIDA: approche par les droits de l'homme

Introduction

Programme

Jour Un

- Session 1 Introduction et indication des attentes
- Session 2 Genre et VIH/SIDA – Situation de l'épidémie
- Session 3 Il a le VIH/Elle a le VIH – Analyse dans le cadre des droits humains
- Session 4 Le droit d'être en bonne santé – Exploration de l'aspect normatif
- Session 5 Face-à-face avec la réalité

Jour Deux

- Session 6 Impératifs fondamentaux auxquels sont confrontés les hommes et les femmes
- Session 7 Primauté du droit et Rôle des médias
- Session 8 Pistes futures
- Session 9 Evaluation et clôture

Section IV – Enseignements de l'atelier

Enseignements

Section V – Annexes

Questionnaires

PRESENTATION DU MANUEL

Le présent manuel est le produit d'un processus interactif et enrichissant. Près de 200 rapports sur la recherche indicative dans diverses régions du monde ont été analysés, et les informations synthétisées de manière à pouvoir aider le lecteur à comprendre les dimensions de genre du VIH/SIDA. Les rapports examinés n'ont pas forcément tenu compte des sexospécificités, mais offraient parfois des aperçus qui amélioreraient la connaissance des diverses façons dont l'épidémie a affecté et continue d'affecter la vie et les moyens d'existence des hommes, femmes et enfants du monde entier.

Le manuel se divise en quatre sections:

- (a) Section I – Défis posés par l'épidémie de VIH/SIDA: Le contexte du genre et des droits humains: Cette section souligne Les rudiments de l'épidémie et les défis de plus en plus nombreux à l'échelon mondial, national et régional de l'épidémie de VIH/SIDA, dans un cadre tenant compte du genre.
- (b) Section II – Préoccupations liées au genre, concernant le VIH et le Développement: Cette section donne les grandes lignes d'un module de formation d'une journée, sur le thème " Préoccupations liées au genre, concernant le VIH et le Développement." Y sont décrits la structure, le programme et la méthodologie des différentes sections, des supports de formation et des notes au facilitateur.
- (c) Section III – Genre et VIH/SIDA: Une approche par les droits humains: Cette section donne les grandes lignes d'un module de formation de deux jours, sur le thème " Genre et VIH/SIDA: Une approche par les droits humains." Y sont décrits la structure, le programme et la méthodologie des différentes sections, des supports de formation et des notes au facilitateur.
- (d) Section IV – Les enseignements des ateliers: Cette section présente les aperçus qu'à permis l'utilisation de ce module sur diverses régions du monde. Ces aperçus sont donnés du point de vue du facilitateur, mais aussi du point de vue des participants.

Le manuel offre une série d'outils pédagogiques présentés dans un mode d'apprentissage linéaire. Cependant, ces outils peuvent être utilisés individuellement et de façon non séquentielle, en fonction des objectifs pédagogiques qu'espère atteindre le formateur, et du temps disponible.

Les outils ont été élaborés en se basant sur les informations qualitatives et quantitatives générées par l'analyse épidémiologique, ainsi que les expériences de recherche indicative dans diverses régions du monde. Un effort a été fait pour assurer la neutralité culturelle de l'expérience pédagogique, en présentant des faits et discussions universels.

Parce que l'épidémie du VIH/SIDA est une épidémie qui suit son cours, les utilisateurs du manuel devront le mettre à jour d'une façon régulière, en se fondant sur les informations disponibles auprès de sources comme l'ONUSIDA, les publications des Nations Unies, et l'Internet.

Madhu Bala Nath
Conseillère de ONUSIDA/UNIFEM en Genre & VIH

SECTION I

DEFIS DE L'EPIDEMIE DU HIV/SIDA: LE CONTEXTE DU GENRE ET DES DROITS HUMAINS

VIH: LES RUDIMENTS DE LA MALADIE

i. VIH - Virus d'immunodéficience humaine

- Le VIH est un rétrovirus.¹
- Le VIH s'attaque au système immunitaire, qui aide le corps à se défendre contre les infections. Au bout d'un certain temps, le virus l'emporte sur le système immunitaire. Le corps n'est alors plus en mesure de se défendre avec succès contre des infections opportunistes².
- Le virus vise une cellule appelée lymphocyte T4.
- On peut l'isoler à partir du sang, du sperme, et des sécrétions cervicales et vaginales, du lait maternel, de la salive, des larmes et des urines. Cependant, pour la transmission effective de l'infection, il faut une certaine charge virale³.

ii. SIDA – syndrome d'immunodéficience acquise

- C'est un état qui met la vie en danger, et qui se caractérise par la destruction de certaines cellules, principalement les lymphocytes T4. Cette destruction entraîne des infections opportunistes, graves et au bout du compte mortelles.
- Le temps entre l'infection par le VIH et le développement du SIDA varie d'une personne à l'autre. La personne peut rester saine de quelques années à plus d'une dizaine d'années avant de développer des symptômes associés au SIDA.
- Si l'analyse de sang révèle qu'une personne est porteuse du VIH, cela ne veut pas forcément dire qu'elle est atteinte du SIDA.

iii. Modes de transmission

- Rapports sexuels
- Transmission verticale liée à la grossesse
- Transfusion sanguine
- Partage d'aiguilles infectées servant aux drogues injectables.

iv. Le VIH n'est pas transmissible par:

- Contact occasionnel de tous les jours, par exemple poignées de mains, accolades, embrassades, toux, éternuements.

¹ Un virus renfermant de l'ARN plutôt que de l'ADN. Pour que le virus se reproduise à l'intérieur d'une cellule infectée, il doit convertir son ARN en ADN. Pour cela, il utilise une enzyme appelé transcriptase inverse.

² Au cours de notre vie, nous sommes tous soumis dès l'enfance à des infections que contrôlent nos propres systèmes immunitaires. Lorsque le VIH élimine le système immunitaire d'un individu, ces infections peuvent apparaître, par exemple la tuberculose, tandis que d'autres peuvent ne jamais provoquer de maladies tant que le système immunitaire n'est pas affaibli, par exemple la rétinite à CMV. Ces infections qui font passer le patient du statut de porteur du VIH à celui de sidéen, sont appelées infections opportunistes.

³ La charge virale est la quantité de VIH par millilitre de sang.

- Don de sang
- Utilisation de piscines communes ou de sièges de toilettes publiques
- Partage de draps, de couverts, de nourriture
- Animaux, moustiques, et autres insectes.

v. Origine et genèse

- Fin des années 70, début d'identification par les médecins d'une nouvelle forme de maladie.
- 1981 – reconnaissance du SIDA comme un syndrome (groupe de symptômes ayant la même cause pour origine) de maladies.
- 1983 – identification du VIH.
- 1984 – Isolation du VIH en France et aux Etats-Unis.⁴
- 1985 – disponibilité du test VIH d'anticorps du sperme pour diagnostiquer le VIH.

vi. Diagnostique

- Possibilité de détecter les anticorps du VIH grâce au test d'anticorps du VIH environ 3 à 6 mois après l'infection.
- La période au cours de laquelle les anticorps ne sont pas encore détectés est appelée la période de silence sérologique. La transmission de l'infection peut survenir durant cette période.
- La recherche se fait par le test ELISA. En cas de positivité du test, on effectue un deuxième test de confirmation, utilisant la technique Western Blot, ou des Anticorps Fluorescents.
- La période d'incubation du SIDA est la période entre l'infection et le début des symptômes. Elle varie d'un individu à un autre.

vii. Traitement du VIH

Le VIH étant un rétrovirus, les médicaments prescrits sont essentiellement des antirétroviraux. Le traitement est à base d'une trithérapie combinant trois médicaments, qui sont:

- les NRTI: Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse.....⁵
- les NNRTI: Inhibiteurs non nucléosidique de la transcriptase inverse.....⁶

⁴ France – Luc Montagnier et al, 1983. Etats-Unis – Robert Gallo et al, 1984.

⁵ Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse: Rétrovir (AZT/Zidovudine), Videx (ddi/didanosine), Zerit (d4T/Stavudine), Hivid (ddC/Aziciabine), Epivir (3TC/Lamivudine)

⁶ Inhibiteurs non nucléosidique de la transcriptase inverse: Delavirdine (Rescriptor), Nevirapine (Viramune)

La Transcriptase inverse est une enzyme qui modifie le VIH de sorte qu'elle puisse faire partie du noyau d'une cellule cible, lui permettant ainsi de se reproduire. Les NRTI et NNRTI inhibent (ralentissent) l'action de l'enzyme. Si l'enzyme ne fait pas son travail correctement, cela empêche le VIH de s'en emparer et de commencer à se reproduire.

c) Les PI: Inhibiteurs de protéases⁷

Ils ralentissent la protéase de l'enzyme, qui agit sur le virus du VIH à sa sortie du noyau de la cellule. La protéase agit comme une paire de ciseaux chimiques en coupant les longues chaînes des protéines du VIH en plus petits morceaux, pour qu'il puisse se reproduire activement. Les inhibiteurs de protéase gomme (bloquent) les ciseaux de la protéase.

d) Les Médicaments Prophylactiques

Ils aident à prévenir les infections opportunistes en cas d'affaiblissement du système immunitaire, par exemple Foscarnet et Ganciclovir pour traiter les infections oculaires Cytomegalovirus, le Fluconazole pour traiter les mycoses et autres infections fongiques, le TMP/SMX ou Pentamidine pour traiter la Pneumocystis Carinii Pneumonia.

⁷ Inhibiteurs de protéases: Indinavir (Crixivan), Nelfinavir (Viracept), Ritonavir (Norvir), Saquinavir (Invirase/Fortovase)

RESUME DE L'EPIDEMIE DU HIV/SIDA A TRAVERS LE MONDE⁸

Nouvelles infections au VIH en 1999	Total Adultes Hommes <i>Femmes</i> Enfants <15 ans	5,6 millions 5 millions 2,7 millions <i>2,3 millions</i> 570 000
Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA	Total Adultes Hommes <i>Femmes</i> Enfants <15 ans	33,6 millions 32,4 millions 17,6 millions <i>14,8 millions</i> 1,2 million
Décès dus au SIDA en 1999	Total Adultes Hommes <i>Femmes</i> Enfants <15 ans	2,6 millions 2,1 millions 1 million <i>1,1 million</i> 470 000
Nombre total de décès dus au SIDA depuis le début de l'épidémie	Total Adultes Hommes <i>Femmes</i> Enfants <15 ans	16,3 millions 12,7 millions 6,5 millions <i>6,2 millions</i> 3,6 millions

⁸ Mise à jour de l'Epidémie du SIDA: décembre 1999.

APERCU REGIONAL DE L'EPIDEMIE

Région	Début épidémie	Adultes & enfants vivant avec le VIH/SIDA	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Taux de prévalence chez les adultes ⁹	Pourcentage de femmes séropositives	Principal/aux mode(s) de transmission ¹⁰ pour les adultes vivant avec le VIH/SIDA
Afrique subsaharienne	Fin 70 - Début 80	23,3 millions	3,8 millions	8,0%	55%	Hétéro
Afrique du Nord & Moyen-Orient	Fin 80	220 000	19 000	0,13%	20%	CDI, Hétéro
Asie du Sud & du Sud-Est	Fin 80	6 millions	1,3 million	0,69%	30%	Hétéro
Asie de l'Est & Pacifique	Fin 80	530 000	120 000	0,068%	15%	CDI, Hétéro, MSM
Amérique Latine	Fin 70 - Début 80	1,3 million	150 000	0,57%	20%	MSM, CDI, Hétéro
Caraïbes	Fin 70 - Début 80	360 000	57 000	1,96%	35%	Hétéro, MSM
Europe de l'Est & Asie Centrale	Début 90	360 000	95 000	0,14%	20%	CDI, MSM
Europe de l'Ouest	Fin 70 - Début 80	520 000	30 000	0,25%	20%	MSM, CDI,
Amérique du Nord	Fin 70 - Début 80	920 000	44 000	0,56%	20%	MSM, CDI, Hétéro
Australie & Nouvelle-Zélande	Fin 70 - Début 80	12 000	500	%0,1	10%	MSM, CDI
TOTAL		33,6 millions	5,6 millions	1,1%	46%	

⁹ Le pourcentage d'adultes (personnes âgées de 15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 1999, utilisant les chiffres démographiques de 1998.

¹⁰ MSM (transmission sexuelle d'hommes ayant des rapports avec des hommes), IDU (transmission par la consommation de drogues injectables), Hétéro (transmission hétérosexuelle).

VIH: UNE EPIDEMIE GALOPANTE¹¹

- Près de 33,6 millions d'individus vivent avec le VIH, et on prévoit une augmentation de ce chiffre qui atteindra 40 millions en l'an 2000.
- Depuis 1994, pratiquement tous les pays d'Asie ont enregistré une augmentation de 100 pour cent du taux de prévalence.
- Ces trois dernières années, le taux de prévalence a doublé dans 27 pays. Au Botswana et au Zimbabwe, ce taux est de 25 pour cent chez les adultes.
- Les infections au VIH ont doublé tout juste en l'espace de deux ans, dans l'ancienne Union Soviétique.
- Le VIH est considéré comme l'un des dix premiers tueurs du monde.
- En 1998, le nombre de décès dus au VIH/SIDA s'élevait à 2,6 millions, soit autant que ceux dus au paludisme.
- Trente pour cent des décès dus au SIDA ont été causés par la tuberculose (TB).
- Près de la moitié des séropositifs sont infectés avant d'atteindre l'âge de 25 ans, et meurent généralement des suites des maladies mortelles appelées SIDA avant d'atteindre 35 ans.
- En 1998, on dénombrait 5 500 funérailles par jour en Afrique, dus aux décès liés au VIH/SIDA.
- En fin 1999, on comptait 11,2 millions d'orphelins du SIDA dans le monde.

¹¹ AIDS Epidemic Update: Décembre 1999 et Discours de Peter Piot, M.D., Ph.D., Directeur Exécutif du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA, le 16 septembre 1998 au House Committee on International Relations

DES VICTOIRES REMPORTEES DE HAUTE LUTTE¹²

Il y a des preuves certaines que les taux d'infection à VIH sont en voie de stabilisation ou de recul, en présence de programmes de prévention focalisés et soutenus qui ont engendré des comportements nettement plus sains. Ce n'est pas seulement le cas dans les pays développés d'Europe et des Amériques. C'est vrai partout dans le monde. L'accès généralisé à la thérapie antirétrovirale à forte efficacité a considérablement prolongé la durée de vie et amélioré la qualité de la vie pour les personnes vivant avec le VIH dans le monde occidental, d'où une baisse spectaculaire des décès dus au SIDA dans ces pays.

- En Ouganda, la baisse de 40 pour cent de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est à mettre sur le compte des premiers rapports sexuels tardifs, de l'utilisation accrue du préservatif, et de la réduction du nombre de partenaires.
- En Thaïlande, tout prouve que les campagnes de prévention ont fait de l'effet. Des études représentatives chez les hommes jeunes ont montré à la fois des réductions considérables des comportements à risque, et des réductions des niveaux d'infection à VIH. Entre 1991 et 1995, les visites rendues par ces hommes aux travailleuses du sexe ont été réduites presque de moitié; et ceux qui ont fait état de l'utilisation de préservatifs au cours de la dernière visite sont passés de près de 60 pour cent en 1991 à un peu moins de 95 pour cent en 1995. Il en résulte que la prévalence du VIH dans ce groupe a chuté de 8 pour cent en 1992 à moins de 3 pour cent en 1997.
- Au Sénégal, les efforts de prévention ont apparemment réduit les taux des maladies sexuellement transmissibles et stabilisé les taux de VIH à de faibles niveaux de moins de 2 pour cent chez les adultes sexuellement actifs.
- De récents résultats de la recherche en Thaïlande prouvent que même un court traitement à l'AZT pour les femmes enceintes porteuses du SIDA pourrait réduire de moitié le risque de transmission au nouveau-né.
- Il a été confirmé que l'inutilité de la prophylaxie de la tuberculose permettra désormais une action plus efficace contre cette importante coépidémie.
- Le Brésil ainsi que d'autres pays d'Amérique du Sud ont commencé à élargir l'accès au traitement, y compris à la thérapie antirétrovirale.
- Par ailleurs, des progrès considérables ont été enregistrés en matière d'élargissement de la capacité globale de surveillance de l'épidémie. Il y a désormais des estimations et des données par pays pour pratiquement chaque pays du globe.

¹² Discours de Peter Piot, M.D., Ph.D., Directeur Exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, le 16 septembre 1998 au House Committee on International Relations

QU'EST-CE QUE LE GENRE?

Le genre

Le mot "genre" est ce qui différencie les aspects sociologiquement attribués à l'identité d'un individu, des caractéristiques physiologiques des hommes et des femmes. Le genre a trait à notre façon de penser, comment nous nous sentons, et ce que nous pensons pouvoir et ne pas pouvoir faire à cause de concepts socialement définis de masculinité et de féminité. Le genre a trait à la position des hommes et des femmes les uns par rapport aux autres. Ces relations sont fondées sur des rapports de pouvoir.

Différence entre Sexe et Genre

Le mot genre sert à décrire des caractéristiques sociales; le mot sexe des caractéristiques biologiques. L'individu vient au monde avec son sexe, alors que le genre lui est inculqué à travers un processus de socialisation. Le sexe ne change pas, il est constant, tandis que le genre et les rôles masculins et féminins qui en découlent changent et varient à l'intérieur des cultures et entre elles.

Implications pour le VIH/SIDA¹³

- Le sexe est biologique, tandis que le genre est socialement défini. Le genre, c'est ce que signifie d'être un homme ou une femme dans une société donnée, par opposition au jeu de chromosomes que l'on a à la naissance. Le genre détermine les opportunités offertes dans la vie, les rôles que l'on est susceptible de jouer, et les genres de rapports qu'on peut avoir – des normes sociales qui ont une forte incidence sur la propagation du VIH.
- Pour les femmes, le risque et l'exposition à la maladie sont exacerbés par: des normes selon lesquelles il est inconvenant pour la femme d'être au fait de la sexualité, ou de suggérer l'utilisation de préservatifs; le lien courant entre l'abus des drogues et le sexe en échange de drogues ou d'argent; et le recours des migrantes et des réfugiées, ainsi que des femmes qui traversent des problèmes familiaux, au travail sexuel.
- Pour les hommes, le risque et l'exposition sont accrus par: des normes selon lesquelles il est difficile à un homme d'admettre une connaissance insuffisante de la sexualité; le lien entre la socialisation et l'usage d'alcools; la fréquence de la consommation abusive des drogues, y compris injectables; et des emplois à prédominance masculins (par exemple, la conduite de camions, le métier de marin, et les métiers de l'armée) qui sont source de mobilité et d'éclatement des familles.
- Dans les cultures qui considèrent le VIH comme un signe de promiscuité sexuelle, les normes de genre déterminent la façon dont les hommes et les femmes infectées par le VIH sont perçus, dans la mesure où les femmes séropositives sont plus stigmatisées et rejetées que les hommes. Les normes de genre influent également sur la façon dont les membres de la famille vivent le VIH et les décès dus au SIDA, et y font face. Par exemple, ce sont souvent les femmes qui sont chargées des soins, tandis que les jeunes filles orphelines risquent davantage d'être retirées de l'école que leurs frères.

¹³ UNAIDS, Genre et VIH/SIDA: Technical Update, Septembre 1998.

- Ainsi, les réponses face à l'épidémie doivent se fonder sur une connaissance des attentes et des besoins spécifiques des hommes et des femmes, et il est possible qu'elles aient à remettre en question des normes adverses.

LE VIH: UNE QUESTION LIEE AUX SPECIFICITES DE CHAQUE SEXE

Le VIH est une question liée aux spécificités de chaque sexe parce que:

i) Bien que le VIH/SIDA affecte aussi bien les hommes que les femmes, ces dernières sont plus exposées pour des raisons biologiques, épidémiologiques et sociales.

- 41 pour cent des 33,4 millions d'adultes atteints du VIH/SIDA sont des femmes.
- 55 pour cent des 16 000 nouveaux cas d'infection recensés quotidiennement sont des femmes.
- 43 pour cent des femmes enceintes ayant subi des tests à Francistown, au Botswana, sont séropositives.
- Selon une tendance observée dans certains pays, le ratio homme/femme des personnes infectées par le VIH a commencé à s'égaliser. En réalité, dans certains des pays les plus durement touchés, les femmes sont plus nombreuses que les hommes.

"J'ai le sida... Aujourd'hui c'est moi, demain ce sera un autre. Si je ne fais pas preuve de gentillesse, si je ne sympathise pas avec mes voisins et si je ne me mêle pas à eux, qu'advient-il de moi lorsque mon tour viendra?"¹⁴

ii) L'épidémie est alimentée par des situations où les macro politiques ont entraîné une augmentation des inégalités hommes-femmes.

- En Afrique subsaharienne, les politiques qui sont sources de conflits internes et externes ont provoqué des déplacements massifs de populations. Ce phénomène a entraîné des proportions hommes-femmes inégales chez les réfugiés, les déplacés internes et les personnes restées dans les zones de conflit, exacerbant les disparités entre les sexes. Il en résulte qu'en situations de conflits, six femmes contre cinq hommes sont séropositives.
- Le PNUD estime que plus de 85 pour cent des cas d'infections d'enfants en Afrique résultent de la transmission périnatale. On prévoit une hausse de plus de 30 pour cent de la mortalité infantile dans cette région.
- Dans la région Asie-Pacifique, l'exclusion des femmes des économies de marché émergentes a provoqué un accroissement des disparités sexuelles existantes. Sur les quelque 2,7 millions de nouveaux cas de VIH dans le monde en 1996, 1 million se trouvaient dans l'Asie du Sud et du Sud-Est.
- En Amérique Latine et aux Caraïbes, les politiques en faveur d'une forte urbanisation ont poussé les femmes vers le secteur informel peu productif, où elles doivent se regrouper pour survivre. A Sao Paulo, le VIH/SIDA est la principale cause de décès chez les femmes de 20 à 34 ans.

¹⁴ Toutes les citations en italique sont exprimées par des femmes porteuses du VIH/SIDA.

"Etre seule et mourante, et pourtant s'occuper de ses propres enfants infectés par le VIH, c'est une tragédie dont peu d'entre nous peuvent réellement saisir la dimension."

"Comme toutes les autres épidémies, le Sida se développe dans les fissures des inégalités sociales..."

iii) Seules des changements concrets du comportement sexuel des hommes peuvent freiner la rapide progression du VIH/SIDA chez les femmes

- Une étude portant sur les jeunes filles en Afrique du Sud a montré que 71 pour cent des filles ont eu des rapports sexuels forcés.
- Une étude comportementale financée par l'USAID au Tamil Nadu, en Inde, indique que 82 pour cent des hommes souffrant de MST ont eu des rapports avec des partenaires multiples dans les 12 derniers mois, et seuls 12 pour cent avaient fait usage de préservatif.

"Les femmes nous disent qu'elles voient leurs maris avec les épouses d'hommes qui sont morts du SIDA. Et elles demandent: que pouvons-nous faire? Si nous leur disons non, elles nous envoient promener. Où irions-nous, si nous partions?"

iv) La féminisation de la pauvreté est une caractéristique essentielle de l'impact socio-économique du VIH/SIDA

Ce sont inévitablement les femmes qui ont la charge de s'occuper des personnes infectées et des malades. Dans les ménages où elles s'occupent de l'agriculture de subsistance, cela a pour effet:

- De réduire du temps de production dans les exploitations.
- De compromettre la sécurité alimentaire de la famille.
- De retirer les filles de l'école, pour combler la demande de main-d'œuvre supplémentaire non rémunérée dans le ménage.
- D'augmenter le nombre de ménages dirigés par des femmes, parfois des jeunes filles ayant très peu accès aux ressources destinées à la production, ce qui les pousse souvent vers le travail du sexe pour survivre.

"Les enfants sont seuls et tristes, sans aucune famille... Je ne sais comment les reconforter. Je leur dis qu'ils ne peuvent même pas compter sur moi, étant donné que j'ai peur d'être infectée. Je sais que je leur demande de grandir avant l'âge, mais je ne vois pas d'autre alternative, si je veux qu'ils survivent."

"C'est comme si nous commencions une nouvelle vie. Notre passé est si triste. La société ne nous comprend pas... nous sommes exposées à tout. Les veuves sont sans famille, sans toit, désargentées. Nous sommes en train de devenir folles. Nous ennuyons les gens avec nos problèmes. Nous sommes des morts-vivants."

v) Les cadres juridiques et de politique générale existants doivent être examinés à la loupe du genre pour garantir des changements positifs et durables.

Les lois qu'il faut réviser sont, entre autres:

- Les lois portant sur la prévention et la suppression du travail de l'industrie du sexe.
- Les lois relatives à l'homosexualité (l'homosexualité est un acte classé sous sodomie, qui est punissable par la loi)
- Les lois fédérales et personnelles qui réduisent l'accès des femmes aux biens servant à la production, telles que les lois sur l'héritage, le mariage, le divorce, et les pratiques sexuelles liées à la culture.
- Les politiques régissant l'éducation sexuelle à l'école.
- Les règles relatives à l'orientation éthique et professionnelle des prestataires de services.

"Parfois, le travail du sexe est une forme d'autodéfense: nous allons vendre ce qu'ils veulent prendre de gré ou de force."

"Mon expérience et celle d'autres personnes m'ont appris qu'un grand nombre de femmes souffrent en silence... Aujourd'hui, le VIH a changé plusieurs aspects de notre vie, et l'humanité est confrontée à un fléau qui exige une réévaluation et une réforme de certaines de nos valeurs culturelles et traditionnelles."

L'inégalité entre les sexes est une variable clé de l'incidence du VIH/SIDA. Avec l'augmentation des disparités hommes-femmes, l'épidémie affecte de plus en plus de femmes qui supportent les conséquences néfastes de ces disparités. Et alors que l'épidémie est en pleine maturation, elle touche des femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire. Il y a dix ans, les femmes semblaient être en marge de l'épidémie. Aujourd'hui, elles sont au cœur des préoccupations.

MADHU Bala Nath
Conseillère en genre ONUSIDA/UNIFEM

VIH/SIDA: LES HOMMES FONT LA DIFFERENCE¹⁵

Partout dans le monde, les femmes sont en situation spéciale de risque d'infection au VIH, du fait qu'elles n'ont pas le pouvoir de décider où, quand et comment avoir des rapports sexuels. Cependant, ce qui est moins reconnu, c'est que les croyances et attentes culturelles qui font qu'il en est ainsi renforcent également la vulnérabilité des hommes eux mêmes. Les infections par le VIH et les décès dues au SIDA sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes sur chaque continent, sauf en Afrique subsaharienne. Les hommes jeunes sont plus exposés que les plus âgés: près d'une personne sur quatre ayant le VIH sont des jeunes de moins de 25 ans.

Il y a de bonnes raisons pour que les hommes participent plus pleinement à la lutte contre le SIDA. Dans le monde entier, les hommes ont tendance à avoir plus de partenaires sexuels que les femmes, y compris hors mariage, augmentant ainsi pour eux et pour leurs partenaires primaires le risque de contracter le VIH, un risque aggravé par le secret, la stigmatisation et la honte qui entourent le VIH. Cette stigmatisation peut empêcher les hommes et les femmes de reconnaître qu'ils sont infectés.

Il faut encourager les hommes à adopter des comportements positifs, et par exemple, à jouer un rôle beaucoup plus important dans les soins à leurs partenaires et leurs familles. De nombreuses études partout dans le monde indiquent que les hommes participent généralement moins que les femmes dans les soins aux enfants. Ce phénomène a une incidence directe sur l'épidémie du SIDA, qui a fait à présent plus de 11 millions de jeunes orphelins qui ont besoin de l'aide des adultes pour grandir en étant vêtus, logés et éduqués.

¹⁵ Extraits d'un communiqué de presse (6 mars 2000) de ONUSIDA concernant la Campagne ONUSIDA 2000 pour cibler les hommes

VIH: UNE QUESTION DE DROITS HUMAINS

La Constitution de l'OMS a défini la santé comme étant "un état de total bien-être physique, mental et social, et pas la simple absence de maladie et d'infirmité". Cet état de bien-être de la personne a été garanti comme un droit humain par le biais d'un certain nombre de traités internationaux sur les droits de l'homme. Bien que la santé ait été en premier articulée comme un droit de la personne dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, L'Article 12 de la Convention sur les droits économiques, sociaux et culturels comporte une articulation plus détaillée de ce droit, et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes réaffirme encore ces droits.

La propagation rapide de l'épidémie de VIH/SIDA a entraîné à maints égards une violation des droits des hommes, des femmes et des enfants affectés par l'épidémie. Selon le Rapport sur le Développement dans le Monde, 1993, la moitié de la charge mondiale de maladie peut être attribuée aux maladies transmissibles, à des causes maternelles et périnatales, et aux problèmes nutritionnels. Cependant, les femmes, et notamment celles des pays à faible revenu, supportent une large part de cette charge. La morbidité et la mortalité globales des femmes dues à des maladies sexuellement transmissibles, VIH/SIDA non compris, est 4,5 fois plus élevée que celle des hommes. L'arrivée de l'épidémie de VIH/SIDA a très nettement aggravé cette situation. Elle a ouvert un tout nouveau domaine de violations des droits humains, étant donné que l'épidémie dépeint une congruence de deux formes les plus insidieuses d'oppression de l'individu – l'identité sexuelle et la sexualité.

Pour répondre à cet état de choses, la Deuxième consultation internationale sur le VIH/SIDA et les Droits de l'homme a conclu que: la protection des droits humains est essentielle pour sauvegarder la dignité de la personne dans le contexte du VIH/SIDA, et pour assurer une réponse efficace face à la maladie, basée sur les droits. Cette conclusion était fondée sur la reconnaissance du fait que lorsque les droits humains sont protégés, le nombre d'infections diminue, et les personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que leurs familles peuvent mieux faire face à la maladie.

La prévention et la prise en charge des femmes sont parfois compromis par des opinions fausses de plus en plus répandues sur la transmission et l'épidémiologie du VIH. Il y a une tendance à stigmatiser les femmes comme les "vecteurs de la maladie," quelle que soit la source d'infection. En conséquence, les femmes séropositives ou soupçonnées de l'être sont confrontées à la violence et à la discrimination dans les sphères publique comme privée. Les travailleuses du sexe sont souvent confrontées à la violence en public comme en privé. Elles sont souvent obligées de subir des tests, sans aucun soutien pour des activités préventives visant à encourager ou exiger l'utilisation de préservatifs par leurs clients, et sans accès aux services médicaux. Nombre de programmes VIH/SIDA ciblant les femmes sont axés sur les femmes enceintes, mais ils insistent souvent sur des mesures coercitives contre le risque de transmission du VIH au fœtus, comme par exemple les tests pré- et postnatals obligatoires, suivis d'avortement ou de stérilisation forcée.

Par conséquent, la protection des droits sexuels et reproductifs de la femme et de la jeune fille est un aspect crucial. Elle comporte le droit de la femme de contrôler les questions liées à sa sexualité, et de prendre des décisions libres et responsables sur ces questions. Ainsi, les Etats doivent veiller à ce que les droits de la femme soient respectés en matière de propriété, d'emploi, de divorce, d'accès aux ressources économiques, pour qu'elles puissent rompre des liens violents dans lesquels elles courent le risque d'une infection à VIH. Cela leur permettra également de se débarrasser de la charge de s'occuper des personnes vivant avec le VIH/SIDA

dans leurs ménages. En conséquence, il faut impérativement une approche de l'épidémie par les droits de la femme.

Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM,

SECTION II

LES QUESTIONS DE GENRE DANS LE VIH ET LE DEVELOPPEMENT

INTRODUCTION

i. LE MODULE – APERCU GLOBAL

Le module s'intitule "Préoccupations liées au genre, concernant le VIH et le développement". Il est utilisé dans un atelier d'une journée dont l'objet est d'aider les planificateurs et les praticiens à considérer le VIH comme une question critique sexospécificités. A l'issue de l'atelier, on espère que les participants seront à même de percevoir le genre comme une variable critique de tous les aspects de l'épidémie.

L'objet de la formation n'est pas d'inculquer des compétences, mais d'améliorer la perception. Pour cela, l'outil utilisé est l'analyse par le genre. L'analyse par le genre est présentée aux participants dans trois domaines:

- Une analyse par le genre des données épidémiologiques
- Une analyse par le genre des causes de l'épidémie aux niveaux macro et micro
- Une analyse par le genre des conséquences de l'épidémie

La finalité est de faire en sorte que le genre soit intégré dans tous les aspects de la réponse à l'épidémie.

ii. OBJECTIF DU MODULE

Le module de formation a pour objectifs principaux:

- Une meilleure connaissance des préoccupations liées au genre concernant le VIH et le développement.
- L'identification de stratégies qui peuvent traiter les défis du VIH/SIDA d'une perspective sexospécifique.

iii. QUELS DOIVENT ETRE LES PARTICIPANTS?

Le choix des participants est crucial pour le succès du programme de formation. Ils doivent provenir de domaines très variés, pour que l'information disséminée pendant la formation soit diffusée auprès d'une base plus large. Les participants peuvent être des représentants de:

- Institutions de recherches et de formation
- Chercheurs et planificateurs des appareils nationaux sur les femmes et des ministères sectoriels
- Organisations non gouvernementales
- Principaux media
- Donateurs multilatéraux et bilatéraux

a) Critères de sélection

- Avoir travaillé sur le genre, et pas forcément sur le VIH.¹⁶
- Comprendre les approches participatives en matière de développement
- Etre des décideurs dans leurs domaines d'activité
- Faire preuve d'engagement et d'intérêt pour le travail sur le VIH/SIDA

¹⁶ Il a été constaté que les personnes qui avaient travaillé sur le VIH ont trouvé le niveau de la formation trop bas.

- Etre prêts à œuvrer à la réalisation des objectifs de l'atelier dans leurs propres sphères d'influence au moins pendant l'année suivante.

L'idéal serait une liste de 25 participants. Toutefois, des ateliers réussis ont eu jusqu'à 35 participants.

iv. FACILITATION

Le facilitateur doit:

- Posséder une bonne connaissance du VIH/SIDA et être au courant des récentes évolutions de l'épidémie au cours de ces dernières années
- Avoir une de solides connaissances sur le genre
- Avoir une bonne capacité d'écoute
- Comprendre la dynamique de groupe entre lui/elle et le groupe.
- Etre capable d'orienter et de synthétiser / résumer la pensée du groupe.
- Etre en mesure d'inspirer et d'habiliter le groupe à sortir des idées qu'il/elle introduit, et passer à leurs propres préoccupations et questions.

Le facilitateur aide à générer une réponse favorable en ayant:

- Une bonne connaissance du VIH/SIDA et étant au courant des récentes évolutions de l'épidémie au cours de ces dernières années
- De solides connaissances sur le genre
- Une bonne capacité d'écoute
- Une bonne compréhension la dynamique de groupe entre lui/elle et le groupe.
- La capacité d'orienter et de faire une synthèse de la pensée du groupe.
- La capacité d'inspirer et d'habiliter le groupe à transcender les idées qu'il/elle introduit pour passer à leurs propres préoccupations et questions.

Le facilitateur aide à créer une réponse favorable en:

- Exhortant tous les participants à participer à la discussion et aidant le groupe à rester concentré sur le sujet.
- Encourageant les participants à explorer diverses croyances, valeurs et positions, avec la volonté de changer.
- Encourageant la confiance réciproque et le respect pour les opinions conflictuelles, et facilitant l'arrivée du groupe à un consensus.
- Résumant les sessions pour la clôture et orientant le groupe vers la question suivante.

Le facilitateur ne doit pas:

- Agir plus comme un "gardien du temps" que comme celui qui doit faire bouger les choses. Pour éviter cela, on peut demander à différents participants d'être volontaires pour surveiller le temps pour les différents modules.
- Permettre aux échanges de groupe de s'écarter du sujet et ne pas ramener la discussion sur le thème central.
- Faire une conférence au lieu de promouvoir un échange interactif entre les participants.
- Laisser un individu dominer le dialogue dans l'atelier.
- Accorder aux participants un temps insuffisant pour leur permettre de faire connaissance.
- Etre trop dépendant du guide de la documentation ou autres supports, donc ne pas pouvoir faire preuve de spontanéité.

v. MATERIELS NECESSAIRES

- Tableaux mobiles
- Marqueurs pour tableau mobile
- Rétroprojecteur
- Transparents
- Silhouettes démographiques

vi. **LECTURES DE BASE**

Voici une liste de quelques ouvrages qui pourraient être utiles comme lecture de base.¹⁷

Ankara, M., Schwartz, M., Miller, J. Women's Experiences with HIV/AIDS: An International Perspective. Columbia University Press, 1996.

Foreman, Martin, ed. AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility? England, PANOS Institute and Zed Books, 1999.

Nath, Madhu Bala. "She Can Cope", National AIDS Control Organisation, Government of India, March 1997.

Piot, Peter. "Intensifying the Global Response to the HIV/AIDS Epidemics" (16 September, 1998), Statement to the United States House of Representatives International Relations Committee.

Rao, Gupta, & Weiss, E. Women and AIDS: Developing a New Strategy. Washington D.C. International Centre for Research on Women, 1993.

TopouziS, Daphne. "Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Rural Households in Uganda", UNDP HIV & Development Programme.

UNAIDS. "Gender and HIV/AIDS: UNAIDS Technical Update", September 1998.

UNAIDS. "UNAIDS Epidemic Update", December 1999.

UNAIDS. "Report from a Consultation on the Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Households", 22 – 24 September 1995.

Visaria, Leela. "Men as Supportive Partners: Evidence from India", Population Council, June 1998.

World Bank. "Intensifying Action against HIV/AIDS in Africa: Responding to a Development Crisis", 1999.

¹⁷ Pour des informations concernant l'obtention de copies des supports, s'adresser à Gender and HIV/AIDS Adviser, UNIFEM, 304 E. 45th Street, 15th floor, New York, NY 10017.

PROGRAMME

9:00am – 9:10am	Accueil et Introduction
9:10am – 9:30am	Discours-Programme
9:30am – 10:00am	Session 1 Introduction et indication des attentes
10:00am – 11:15am	Session 2 Préoccupations liées au genre dans le VIH/SIDA et le Développement
11:15am – 11:30am	Pause-café
11:30am – 12:00pm	Session 3 Implications des rapports de sexe
12:00pm – 1:30pm	Session 4 Silhouettes Démographiques
1:30pm – 2:30pm	Pause déjeuner
2:30pm – 3:30pm	Session 5 Introduction du VIH dans la salle
3:30pm – 3:45pm	Pause-café
3:45pm – 4:30pm	Session 6 Planifier l'avenir
4:30pm – 5:00pm	Session 7 Evaluation et Clôture

SESSION 1

Introduction et indication des attentes

i. Objectif

Créer un environnement favorable à l'apprentissage et créer une dynamique de groupe au cours de l'atelier.

ii. Durée

30 minutes

iii. Supports/Équipement

1. Tableaux mobiles/marqueurs
2. Rétroprojecteur
3. Transparent 1 – Objectifs de l'Atelier

iv. Méthodologie

1. Conférence de l'orateur principal
2. Introduction à deux

v. Déroulement

1. Le facilitateur souhaite la bienvenue aux participants et se présente au groupe
2. Le facilitateur invite l'orateur principal à faire son discours avant l'ouverture officielle de la session. Il est souhaitable que l'orateur principal soit d'un niveau suffisamment élevé pour assurer le durabilité et le suivi réel des produits, recommandations et pistes futures issus de l'atelier. Le bon choix portera donc sur un responsable de haut niveau du gouvernement national.
3. Le facilitateur invite les participants à se présenter individuellement au groupe à travers un exercice participatif. Les participants sont groupés par deux, chacun présentant l'autre en insistant sur le nom, l'organisation, et deux choses que chacun attend de l'autre dans l'atelier.
4. Le facilitateur inscrit les attentes sur le tableau mobile.
5. Utilisant le Transparent 1, qui souligne les objectifs de l'atelier, le facilitateur clarifie les attentes auxquelles l'atelier peut répondre. Il est utile de donner les raisons pour lesquelles certaines attentes d'un participant sont en dehors du rayon d'action de l'atelier.

Note au facilitateur, Session 1

Il est important de comprendre l'utilité d'accorder les attentes des participants et les objectifs de la formation, afin d'éviter d'éventuelles frustrations s'ils attendent un résultat précis qu'il ne conviendrait pas de traiter dans l'atelier.

Transparent 1

OBJECTIFS DE L'ATELIER

- Meilleure connaissance des préoccupations liées au genre dans le VIH/SIDA et le Développement.
- Identification de stratégies susceptibles de relever les défis du VIH/SIDA à partir d'une démarche tenant compte des sexospécificités

SESSION 2

Préoccupations liées au genre dans le VIH/SIDA et le Développement

i. Objectif

- Permettre aux participants de comprendre les dimensions de genre de l'épidémie, à l'échelle globale et nationale.
- Amener la perception courante de l'épidémie d'une simple question de santé à une connaissance accrue de sa nature multisectorielle.

ii. Durée

1 heure 15 minutes

iii. Supports/Équipement

1. Fiches épidémiologiques par pays de ONUSIDA
2. Rétroprojecteur
3. Transparent 2 – Genre et VIH – Préoccupations et aperçus critiques

iv. Méthodologie

Un questionnaire visant à susciter la controverse pour favoriser le questionnement stratégique est rempli, afin de promouvoir l'auto-évaluation par chaque participation de ses connaissances sur l'épidémie. Il favorise également l'examen de conscience de chaque participant, ainsi que des perceptions liées à la construction sexospécifique de la sexualité

v. Déroulement

1. Le facilitateur distribue le questionnaire et demande aux participants de le lire et de choisir leurs réponses (10 minutes)
2. Le facilitateur examine les questions l'une après l'autre, lisant à haute voix les bonnes réponses à la session plénière.
3. Le facilitateur utilise ce processus pour susciter des débats sur la dimension de genre de l'épidémie. Il pose un certain nombre de questions connexes (voir "Suggestions et Réponses au Questionnaire".)
4. Le facilitateur utilise le questionnaire pour faire ressortir les comparaisons entre les données aux niveaux global, national et régional (voir "Suggestions et Réponses au Questionnaire".) Les participants peuvent obtenir des informations provenant des fiches de renseignement par pays de l'ONUSIDA sur l'Internet à l'adresse suivante: www.unaids.org.
5. A la fin de l'exercice, le facilitateur demande aux participants d'explorer et de faire part de leurs sentiments. Les participants peuvent exprimer des sentiments aussi divers que la colère, l'indignation, le découragement, l'inadaptation, la peine, la détermination à aller de l'avant, et la motivation. Le facilitateur inscrit les émotions sur le tableau mobile au fur et à mesure qu'elles sont exprimées.

6. Le facilitateur passe à la deuxième partie du questionnaire contenant neuf déclarations qui font ressortir la construction sexospécifique de la sexualité. Il prend ces déclarations une à une à la plénière, et demande aux participants s'ils sont d'accord ou pas avec (voir " Suggestions et Réponses au Questionnaire".)
7. Le facilitateur résume les informations à la fin de la discussion, en projetant le Transparent 2.

Note au facilitateur, Session 2

- Le facilitateur rassure les participants en leur faisant comprendre que cet exercice n'est pas un examen ou un quelconque effort d'évaluation de leurs connaissances.
- Le facilitateur maintient la discussion axée sur des "sentiments" et non sur l'analyse des données contenues dans le questionnaire. Cela permet de faire un lien entre le cognitif et l'émotionnel, et prépare le terrain pour faire naître la motivation et l'engagement nécessaires pour un meilleur apprentissage.
- Il est utile de faire une synthèse du grand débat soulevé par le questionnaire et les déclarations d'accord/pas d'accord en quatre points principaux. Les points principaux sont en gras dans l'encadré "Suggestions et Réponses au Questionnaire".
- Assimiler les notes de l'orateur distribuées à la fin de la Session 2 et se familiariser avec la situation de l'épidémie dans le pays sont un préalable au succès de l'exercice.

Suggestions et Réponses au Questionnaire

i) La Prévalence – analyse par sexe

Le facilitateur doit faire ressortir les dimensions de genre de l'épidémie, en posant des questions pertinentes et lisant à haute voix les réponses au questionnaire. En outre, le facilitateur doit comparer les données aux niveaux régional, national et global. Exemple:

- Après avoir répondu à la question 1, le facilitateur pose la question suivante: "Quel est le pourcentage des femmes affectées par le VIH/SIDA dans votre pays?"
- Après avoir répondu à la question cinq, le facilitateur pose la question suivante: "Quel est le pourcentage des femmes enceintes séropositives dans votre pays?"
- Après avoir répondu aux questions un à quatre, le facilitateur pose la question suivante: "Pourquoi pensez-vous qu'il y a de plus en plus de femmes infectées?"
- Après avoir répondu à la question six, il peut poser la question suivante: "Pourquoi pensez-vous qu'un plus grand nombre de ménagères que de travailleuses du sexe sont nouvellement infectées, alors que l'épidémie se développe?"
- **Il est important de noter que les questions un à quatre, et la question sept confirment qu'un plus grand nombre de femmes sont infectées, et ce, dans des tranches d'âge inférieur.**

ii) Les causes – analyse par sexe

- Après avoir répondu aux questions quatre à dix, le facilitateur pose la question suivante: "La situation est-elle analogue dans votre pays?"
- **Noter que les questions quatre à huit confirment que le changement de comportement est un élément important dans la prévention et la minimisation de la propagation de l'épidémie.**
- **Les questions huit à dix montrent dans quelle mesure l'âge est une variable clé de l'incidence du VIH.**

iii) Les conséquences – analyse par sexe

- **Noter que les questions cinq à sept traitent de l'impact socio-économique du VIH/SIDA et de la féminisation de la pauvreté.**

iv) D'accord/Pas d'accord

- Ces déclarations font ressortir la construction sexospécifique de la sexualité.
- Le facilitateur aborde ces déclarations à la plénière. Les échanges d'exemples spécifiques au pays qui accueille l'atelier enrichissent les discussions.
- Après la déclaration sept, le facilitateur pose les questions suivantes: "Par quel terme désigne-t-on le vagin dans votre pays? Ce terme est-il socialement acceptable?"
- Après la déclaration huit, le facilitateur pose la question suivante: "Pouvez-vous citer un exemple de norme socioculturelle qui constitue un obstacle à la prévention de la propagation de l'épidémie?"
- Les exemples sur lesquels s'appuyer figurent dans le document annexé, "Mythes et Rituels."

QUESTIONNAIRE

(Les bonnes réponses sont en gras)

La prévalence – analyse par sexe

1. Aujourd'hui, près de _____ sur les 33,4 millions d'adultes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes, et ce pourcentage est en progression.

- 21%
- **46%**
- 11%

(Source: UNAIDS global data December 1999)

2. Sur les 16 000 nouveaux cas d'infections par jour, le pourcentage de femmes est de:

- 80%
- **50%**
- 30%

(Source: UNAIDS global data December 1997)

3. Selon une tendance observée dans certains pays, le rapport homme/femme chez les personnes infectées par le VIH a commencé à s'égaliser à l'échelle globale. En Russie, le nombre d'hommes infectés dépasse à présent celui des femmes de _____ au lieu des 6:1 précédents

- 3:1
- **2:1**
- 1:1

Au Brésil, le rapport homme/femme s'élevait à 16:1 en 1986. Les chiffres de 1997 indique un rapport de _____.

- 5:1
- **3:1**
- 1:1

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1996)

4. En Thaïlande, où une combinaison de méthodes de prévention du VIH a réussi à abaisser les taux d'infection chez les hommes, la fréquence des visites prénatales a continué à augmenter régulièrement, de 0% en 1989 à _____ en 1995.

- 0,2%
- 23%
- **2,3%**

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1996)

5. A Francistown, au Botswana, _____ des femmes enceintes ont eu des tests positifs dans un grand centre urbain de surveillance

- 2,3%
- **43%**

- 10%

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1997)

6. Des données mexicaines récentes indiquent que neuf pour cent de l'ensemble des cas de SIDA signalés concernent des ménagères, et _____ des travailleuses du sexe.

- **0,8%**

- 28%

- 80%

(Source: The Documentation of an Epidemic – Columbia University – Akeroyd Anne)

7. Chez les hommes, la prévalence de l'infection à VIH est le plus élevée dans la tranche des 25 à 35 ans, tandis que chez les femmes, elle est le plus élevée dans la tranche des _____

- **15 – 25 ans**

- 35 – 45 ans

(Source: Women AIDS Research Program – Department of Community Medicine - University of Zimbabwe)

8. Au Zimbabwe, sur les 537 adolescents séropositifs, les filles sont plus nombreuses que les garçons dans la proportion de _____

- 10:2

- 5:1

- **3:1**

(Source: UNAIDS global data December 1999)

Les causes – analyse par sexe

1. Les rapports hétérosexuels sont responsables de plus de _____ des infections globales chez les adultes.

- 17%
- 37%
- **70%**

(Source: UNAIDS Fact Sheet, December 1996)

2. L'augmentation des cas de MST indique une augmentation des rapports sexuels non protégés. Selon les estimations de l'OMS, en 1995, il y avait 333 millions de cas de MST, dont 65 millions en Afrique subsaharienne, et 150 millions en Asie du Sud et du Sud-Est. La présence de MST augmente le risque de transmission du VIH _____.

- deux fois
- **cinq fois**
- dix fois

(Source: Health and Population Occasional Paper – ODA)

3. Alors que la prévalence du VIH chez les patients des hôpitaux atteints de MST était stable entre 1993 et 1994, les taux ont augmenté plus de _____ fois chez les patientes souffrant de MST au cours de la même période.

- deux
- **cinq**
- dix

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1996)

4. Dans certains villages de l'Ouganda, des discussions de focus group ont révélé que _____ hommes sur 22 présents avaient fait usage de préservatifs.

- 18
- 8
- **2**

Parmi toutes les femmes de ces villages, _____ avaient vu un préservatif.

- 50%
- 15%
- **0%**

(Source: UNDP's Study Paper No. 2 The Socio-Economic Impact of AIDS on Rural Families in Uganda)

5. Une étude de surveillance des comportements financée par l'USAID au Tamil Nadu, en Inde, indique que 82% des hommes atteints de MST avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples dans les 12 derniers mois, et seuls _____ avaient fait usage de préservatifs.

- 52%
- 22%

- **12%**

(Source: Health and Population Occasional Paper – ODA)

6. Des recherches ont montré que nombre d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont également des rapports sexuels avec des femmes. Des études effectuées en Inde ont révélé que _____ des clients de sexe masculin des travailleurs du sexe seraient mariés.

- **90%**

- 60%

- 20%

(Source: Review of "Best Practice" for Intervention in Sexual Health – Gordon and Sleightholme)

7. Selon les résultats d'une étude sur la communication entre époux dans certains pays en développement, 35 pour cent des femmes philippines n'ont jamais parlé de questions sexuelles avec leurs époux. En Iran, ce chiffre était de _____.

- 23%

- **53%**

- 73%

(Source: UNDP Issues Paper No. 3)

8. Il a été signalé qu'en Ouganda, l'activité sexuelle commence entre 10 et 15 ans, et que l'âge moyen du premier rapport sexuel pour les garçons et les filles tourne autour de 15 ans. Un échantillon portant sur des filles uniquement a cependant révélé que le rapport sexuel avait lieu _____ l'âge de 15 ans.

- **avant**

- après

(Source: UNICEF SYFA ibid).

Des recherches à assise communautaire ont montré des résultats similaires en Asie, au Pacifique et en Amérique Latine ainsi qu'aux Caraïbes.

9. Selon les résultats d'une étude récente de SAKSHI, une ONG basée en Inde, _____des jeunes filles de 13 à 15 ans fréquentant l'école ont été victimes d'abus sexuels.

- 16%

- **60%**

- 75%

(Source: She Can Cope – Nath)

10. Une étude sur les adolescentes en Afrique du Sud a montré que _____des jeunes filles avaient eu des rapports sexuels forcés.

- 17%

- **71%**

- 50%

(Source: Taking Stock - Whelan and Rao Gupta ICRW.)

11. Il ressort des données recueillies par la chercheuse Anne Chao sur le Rwanda que plus la première grossesse ou le premier rapport sexuel est précoce, plus la prévalence de l'infection à VIH est _____.

- faible
- **élevée**

(Source: UNDP Issues Paper No. 8)

Les conséquences – analyse par sexe

1. Dans une étude chez les femmes vivant avec le VIH/SIDA, _____ avaient subi des violences.

- 6%
- 66%
- **96%**

(Source: Partner Violence in joint HIV Substance Abuse – Krauss,Goldamt and Bula)

2. Selon les projections pour la Zambie et le Zimbabwe, à cause du SIDA, les taux de mortalité infanto-juvénile pourraient augmenter _____ d'ici 2010.

- cinq fois
- **trois fois**

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1996)

3. _____ des orphelins en Ouganda sont âgés de 10 à 19 ans. Cela a accru leur vulnérabilité aux abus sexuels

- 29%
- 40%
- **69%**

(Source: UNDP Study Paper No. 2 The Socio-Economic Impact of AIDS on Rural Families in Uganda)

4. Dans l'état de Sao Paulo, le SIDA est devenu en 1992 la première cause de mortalité chez les femmes de 20 à 34 ans. Dans les zones rurales ougandaises, le SIDA a provoqué _____ décès sur 10 de femmes âgées de 20 à 44 ans.

- 3
- 5
- **7**

(Source: UNDP Study Paper No. 2 The Socio-Economic Impact of AIDS on Rural Families in Uganda)

5. Lorsqu'une femme vivant dans une communauté rurale où les femmes s'occupent de l'agriculture de subsistance attrape le virus et tombe malade, les cultures destinées à la consommation familiale vont _____.

- **baisser**
- augmenter

(Source: Social Impact of HIV/AIDS in Developing Countries – Danziger)

6. Pour combler le déficit de production alimentaire en cas, par exemple, d'impossibilité de recruter de la main-d'œuvre étrangère à cause de l'appauvrissement des ressources économiques du ménage, d'après les preuves existantes dans le domaine de l'éducation _____ sont retiré(e)s de l'école.

- **les jeunes filles**
- les garçons

(Source: Orphans of the HIV/AIDS Pandemic – Levine, Michaels and Back)

7. Etant donné que les normes traditionnelles des rapports de sexe soutiennent le rôle principal de la femme pour le bien-être de l'enfant, la charge de s'occuper des 10 millions d'orphelins actuels du SIDA est susceptible de revenir aux _____

- hommes
- **femmes**

(Source: Orphans of the HIV/AIDS Pandemic – Levine, Michaels and Back)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
UNAIDS/UNIFEM, Conseillère en genre & VIH
New York, 1999

Etes-vous d'accord ou pas d'accord avec ce qui suit?

1. Dans un grand nombre de cultures, l'ignorance par la femme de la sexualité est un signe de pureté.¹⁸
2. Les hommes n'aiment pas admettre leur ignorance, et donc ne cherchent pas à obtenir des informations pertinentes sur la prévention du VIH/SIDA.
3. La naissance d'un enfant confère à la femme sa propre valeur et son identité sociale; on comprend dès lors que les femmes aient des difficultés à admettre l'idée de rapports sexuels sans pénétration et l'utilisation de méthodes de protection telles que les préservatifs.
4. Le multipartenariat sexuel est acceptable pour les hommes dans nombre de sociétés.
5. Les rapports homosexuels sont stigmatisés par la société et souvent illégaux, d'où la difficulté d'accès à des pratiques sexuelles sans danger.¹⁹
6. La modestie et la virginité en tant que valeur sont un aspect central de l'image de la féminité.
7. Il n'y a pas de langage positif pour la sexualité. Par exemple, des femmes mexicaines à qui on a demandé de nommer les parties de leur corps ne pouvaient trouver d'autre mot pour dire vagin que "la partie".
8. Les stratégies de modification des comportements doivent s'attaquer aux normes socioculturelles si elles veulent être efficaces dans la prévention de la propagation de l'épidémie.²⁰

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère ONUSIDA/UNIFEM
en Genre & VIH
New York 1999

¹⁸ A l'inverse, la connaissance de la sexualité et de la physiologie reproductive est signe de mœurs légères.

¹⁹ Il en va de même du travail dans l'industrie du sexe.

²⁰ Par exemple, avoir des rapports sexuels avec une vierge peut soigner les MST, ou pour la conduite efficace et sans danger d'un camion, il faut évacuer la chaleur du corps en ayant des rapports sexuels tous les 400 kilomètres.

GENRE ET VIH — PREOCCUPATIONS ET APERÇUS CRITIQUES

- ? Bien que le VIH/SIDA soit une maladie qui affecte les hommes comme les femmes, des tendances récentes indiquent une augmentation chez les femmes infectées à un très jeune âge.
- ? Les facteurs régionaux, l'âge et les implications pour les sexes sont des variables clés de l'incidence du VIH/SIDA.
- ? Promouvoir les changements de comportement est important pour prévenir la propagation de l'épidémie et aussi minimiser son impact.
 - Le changement de comportement doit se concentrer non seulement sur le comportement individuel, mais aussi sur les comportements, normes et valeurs collectifs de la société.
 - Les hommes ont un rôle clé à jouer dans les interventions conçues dans l'intérêt des femmes.
- ? La féminisation de la pauvreté est une caractéristique essentielle de l'impact socio-économique du VIH/SIDA.
- ? Il faut rendre plus favorables les cadres juridique et politique pour garantir des changements positifs et durables.

"Mythes et Rituels – Accroître la prédisposition des femmes" – par Madhu Bala Nath

Le SIDA a été détecté pour la première fois en tant que syndrome clinique distinct en été 1981, lorsque des médecins en Californie et à New York eurent constaté chez leurs patients des groupes d'infections et de cancers inhabituels. Pratiquement tous ces patients étaient de jeunes homosexuels, un groupe auparavant non identifié comme ayant de telles infections "opportunistes". En août, tout juste deux mois après que les premiers cas eurent été signalés chez des hommes, le même syndrome a été identifié chez une femme. Il est devenu bien vite évident que les femmes étaient également exposées, et dans l'année ou les deux années qui ont suivi, il y a eu des informations suggérant que les femmes étaient autant susceptibles d'être infectées par le virus que les hommes. La fausse idée initiale selon laquelle le SIDA était une maladie affectant uniquement les hommes pouvait probablement être attribuée à un accident de l'histoire. Cependant, les mythes autour du virus prévalaient. En 1985, un article principal de la célèbre revue scientifique américaine "Discover" a écarté l'idée d'une grande épidémie chez les femmes. L'explication donnée est la suivante: le vagin solide étant conçu pour "résister à l'usure des rapports sexuels et des accouchements," il est peu probable que les femmes soient jamais infectées en grands nombres par le biais des rapports hétérosexuels. Néanmoins, au moment même où de telles projections étaient publiées, le VIH affectait des millions de femmes. Dès 1991, le SIDA était le principal responsable de la mort de jeunes femmes dans la plupart des grandes villes américaines.²¹ Aujourd'hui, près de 41 pour cent des 30,6 millions d'adultes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes, et ce pourcentage continue de croître. Sur les 16 000 nouvelles infections par jour, il y a 50 pour cent de femmes. Selon des tendances observées dans d'autres pays, les rapports des hommes aux femmes chez les personnes infectées ont commencé à s'uniformiser. Au Brésil, le rapport était de 16:1 en 1986, mais les chiffres de 1987 indiquent un rapport de 3:1.²² Le premier mythe selon lequel les femmes n'étaient pas vulnérables ou exposées à l'épidémie a été brisé.

Pourquoi les femmes sont-elles plus vulnérables?

Les femmes sont plus vulnérables au plan biologique:

- En tant que partenaires réceptives, les femmes ont une plus grande surface muqueuse exposée pendant les rapports sexuels.
- La concentration du VIH est beaucoup plus forte dans le sperme que dans le fluide vaginal.
- En conséquence, les femmes courent un plus grand risque d'attraper le VIH, d'autant plus si les rapports ont lieu à un âge où la surface muqueuse est encore fragile, où lorsqu'elle est endommagée à cause de rituels et de pratiques telles que l'infibulation, le mariage précoce, etc.

Les femmes sont plus vulnérables que les hommes au plan épidémiologique:

- Elles ont tendance à se marier ou à avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, qui ont peut-être eu plus de partenaires, et sont donc plus susceptibles d'être infectés.

²¹ Lurie, Hitzen and Lowe 1995

²² Source – UNAIDS Fact Sheet - December 1996 et 1997.

- Les femmes ont fréquemment besoin de transfusions sanguines au cours de l'accouchement et de l'avortement, étant donné la fréquence généralement très élevée de l'anémie chez les femmes enceintes dans les pays en développement. En Inde, une évaluation faite par l'Indian Council of Medical Research (Conseil Indien de la Recherche Médicale) a signalé une fréquence allant jusqu'à 87,6 pour cent de l'anémie chez les femmes enceintes.

La dichotomie intérieur – extérieur qui a socialement confiné les femmes à l'intérieur, a en fait une incidence certaine sur la sexualité de la femme. Cette incidence a trait à l'impossibilité pour elle d'être en contact avec l'extérieur.

- Une femme peut-elle s'affirmer au plan sexuel?
- Peut-elle suggérer à son époux ou à son partenaire des rapports protégés, sans crainte de subir des violences, étant donné que la suggestion elle-même comporte un signe d'infidélité?
- Est-elle sexuellement protégée, même de ses soi-disant protecteurs? Selon une étude récente de l'ONG indienne SAKSHI, 60 pour cent des enfants de 13 à 15 ans fréquentant l'école ont été victimes de violences sexuelles, 40 pour cent à l'intérieur des familles, et 25 pour cent ont été victimes de violences graves, telles que le viol.
- La dichotomie intérieur extérieur a également engendré le problème du manque d'accès aux et de contrôle sur les ressources servant à la production. Les problèmes de survie ne font que croître, et en fait transforment les individus de créateurs en survivants. Le VIH a pu se développer et survivre dans des situations où le commerce du sexe reste parfois la seule option viable pour la survie.
- En conséquence, l'épidémie touche à présent des femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire. 97 pour cent des femmes interviewées dans une étude sur les MST réalisée au Zimbabwe ont cité leurs époux comme source de leur infection.

Malgré ces réalités, pourquoi les voix des femmes atteintes du VIH/SIDA ne se sont-elles pas fait entendre dans les commentaires scientifiques et populaires sur la pandémie pendant toute une décennie? Quand on effectue une recherche utilisant le mot 'SIDA', plus de 100 000 références apparaissent aussitôt. Si on restreint l'étude en ajoutant le terme 'Femmes et SIDA' on trouve à peine plus de 2000 références. Mais si l'étude est restreinte à "Femmes, Pauvreté et Sida", l'ordinateur vous informe qu'il n'y a aucune référence correspondant à cette spécification.²³

L'une des explications de ce mutisme est que la majorité des femmes ont été dépossédées de leur voix bien avant l'apparition du VIH, pour leur compliquer davantage la vie. "Dans les milieux foncièrement élitistes, elles ont été pauvres. Dans les milieux foncièrement racistes, elles ont été femmes de couleur. Dans les milieux foncièrement sexistes, elles ont été femmes."

La construction sexuelle de la sexualité, avec ses mythes et valeurs intrinsèques autour de la moralité, la fertilité et la sexualité, a servi à projeter des valeurs et normes sociales qui ont été différentes pour les hommes et différentes pour les femmes. Ainsi, dans nombre de sociétés, on accepte et excuse le multipartenariat sexuel chez les hommes, tandis que la

²³ Farmer, Connors and Simmons 1996.

modestie et la virginité en tant que valeur figurent au cœur de l'image de la féminité. Dans plusieurs régions du monde, les cultures considèrent l'ignorance de la sexualité par la femme comme un signe de pureté et inversement, la connaissance de la sexualité et de la physiologie reproductive comme un signe de mœurs légères. A cela s'ajoute l'absence d'un langage positif de la sexualité. Le langage existant autour de la sexualité est probablement le moyen le plus difficile d'articuler cette dernière. En conséquence, une conspiration du silence continue d'entourer le VIH/SIDA.

Comment ces blocages culturels ont-ils affecté les femmes?

- Les femmes ont éprouvé des difficultés pour vaincre ces barrières du silence et n'ont pas été capables de communiquer avec les cliniciens et les conseillers – les deux piliers essentiels pour aider la femme à surmonter l'impact de l'épidémie.
- Les femmes éprouvant de la gêne pour parler de la sexualité, on en sait très peu sur la maladie chez elles. Les hommes ont composé la majorité des sujets des études qui forment la base du traitement actuel de l'infection à VIH par une thérapie antirétrovirale, ainsi que des meilleures connaissances de la prophylaxie et du traitement des infections opportunistes. Cotton et al ont réexaminé les données concernant la participation des malades aux tests des centres polycliniques, et ont constaté un taux de participation féminine de 6,7 pour cent seulement. Par conséquent, le diagnostic à temps pour les femmes a été compromis par des définitions de cas inadaptés de symptômes du SIDA.²⁴

L'existence et le persistance de cette construction sociale de la sexualité a entraîné l'évolution d'un certain nombre de rituels qui ont rendu la femme plus vulnérable à l'épidémie. Ces rituels revêtent diverses formes dans différents pays. Le message implicite de ces rituels est que la sexualité féminine représente l'interface entre deux formes les plus puissantes et les plus insidieuses d'oppression existant dans la société – l'identité sexuelle et la sexualité. Le peu d'empressement à aborder ces questions a limité l'efficacité des programmes visant à améliorer la santé des femmes, développer les qualifications de vie, et prévenir le VIH et autres maladies sexuellement transmissibles.

Comment ces rituels affectent-ils les femmes?

La jeune fille

En Asie du Sud, certaines cultures célèbrent l'apparition des premières menstruations de la jeune fille. La Menarche est considérée comme le symbole de la fécondité de la jeune fille, et la famille commence à envisager d'arranger son mariage. Le rituel comprend un bain cérémonial et la distribution de sucreries dans le quartier. Cependant, lier les menstruations à la maternité, et les séparer de la sexualité constitue un mécanisme de contrôle de la sexualité latente de la femme. Le mariage dès l'apparition des premières règles est une méthode utilisée par les parents pour canaliser la sexualité potentielle des jeunes femmes dans une condition socialement acceptable – la condition de mère éduquant ses enfants plutôt que celle de séductrice. Il y a en conséquence un énorme fossé entre l'expérience sexuelle vécue par les femmes et ce qu'elles voudraient que soient les rapports sexuels. Presque partout en Afrique du Sud, les femmes ont des rapports sexuels, qu'elles accomplissent comme un devoir, pour obtenir une position sociale sûre, ou pour tomber enceintes. La jeune fille ne tarde pas à

²⁴ A titre d'exemple, la dysplasie cervicale et la tuberculose sont deux maladies qui annoncent souvent l'infection à VIH chez la femme. Les femmes pauvres sont beaucoup plus susceptibles d'être infectées par le virus du papillome humain (VPH) et par la mycobactérie de la tuberculose. Cependant, du fait que la tuberculose et le VPH n'étaient pas des "maladies définissant le SIDA" selon les critères établis par le Centre de Contrôle des Epidémies, les femmes présentant ces maladies étaient négligées.

tomber enceinte²⁵, et le rituel du 'Vallaikapu' est aussitôt accompli. Les bras de la femme enceinte sont ornés de bracelets, officiellement pour dissuader toute autre relation conjugale pendant la grossesse, et la fin de ce rituel indique une séparation temporaire entre le mari et la femme, jusqu'à l'accouchement, et en fait jusqu'à quelques mois après. C'est pendant ces périodes de séparation forcée que les hommes cherchent des plaisirs sexuels hors mariage, comportement sur lequel la société ferme souvent les yeux.²⁶ La jeune fille devenue jeune mère retourne chez son mari pour accomplir son devoir sexuel, ignorant tout de l'infidélité de son mari et de sa propre exposition à l'épidémie.

La jeune mère

En Afrique de l'Ouest, un système de convictions sociales a été développé au fil du temps, pour gérer le processus de procréation. Dans l'échelle des valeurs sociales, la maternité est élevée à une valeur qui confère un grand statut social. Par ailleurs, une femme sans enfant est stigmatisée. Dans certaines parties de l'Afrique de l'Ouest, le châtement suprême est réservé aux femmes stériles. Elles n'ont pas droit à des funérailles normales, et sont enterrées furtivement la nuit, en dehors du village. Ainsi, si une femme a effectivement eu des rapports sexuels avec usage de préservatifs pour se protéger du VIH/SIDA, comment pourrait-elle prouver qu'elle est fertile? Dans certaines cultures au Nigeria, les femmes accomplissent des rituels pénibles pour garantir la fertilité. Au Nigeria, il y a la pratique traditionnelle du "gishiri" ou incision sur l'intérieur de la paroi vaginale, qui est censée guérir la stérilité.

Une femme qui meurt en couches est considérée comme un soldat tombé au champ d'honneur. Cette éthique de noblesse et de devoir a été intériorisée par les femmes de telle sorte qu'elles acceptent la douleur et l'inconfort provoqués par leurs rôles sexuel et reproductif comme l'essence même de la féminité. La préparation psychologique des jeunes filles à l'accouchement, au lieu de porter sur des informations factuelles sur la maternité sans risque, s'attache à accroître le seuil de tolérance de la douleur. Un exemple courant est le conseil donné aux jeunes mères de supporter un degré d'effort égal à celui qu'il faudrait pour produire de l'eau en pressant assez fortement une pierre. C'est ce stoïcisme qui fait que des signes cruciaux de vie en danger ne sont souvent communiqués que lorsqu'il est trop tard. Par exemple, les femmes considèrent l'hémorragie grave comme un bon signe, parce que le corps élimine le mauvais sang.²⁷ Ce qui a pour conséquence une santé reproductive médiocre, avec des lésions et incisions dans l'appareil génital de la femme. Avec en plus de cela l'incapacité induite par la société de pratiquer les rapports protégés, la prédisposition des femmes pour la maladie s'est accrue.

La veuve

Dans une étude du PNUD intitulée "Impact socio-économique du VIH et du SIDA sur les familles rurales en Ouganda", l'auteur, Daphné Topouzis, fait ressortir les réalités crues de ces situations à travers l'histoire réelle de Miriam. Miriam, une veuve originaire de Gulu, a perdu son mari sidéen, et est elle-même atteinte par le virus. Son beau-frère a essayé dès le début (conformément à la coutume) d'hériter d'elle, mais elle a catégoriquement refusé, pour ne pas les infecter lui et sa femme. Il l'a harcelée pendant près d'un an, et devant sa ferme résistance, il lui a coupé les vivres ainsi qu'à ses quatre enfants. Maintenant, il essaie de revendiquer la terre laissée par son frère. Le dilemme d'une veuve, c'est être héritée ou être abandonnée. Ainsi, l'héritage de la femme facilite grandement la propagation du VIH et peut infecter

²⁵ En Mauritanie, 15 pour cent des filles ont donné la vie vers 15 ans, au Bangladesh 21 pour cent ont au moins un enfant avant l'âge de 15 ans

²⁶ *Whispers from Within* par Solomon and Pachauri

²⁷ A Tora Mousso kela La – A Call Beyond Duty – Alpha Boubaca Diallo

plusieurs familles très rapidement. Lorsque les veuves sont héritées par les frères de leurs défunts maris, elles risquent de les infecter et d'infecter leurs coépouses. Si l'une de ces femmes donne naissance à des enfants par la suite, ils peuvent être également infectés par le VIH. Il arrive que des veuves dont le décès du mari n'a rien à voir avec le VIH soient infectées lorsque leur beau-frère est déjà atteint.

Les rituels évoqués ci-dessus le sont à titre indicatif, et ne sont pas exhaustifs. Ils sont révélateurs de la manière dont les femmes risquent d'attraper le virus durant toutes les étapes de leur vie – en tant que jeunes filles, en tant que mères, en tant qu'épouses, et en tant que veuves. La liste des mythes et pratiques autour de la sexualité de l'homme est longue. Dans un grand nombre de cultures, les parties génitales sont entourées de mystère parce que ce sont les 'instruments' dont on se sert pour maudire les autres. Chez les Kikuyu, par exemple, la pire malédiction qu'on puisse jeter à un homme, c'est généralement lorsqu'une femme ayant l'âge de sa mère lui montre son derrière.²⁸

- En Inde et en Indochine, on pense qu'avoir des rapports sexuels avec une vierge guérit les maladies sexuellement transmissibles chez les hommes.
- Dans l'ouest du Kenya, il se raconte entre adolescents que ne pas s'adonner au sexe donne des maux de reins.
- La socialisation des camionneurs d'Asie du Sud leur donne à croire qu'il est important d'avoir des rapports sexuels tous les 400 miles, pour dégager la chaleur produite dans le corps après de longues heures de conduite dans des cabines surchauffées.
- En Papouasie-Nouvelle-Guinée, il y a une croyance très répandue selon laquelle une prophylaxie des MST consiste à couper le pénis et à faire couler le sang éventuellement infecté après un rapport sexuel.
- Au Mexique, les rapports entre hommes sont généralement acceptés, à condition qu'ils prennent le rôle actif de la pénétration anale, étant donné que cela est considéré comme macho ou super mâle.
- Presque partout en Afrique, les femmes introduisent des corps étrangers dans leurs vagins, y compris des poudres à recurer et des pierres, pour assécher le passage vaginal parce qu'elles croient que la friction accrue donne plus de plaisir sexuel aux hommes, et que cela les empêchera de "sortir."

Les mythes sont également ancrés dans la nature du refus qui est associé au VIH/SIDA. Parce que le VIH/SIDA est si terrifiant, on est tenté de nier l'existence de la maladie. Après tout, cela ne serait-il pas bien que la maladie n'existât pas? Même aujourd'hui, presque partout dans le monde, il y a tendance à attribuer le VIH/SIDA à la sorcellerie, ou à penser que la médecine traditionnelle et alternative possède un médicament pour soigner le virus. Ce préjugé de l'esprit humain a empêché les gens d'assumer la responsabilité de leurs décisions sexuelles.

Aujourd'hui, les femmes vivant avec le VIH remettent cette situation en cause. Leurs voix se font entendre haut et fort. Leurs déclarations sont empreintes de fermeté et de conviction. Lydia qui, pendant huit mois, a survécu à des accès diarrhéiques, lutté contre le zona, vécu avec une horrible toux persistante, vomi pratiquement tout ce qu'elle avalait, et supporté des sueurs nocturnes qui la laissaient complètement trempée ainsi que des ulcères,

²⁸ Source – Understanding the Challenge – Raphael Tuju.

déclare: "Les kenyans doivent cesser de se leurrer sur cette maladie. Cessons de faire comme si le problème n'existait pas. Le problème est réel. J'en suis un exemple vivant. Des milliers de gens sont en train de souffrir. La maladie se propage jour et nuit comme une traînée de poudre. Alors pourquoi tous ces faux-semblants? Beaucoup de gens se conduisent avec légèreté, comme si le SIDA n'existait pas. Le SIDA est parmi nous. Plus tôt nous affronterons cette réalité en tant qu'individus et en tant que société, mieux ce sera pour nous tous."

En Ouganda, Agnès, qui vit avec le VIH, réussit à s'opposer à ce qu'un autre hérite d'elle comme femme. "La pauvreté n'est pas une excuse pour hériter de la femme." Elle pense que la femme peut s'opposer à ce qu'on hérite d'elle, mais que son assurance dépend largement de la manière dont elle a été éduquée, ainsi que du type de relation qu'elle avait avec son époux.

Patricia s'active à mettre sur pied dans son village, Tororo, un groupe qui encouragerait les filles à développer des aptitudes de vie pour pouvoir démolir les mythes qui entourent la sexualité, et pour créer des opportunités rémunératrices qui les éloigneraient de la "mauvaise compagnie" comme elle le dit.

En Asie, Mala vit sa séropositivité, avec son deuxième mari également séropositif, et tous deux travaillent avec un groupe d'appui pour les personnes atteintes du SIDA. Tous deux sentent qu'on a besoin d'eux et qu'on les apprécie. Le travail qu'ils font est si important.

La tâche pour les travailleurs du développement consiste à transformer cette énergie dispersée en une force holistique – une force qui va de la remise en question de mythes et pratiques profondément enracinés à la construction d'un ensemble d'informations basées sur la réalité, et un autre sur l'expérience vécue. Cela peut sembler être de l'utopie, mais les femmes commencent à rêver cette utopie. Et alors que nous entrons dans le prochain siècle, les femmes commencent à découvrir les moyens de vivre positivement avec le VIH/SIDA. C'est peut-être là une grande avancée dans la réduction de la prédisposition des femmes au virus en mutation.

SESSION 3

Implications des rapports entre les sexes

i. Objectif

- Permettre aux participants d'explorer leurs propres valeurs par rapport à l'identité sexuelle, au sexe et à la sexualité.
- Permettre aux participants d'évaluer leurs connaissances des rudiments du VIH/SIDA, d'un point de vue tenant compte des sexospécificités.

ii. Durée

30 minutes

iii. Supports/Équipement

Polycopiés: trois séries de deux ou trois déclarations sujettes à controverse, imprimées en gras. (Voir fin de la Session 3).

iv. Méthodologie

Renforcement du consensus par le biais de discussions de groupe et de réflexion participative.

v. Déroulement

1. Le facilitateur répartit les participants en trois groupes en les comptant par trois
2. Le facilitateur distribue à chaque groupe une série des déclarations sujettes à controverse, en leur demandant de parvenir à un consensus quant à leur accord ou leur désaccord avec ces déclarations, et de justifier leurs prises de positions.
3. Les déclarations sont les suivantes:

Groupe Un

- L'homosexualité n'est pas normale.
- Une femme séropositive peut donner naissance à un enfant séronégatif

Groupe Deux

- Les femmes porteuses du VIH ne doivent pas nourrir au sein leur bébé.
- Il y a moins d'un pour cent de risque de transmission du VIH par rapport sexuel non protégé avec pénétration.
- Les moustiques peuvent transmettre le SIDA par une piqûre intervenant dans les cinq minutes qui suivent celle d'une personne séropositive.

Groupe Trois

- L'éducation sexuelle encourage l'activité sexuelle précoce.

- S'occuper de personnes ayant le VIH/SIDA est dangereux.
 - On peut contrôler le VIH en faisant subir des tests à l'ensemble de la population d'un pays et isolant les personnes séropositives.
4. Le facilitateur demande au groupe d'identifier un animateur pour orienter les débats et faire un exposé à la plénière.
 5. Chaque groupe fait un rapport à la plénière. Après chaque exposé, le facilitateur sollicite les commentaires des deux autres groupes. Le facilitateur comble les lacunes en matière de connaissance et de compréhension, à partir des "Notes au facilitateur".

Notes au facilitateur, Session 3

- Pendant que les participants discutent des questions dans leurs groupes respectifs, le facilitateur passe du temps avec chaque groupe pour s'assurer que les discussions au sein du groupe ne s'écartent pas du sujet.
- Le facilitateur est libre de redistribuer les déclarations selon les forces des groupes.
- Cet exercice offre l'occasion de renforcer les capacités de réalisation du consensus, qui sont vitales pour les vecteurs du changement. Le facilitateur encourage les groupes à faire leur exposé à la plénière seulement lorsqu'ils parviennent à un consensus. S'il s'avère difficile de parvenir au consensus dans un groupe, le facilitateur doit intervenir et fournir au groupe à partir des notes de l'orateur des informations susceptibles d'accélérer le processus de renforcement du consensus.
- S'il n'y a toujours pas de consensus, l'exposé du groupe est remis à plus tard, donnant au facilitateur l'opportunité d'apporter une contribution pendant le déjeuner pour permettre le renforcement d'un consensus de groupe.

Voici les réponses aux questions

L'homosexualité n'est pas normale. – Faux

Les homosexuels sont attirés par des personnes du même sexe, et en tirent du plaisir sexuel. Aussi bien les hommes que les femmes peuvent avoir de telles attirances. Une personne peut à différents moments de sa vie découvrir qu'elle est attirée par des personnes différentes. La plupart des gens vont connaître au cours de leur vie un certain niveau d'attraction pour d'autres du même sexe. Cela est courant, et devrait être considéré comme normal. La réaction sexuelle de la personne ne correspond pas tout à fait à une série de termes prescrits. Chaque individu se situe quelque part dans une gamme d'attractions sexuelles. On estime que seuls dix pour cent de la population sont uniquement attirés par des personnes du même sexe. Les quatre-vingts pour cent restants se situent entre les deux, et choisissent surtout un mode de vie hétérosexuel.

L'éducation sexuelle encourage l'activité sexuelle précoce. – Faux

Des études réalisées en Amérique Latine renforcent l'idée selon laquelle les adolescents ont une très grande activité sexuelle, la plupart des jeunes commençant l'activité sexuelle dès l'adolescence. Les taux de rotation des partenaires sont également plus élevés pendant l'adolescence et jusqu'à un peu plus de vingt ans. Par ailleurs, les jeunes sont particulièrement vulnérables au VIH et autres MST: dans nombre de pays, 60 pour cent de l'ensemble des nouvelles infections touchent les jeunes de 15 à 24 ans. Des études multiculturelles portant sur plusieurs pays indiquent que les adolescents qui ont reçu de l'éducation sexuelle sont plus susceptibles de retarder le démarrage de l'activité sexuelle, et lorsqu'ils démarrent cette activité, ils sont plus en mesure de négocier des rapports protégés que ceux qui n'ont pas reçu d'éducation sexuelle.

D'autres études suggèrent l'importance de la participation communautaire à l'éducation sexuelle, et aussi le fait que parler de la sexualité avec des personnes de confiance est en soi un processus important. L'expérience au Zimbabwe suggère la nécessité de se focaliser non seulement sur les filles, mais aussi sur les garçons, les parents et les enseignants. A ce sujet, un programme démarré avec les filles, sur leur demande, a été élargi aux garçons (par groupes de filles ou de garçons, puis par groupes mixtes), et par la suite aux parents et aux enseignants.

Lorsque les jeunes reçoivent des informations, l'acquisition de compétences, et des services, ils sont souvent plus susceptibles de les utiliser que les personnes plus âgées. Il est possible que les jeunes rechignent à adopter des comportements à moindre risque au début de leurs 'carrières' sexuelles. L'éducation par les pairs, c'est-à-dire le dialogue entre jeunes, s'est avérée être une stratégie efficace.

Les femmes séropositives ne doivent pas nourrir leurs bébés au sein. – Vrai

Le lait maternel de la femme séropositive transmet le virus au bébé. En conséquence, dans les pays développés, il est conseillé aux mères séropositives de ne pas allaiter leurs bébés. Mais dans les pays en développement, on continue de promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel, selon que les mères aient accès à l'eau salubre et/ou à l'approvisionnement en lait artificiel. De surcroît, il faut garder à l'esprit le contexte culturel qui fait que dans certaines sociétés, les mères qui n'allaitent pas soient stigmatisées et fassent l'objet de discriminations. En mai 1998, le programme commun OMS/UNICEF/ONUSIDA a annoncé de nouvelles

lignes directrices pour promouvoir des substitutions au lait maternel pour les mères séropositives. Ces lignes directrices soulignent qu'il faut garantir l'accès à des quantités suffisantes et adaptées au plan nutritionnel de substitut au lait maternel, et appuient la nécessité d'appliquer des mesures visant à empêcher que l'allaitement maternel ne soit pas compromis pour les mères séronégatives, par exemple le respect du Code International de commercialisation des substituts au lait maternel.

Il y a moins d'un pour cent de risques de transmission du VIH par rapport sexuel avec pénétration non protégé. – Vrai

Le taux de transmission du VIH par rapport sexuel non protégé est inférieur à un pour cent. Le VIH ne peut pas pénétrer à travers la peau ou la membrane muqueuse intacte et entrer dans le système sanguin. Il faut une rupture dans la membrane muqueuse, par exemple un ulcère par lequel il peut pénétrer dans le système sanguin. Il est donc impératif de promouvoir des stratégies visant à améliorer la santé de la reproduction de la plupart des femmes, comme mesure préventive contre le VIH/SIDA.

Les moustiques peuvent transmettre le SIDA par une piqûre intervenant dans les cinq minutes qui suivent celle d'une personne séropositive. – Faux

Le virus du VIH vit dans les lymphocytes. Il ne peut vivre en dehors de son hôte. Ainsi, dès que le lymphocyte meurt, le VIH est inactivé. Les moustiques sucent le sang pour se nourrir, mais n'injectent pas de sang. Toute goutte aussi infime soit-elle de sang laissée sur l'extérieur du dard du moustique serait incapable de transmettre le virus, étant donné qu'elle sèche très rapidement. Une preuve statistique rassurante que les moustiques ne propagent pas le VIH, c'est que la démographie de l'infection à VIH et celle de l'infection paludéenne ne sont pas les mêmes. Étant donné que la plupart des infections ont eu lieu par transmission sexuelle, ce sont en grande partie les personnes du groupe d'âge le plus sexuellement actif qui sont infectées et qui meurent du SIDA. La plupart des décès dus au SIDA surviennent entre 25 et 45 ans. Le paludisme par contre, affecte toutes les tranches d'âge. Particulièrement vulnérables sont les tout-petits et les personnes très âgées. Ainsi, si les moustiques pouvaient également transmettre le VIH, il serait aussi fréquent chez les personnes très âgées et les tout-petits que chez les jeunes adultes.

Une femme séropositive peut donner naissance à un enfant séronégatif. – Vrai

Le virus peut se transmettre de la femme séropositive à l'enfant pendant la période antepartum, intrapartum ou postpartum. Il n'en demeure pas moins qu'il y a soixante-dix pour cent de risques pour une femme séropositive de donner naissance à un enfant séronégatif. Elle peut ramener le risque de transmission du virus à moins de cinq pour cent, en prenant des médicaments antirétroviraux, et en ne donnant pas le sein au bébé.

S'occuper de personnes ayant le VIH/SIDA est dangereux. – Faux

S'occuper de personnes ayant le VIH/SIDA ne peut pas transmettre le virus. Le VIH se transmet par de rapports sexuels non protégés avec une personne infectée, par le sang et les produits sanguins infectés, et de la mère infectée à l'enfant avant, pendant ou aussitôt après l'accouchement.

Le VIH n'est pas transmissible par des contacts occasionnels comme par exemple se toucher, se tenir ou se serrer la main, le contact physique dans les lieux publics bondés, travailler ou

jouer ensemble, partager nourriture, couvert et vêtements, manger des repas préparés par une personne infectée, le baiser, les piqûres de moustiques et autres insectes, les piscines, et les toilettes.

De surcroît, s'occuper de personnes ayant le VIH/SIDA est sans danger si certaines précautions sont prises par le fournisseur de soins, par exemple éviter tout contact avec les fluides corporels de la PVVIH, en cas de coupures ou de lésions aux mains.

On peut contrôler le VIH en faisant subir des tests à l'ensemble de la population d'un pays et isolant les personnes séropositives. – Faux

Tout test doit avoir le consentement de la personne qui doit le subir. Contrairement à d'autres maladies telles que la tuberculose et le paludisme, l'épidémie de VIH comporte des questions sociales, culturelles, morales et politiques complexes. Par ailleurs, étant donné que tout ce qui a trait au sexe, par exemple la prostitution, les MST, et aujourd'hui le VIH, est considéré par la société comme un sujet tabou, une personne séropositive ferait l'objet de discrimination et de stigmatisation. Cela à son tour inciterait les personnes ayant un comportement à haut risque de fuir les tests et de se tenir cachée, entravant ainsi toute mesure prise pour contrôler la progression de l'infection. Il faut donc encourager les tests volontaires, consentis, et ne pas rendre obligatoires les tests. En outre, il y a une "période de silence sérologique" pouvant aller jusqu'à six mois entre l'infection et la détection des anticorps dans le sang.

Il faut également noter qu'il ne sera peut-être pas financièrement possible de faire subir des tests répétés à tout un chacun, étant donné le coût élevé des tests et du conseil, et il sera peut-être plus pratique d'utiliser des ressources aussi restreintes pour les stratégies de prévention et de traitement.

Madhu Bala Nath
Conseiller en Genre & HIV, UNAIDS/UNIFEM

GROUPE I

1. L'homosexualité n'est pas normale.

2. Une femme séropositive peut donner naissance à un enfant séronégatif

GROUPE II

- 1. Les femmes porteuses du VIH ne doivent pas nourrir au sein leur bébé.**
- 2. Il y a moins d'un pour cent de risque de transmission du VIH par rapport sexuel non protégé avec pénétration.**
- 3. Les moustiques peuvent transmettre le SIDA par une piqûre intervenant dans les cinq minutes qui suivent celle d'une personne séropositive.**

GROUPE III

1. L'éducation sexuelle encourage l'activité sexuelle précoce.

2. S'occuper de personnes ayant le VIH/SIDA est dangereux

3. On peut contrôler le VIH en faisant subir des tests à l'ensemble de la population d'un pays et isolant les personnes séropositives.

SESSION 4

Silhouettes démographiques

i. Objectif

Sensibiliser aux causes et conséquences sociales et économiques de l'épidémie au niveau de la famille, et par extension au niveau de la communauté.

ii. Durée

1 heure 30 minutes

iii. Supports/Équipement

1. Découpages de silhouettes représentant des personnes de différents âges et sexe. Elles doivent avoir un point jaune sur le haut, et certaines un point bleu au dos.
2. Rétroprojecteur
3. Transparent 3 – Inégalités hommes-femmes et VIH/SIDA

iv. Méthodologie

Silhouettes Démographiques²⁹ -- Travail en groupe pour développer l'histoire d'une famille choisie parmi les silhouettes distribuées.

v. Déroulement

1. Le facilitateur dispose sur une table une pile de silhouettes d'hommes, de femmes, d'enfants, d'hommes âgés et de femmes âgées, le point jaune au dessus.
2. Le facilitateur forme trois groupes et demande à chaque groupe de choisir des silhouettes représentant les membres d'une famille imaginaire.
3. Une fois toutes les familles imaginaires formées, le facilitateur invite les participants à développer l'histoire de leur famille, en indiquant les rôles que jouent les membres relativement à la satisfaction des besoins économiques, sociaux, sanitaires et autres de la famille. Cet exercice doit aboutir à un vivant échange d'idées sur la manière dont les différents membres contribuent à la qualité de vie de la famille.
4. Après avoir écouté les différentes histoires, le facilitateur demande aux groupes de tourner les cartes de l'autre côté, où certaines sont marquées d'un point bleu.
5. Le facilitateur dit alors aux groupes que ces membres ont le VIH/SIDA.
6. Ensuite il/elle demande aux participations de développer davantage l'histoire, en réfléchissant et discutant sur la manière dont cette nouvelle information va affecter les rôles familiaux établis, et le bien-être de l'ensemble de la famille.
7. Le facilitateur demande quels sont les problèmes qui se dégagent des histoires, par exemple la charge des femmes, le refus d'admettre, l'impact sur l'économie, et à la

²⁹ Lyra Srinivasan, ACDIL Goa, Inde, a développé cet outil pédagogique.

fin de la discussion, le facilitateur présente un transparent du schéma indiquant les relations entre les disparités hommes-femmes et le VIH/SIDA.

8. Si le temps le permet, le facilitateur sollicite des commentaires sur la façon dont un impact au niveau du ménage peut se transformer en un impact au niveau national et macroéconomique.

Note au facilitateur, Session 4

L'impact du VIH sur les ménages a fait l'objet d'un certain nombre de recherches. Ces recherches sont disponibles qualitativement et quantitativement, et ont fait l'objet d'une synthèse. Il est recommandé au facilitateur de lire soigneusement les points d'intervention annexés à l'article intitulé "Vivre d'une manière positive dans les démographies changeantes". Si le facilitateur intériorise toutes ces informations sur l'impact sur le ménage, la discussion à la fin des présentations sera plus réaliste et plus crédible.

DISPARITES HOMMES/FEMMES ET VIH/SIDA

VIH/SIDA

Conséquences

Causes

Disparités
Hommes-femmes

Points d'intervention pour le facilitateur Session 4

Impact du VIH/SIDA sur le développement

i. Infrastructure

- En Côte d'Ivoire, en Zambie et au Zimbabwe, les malades infectés par le VIH occupent 50 à 80 pour cent de l'ensemble des lits des hôpitaux urbains.
(Source: *Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique* – Banque mondiale, août 1999)
- La Société nationale des chemins de fer de l'Ouganda a connu un taux annuel de rotation de cinquante pour cent. Près de dix pour cent de ses 5600 employés sont morts du SIDA ces dernières années.
(Source: *Aids & Society: International Research and Policy Bulletin*, Vol. 6, No. 2, janvier 1995)

ii. Mortalité

- Les projections pour la Zambie et le Zimbabwe indiquent qu'à cause du SIDA, les taux de mortalité infanto-juvénile pourraient pratiquement tripler d'ici l'an 2000.
(Source: UNAIDS Fact Sheet – Décembre 1996)
- Selon les projections de l'OMS, en Afrique subsaharienne, d'ici les toutes prochaines années, la mortalité infantile pourrait augmenter jusqu'à 30 pour cent, à cause de la transmission périnatale du virus VIH.
(Source: James Chin – *Current and Future Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic in women and children* 1990)
- D'ici 2005, la mortalité infantile en Afrique du Sud sera 60 pour cent plus élevée qu'elle ne l'aurait été sans le SIDA.
(Source: *Intensifier la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique* – Banque mondiale 1999)
- Sans le VIH/SIDA, l'espérance moyenne de vie en Afrique en l'an 2000 aurait été de 62 ans. Au lieu de cela, il est prévu qu'elle va chuter à 47 ans. (l'espérance de vie au Botswana était de 65,2 ans en 1996, mais il a chuté à 52,3 en 1997.)
(Source: *Rapport sur le Développement Humain* 1997)
- Le VIH/SIDA est aujourd'hui la principale cause de décès en Afrique.
(Source: *Rapport sur le Développement Humain* 1999)

iii. Agriculture

- Dans certains districts de l'Ouganda, il devient de plus en plus difficile de mettre en œuvre le service de vulgarisation agricole, étant donné que le personnel agricole assiste fréquemment à des funérailles. Parmi les décès figurent des technocrates qualifiés qui sont difficiles à remplacer. En Ouganda, l'agriculture représente plus de 60 pour cent du PIB et apporte 98 pour cent des recettes d'exportation et plus de 40 pour cent des recettes publiques. En 1996, 10 pour cent de l'ensemble de la population et 20 pour cent des hommes et des femmes sexuellement actifs, étaient infectés par le virus.
(Source: *Impact Socio-Economique du SIDA sur les Familles Rurales en Ouganda*, Daphne Topouzis)
- Selon des études réalisées par la FAO, les conséquences du VIH sur les moyens d'existence et les systèmes d'exploitation ruraux en Ouganda, en Tanzanie et en Zambie deviennent sérieuses. En Ouganda, une communauté autrefois prospère dans le district sévèrement touché de Rakai voit partir des jeunes gens de 18 à 35 ans. Les maisons et les fermes tombent en ruines, et il y a une transition évidente de la production de café et de banane à forte intensité de main-d'œuvre, aux féculents tels que l'igname et la patate douce. La moitié des plantations retournent à l'état de brousse. Dans la plantation de sucre de Nakambala, en Zambie, entre avril 1992 et mars 1993, 75 pour cent des décès étaient dus au VIH/SIDA, et 73,2 pour cent des personnes décédées étaient âgées de 31 à 50 ans.

- A Kagera, en Tanzanie, la production agricole aurait chuté de 3 à 20 pour cent de son précédent niveau, à cause des décès liés au VIH/SIDA.
(Source: Implications du VIH/SIDA pour la politique et la programmation du développement rural, Topouzis et Hemrich)
- D'ici 2005, la mortalité infantile en Afrique du Sud sera 60 pour cent plus élevée qu'elle ne l'aurait été sans le SIDA.

iv. Education

- Dès 1991, un recensement de la population et du logement a indiqué que dans certains districts de l'Ouganda, les orphelins représentent 23 à 33 pour cent de la population. Près de 70 pour cent de ces enfants ont entre 10 et 19 ans. Selon une étude de l'USAID effectuée dans l'un de ces districts (Gulu), en 1990, 71 pour cent des garçons et 86 pour cent des filles ont abandonné l'école entre CI et le CM.
(Source: *Impact Socio-Economique du SIDA sur les Familles Rurales en Ouganda*, Daphne Topouzis)
- En 1995, à cause du VIH/SIDA, les établissements scolaires en Zambie perdaient en moyenne quatre enseignants par semaine, parce qu'ils étaient malades ou parce qu'ils assistaient à des funérailles. Le taux de morbidité et de mortalité combiné représente une augmentation de 25 pour cent des dépenses publiques pour maintenir les niveaux actuels de recrutement et de dotation en personnel dans le secteur de l'éducation.
(Source: SAFAIDS News December 1996 – referring to Researchers Mukuka and Kalikiti 1995.)
- D'ici 2010, 15 000 enseignants en Tanzanie mourront du VIH/SIDA. Le coût de la formation de nouveaux enseignants pour les remplacer a été évalué à 37,8 millions de dollars.
(Source: *Intensification de la lutte contre le SIDA en Afrique – Banque mondiale 1999*)

v. Santé

- Avec l'augmentation du VIH en Côte d'Ivoire, le système de santé publique ne peut plus faire face à la demande, et les personnes souffrant de maladies sans rapport avec le VIH ont été orientées vers la médecine privée ou les tradipraticiens.
- Les soins touchant au VIH absorbent une proportion accrue des ressources de la santé publique. Au centre hospitalier universitaire de Treichville, à Abidjan, les patients infectés par le VIH occupent en moyenne 25 pour cent des journées des différents services hospitaliers. Le coût de la lutte contre le VIH absorbe 25 pour cent du budget de fonctionnement de l'hôpital. Il absorbe 11 pour cent de la totalité des frais de fonctionnement de l'ensemble du budget de la santé publique.
(Source: *Analyse du SIDA Afrique – Etudes de recherches sponsorisées par la Commission Européenne et publiées à la Conférence d'Abidjan sur le Sida en Afrique, Décembre 1997*)

vi. Industrie

- Selon une étude réalisée au Kenya, le VIH/SIDA pourrait accroître de 23 pour cent les coûts de la main-d'œuvre pour certaines entreprises, d'ici l'an 2005. Une évaluation de plusieurs entreprises du secteur privé au Botswana et au Kenya a révélé que les facteurs les plus significatifs de l'augmentation des coûts de la main-d'œuvre sont l'absentéisme lié au VIH/SIDA et les frais d'enterrement. Il est prévu que ces dépenses vont doubler d'ici 2005, si l'épidémie continue de progresser à ce rythme.
(Source: *Intensification de la lutte contre le SIDA en Afrique – Rapport de la Banque mondiale Août 1997*)

Note 1

L'indice de la Pauvreté Humaine du PNUD (dont les composantes sont la longévité, le manque de connaissances et de niveau de vie), ainsi que l'Indice du Développement Humain (composé de l'espérance de vie, l'alphabétisation et le revenu par habitant) sont très sensibles à l'impact du SIDA. Il ressort d'études financées par le PNUD que certains pays ont en moyenne perdu plusieurs années de progrès en matière de développement humain, l'impact du VIH/SIDA contribuant de manière décisive à cette régression.

Pays	Pertes en nombre d'années
Zambie	10
Tanzanie	8
Rwanda	7
République Centrafricaine	6
Burundi, Kenya, Malawi, Ouganda et Zimbabwe	3 à 5

Note 2

L'approche de la promotion des réponses à assise communautaire est particulièrement pertinente pour l'Asie et le Pacifique, où les économistes soutiennent que bien que le SIDA soit une maladie coûteuse pour chaque patient, rien ne prouve qu'elle est tout aussi coûteuse au niveau de l'économie nationale dans les pays de l'Asie et du Pacifique. Cela est peut-être dû à la situation excédentaire du pays pour ce qui concerne la main-d'œuvre. Leur analyse de l'impact de la Peste Noire sur les salaires en Europe de l'Est au quatorzième siècle, et celui de l'épidémie de grippe de 1918-19 sur la production agricole par habitant en Inde étayent davantage ces conclusions. En se fondant sur ces conclusions, des économistes comme Bloom et Mahal ont déclaré à travers la recherche financée par le PNUD qu'il faudrait réorienter les interventions en faveur du VIH et du développement en Asie, pour se focaliser davantage sur les individus, les familles et les ménages, sur les causes économiques de l'épidémie en Asie, et sur l'évaluation économique des politiques et programmes alternatifs qui favorisent la bonne gouvernance.

Note 3 – Il n'y a pas le choix

Bien que les femmes soient engagées de manière productive dans les secteurs formel comme informel de l'économie, il y a des différenciations liées au sexe dans l'accès des hommes et des femmes aux ressources destinées à la production, telles que la terre, les biens immobiliers, le crédit, l'emploi, la formation et l'éducation.

Les divers facteurs précédemment examinés doivent être également considérés dans la construction sociale de la sexualité des femmes, qui veut que pour la survie de la société, les femmes passent l'essentiel de leur vie en état de grossesse ou à éduquer des enfants. En conséquence, il est considéré comme convenable de "contenir" la sexualité de la femme, afin qu'elle soit perçue comme une mère qui nourrit ses enfants.³⁰ Cette approche a eu pour conséquence un énorme fossé entre l'expérience réelle des rapports sexuels par les femmes, et ce qu'elles voudraient qu'ils soient. En conséquence, les femmes ont des rapports sexuels non pas forcément pour exprimer l'amour et le plaisir, mais pour les raisons suivantes:

³⁰ Il n'en va pas de même pour les hommes, qui, plutôt que d'être des procréateurs passifs, doivent acquérir puissance et statut au dehors, ce qui fait que la promiscuité sexuelle doit être acceptée, et au pire pardonnée.

- Pour tomber enceintes
- Par devoir
- Par profession
- Pour assurer leur subsistance
- Pour obtenir une position sociale

En conséquence, l'expérience est souvent dure et violente pour la femme. C'est là un aspect de la féminisation de la pauvreté qu'il faut aborder. Selon le Rapport sur le Développement Humain de 1997, "la pauvreté humaine est bien plus que la pauvreté du revenu. C'est une absence de choix et d'opportunités pour vivre une vie décente."

Madhu Bala Nath
CONSEILLERE EN GENRE
ONUSIDA/UNIFEM

Points d'intervention suite

"Vivre positivement dans les démographies changeantes" – par Madhu Bala Nath

UNE DEMOGRAPHIE CHANGEANTE

Selon le dernier rapport sur la population préparé par la division de la population du Département des Affaires Economiques et Sociales de l'ONU³¹, les enfants qui viennent au monde dans 29 pays d'Afrique subsaharienne ont une espérance de vie de 47 ans tout juste, à cause du nombre des victimes. Ce chiffre de l'espérance de vie représente une baisse de seize ans. Sans le VIH/SIDA, l'espérance de vie dans ces pays aurait été de 63 ans.

Le US Census Bureau a enregistré des tendances similaires. Une étude récente sur l'impact du VIH/SIDA sur la démographie, réalisée par le US Census Bureau dans 23 pays, ³² déclare que les pays pourraient connaître les conséquences démographiques les plus graves du VIH/SIDA des années après que l'épidémie eut atteint son point culminant. Il est prévu que l'espérance de vie va tomber à 40 ans ou moins dans neuf pays d'Afrique subsaharienne d'ici 2010. La même étude soutient que d'ici 2010, le SIDA va réduire les taux de croissance démographique à moins de la moitié des niveaux prévus, et qu'ils resteront faibles ou négatifs pendant plusieurs années. Dans trois pays, Botswana, Guyana et Zimbabwe, les taux de fertilité pourraient baisser suffisamment pour entraîner une croissance démographique négative d'ici l'an 2010.

Un corollaire à la diminution de l'espérance de vie est l'augmentation du nombre de jeunes orphelins. Dans un rapport intitulé "Children on the Brink", le US Census Bureau a prévu que d'ici l'an 2010, le nombre d'enfants qui auront perdu leurs mères ou leurs deux parents à cause du VIH/SIDA augmentera à 22,9 millions. En conséquence, il y aura en Afrique subsaharienne 12 fois autant d'enfants de moins de 15 ans que d'adultes de plus de 64 ans. Le vingt-et-unième siècle aura donc, du moins dans certaines parties du continent, un profil démographique avec un pourcentage accru d'enfants de moins de quinze ans, confrontés à des défis uniques et jouant des rôles que les enfants ont rarement joué au cours des siècles précédents.

Le contexte démographique se présentant ainsi, les images de l'épidémie en Afrique sont celles de familles étranges au plan cognitif:

- Enfants chefs de familles
- Adultes malades entourés d'enfants ne sachant pas du tout comment s'occuper de personnes âgées et de malades.
- Communautés au bord de la survie, cherchant à faire face à la demande de main-d'œuvre productive
- Femmes malades s'occupant d'enfants malades

22 millions d'individus vivent avec le SIDA dans cette région.³³

On prévoit un impact encore pire en Asie qu'en Afrique subsaharienne. Bien que le VIH ait fait une apparition tardive dans la région Asie-Pacifique, sa progression a été rapide. Depuis

³¹ Source - Briefing packet – révision 1998 des estimations et projections de la population mondiale

³² Source - Children on the Brink – Strategies to support Children Isolated by HIV/AIDS – USAID - 1998

³³ UNAIDS Fact Sheet June 1998

1994, pratiquement tous les pays de la région ont vu une augmentation de plus de 100 pour cent des taux de prévalence. Aujourd'hui, on pense que 6,4 millions d'individus en Asie vivent avec le VIH, dans cette région qui abrite 60 pour cent de population sexuellement active du monde.³⁴

En Amérique Latine, 1,4 millions d'individus vivent avec le VIH. Les facteurs caractéristiques du modèle de développement dans la région sont une dette extérieure élevée, un ratio tout aussi élevé du service de la dette, une faible capacité de production alimentaire, et un taux d'urbanisation très élevé. Tout cela a engendré des problèmes de développement qui augmentent et féminisent la pauvreté. Car la pauvreté urbaine est sans racine, et caractérisée par l'expansion d'un secteur informel peu productif (où les femmes se regroupent pour trouver des moyens de subsistance) ainsi que les changements démographiques rapides qui reflètent l'éclatement des familles et communautés. L'épidémie dans cette région est particulièrement marquée par le nombre élevé de jeunes (notamment les enfants des rues contraints par les effets de l'urbanisation rapide de quitter la sécurité d'un foyer stable) qui sont en danger. Selon une étude réalisée à Rio de Janeiro, 60 pour cent des jeunes garçons de 15 à 19 ans avaient des rapports sexuels.³⁵ Des taux aussi élevés n'ont pas été relevés dans les échantillonnages de jeunes garçons ailleurs dans le monde.

Ces dernières décennies, l'Afrique du Nord et la région Asie de l'Ouest ont connu des troubles politiques, sociaux, économiques et démographiques majeurs, qui ont eu pour effet d'exacerber les disparités existantes et assez importantes entre les sexes. La guerre du Golfe qui perdure, et d'autres conflits armés tels que la guerre entre l'Iran et l'Iraq, la crise pétrolière entre l'Iraq et le Koweït, les guerres civiles en Algérie et en Somalie, ont créé des situations de déplacements massifs de populations. Selon les estimations de l'ONUSIDA, la région compte 210 000 séropositifs, dont 20 pour cent de femmes.³⁶

En Europe de l'Est, bien que les nombres absolus soient plus faibles, nombre de pays ont vu les infections doubler ou tripler depuis 1994.³⁷

HOMMES, FEMMES, ET EPIDEMIE DU VIH/SIDA

Avec la progression géométrique de l'épidémie, son impact sur la vie des hommes et des femmes devient de plus en plus visible. Aujourd'hui, environ 34 pour cent des 33,4 millions d'adultes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes, et la proportion augmente³⁸. Sur les 16 000 nouvelles infections quotidiennes, la proportion de femmes infectées est de 50 pour cent. Selon une tendance observée ailleurs, le rapport hommes-femmes chez les personnes infectées par le VIH a commencé à s'égaliser. Au Brésil, le rapport était de 16:1 en 1986, mais les chiffres pour 1997 indiquent un ratio de 3:1.³⁹ La prédisposition des femmes au virus est en constante progression.

Les femmes sont plus vulnérables au plan biologique, parce qu'en tant que partenaire réceptive, la femme a une plus grande surface muqueuse exposée au cours du rapport sexuel. En outre, la concentration de VIH est beaucoup plus forte dans le sperme que dans le fluide vaginal. Les femmes risquent donc beaucoup plus d'avoir le VIH, d'autant plus si le rapport a

³⁴ Source - Intensifying the Global Response to the Epidemic Déclaration du Dr. Peter Piot à la Chambre américaine des Représentants, Comité des Relations Internationales.

³⁵ Source - SIDA – Images de l'épidémie – OMS 1994

³⁶ Source - UNAIDS Fact Sheet – Juin 1998

³⁷ Source - Intensifying the Global Response to the Epidemic Déclaration du Dr. Peter Piot à la Chambre américaine des Représentants, Comité des Relations Internationales.

³⁸ Source - UNAIDS Fact Sheet – Juin 1998

³⁹ Source - UNAIDS Fact Sheet – Décembre 1996 et 1997.

lieu à un âge où la surface muqueuse est encore fragile, où lorsqu'elle est endommagée à cause de rituels et de pratiques tels que l'infibulation, les mariages précoces, etc.⁴⁰

Les femmes sont plus vulnérables au plan épidémiologique que les hommes, parce qu'elles ont tendance à se marier ou à avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, qui ont peut-être eu plus de partenaires, et sont donc plus susceptibles d'être infectés. Les femmes ont fréquemment besoin de transfusions sanguines au cours de l'accouchement et de l'avortement, étant donné que la fréquence de l'anémie est généralement très élevée chez les femmes enceintes dans les pays en développement. En Inde, une évaluation faite par l'Indian Council of Medical Research (Conseil Indien de la Recherche Médicale) a signalé une fréquence allant jusqu'à 87,6 pour cent de l'anémie chez les femmes enceintes.⁴¹

La dichotomie intérieur – extérieur qui a socialement confiné les femmes à l'intérieur, a en fait une incidence certaine sur la sexualité de la femme. Cette incidence a trait à l'impossibilité pour elle d'être en contact avec l'extérieur. Une femme peut-elle s'affirmer sexuellement? Peut-elle suggérer à son époux ou à son partenaire des rapports protégés, sans crainte de subir des violences, étant donné que la suggestion elle-même comporte un signe d'infidélité? L'épidémie, en conséquence, touche à présent des femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire sexuel. 97 pour cent des femmes interviewées dans l'étude sur les MST réalisée au Zimbabwe ont cité leurs époux comme source de leur infection.⁴² La femme est-elle sexuellement protégée, même de ses soi-disant protecteurs? Selon une étude récente de l'ONG indienne SAKSHI, 60 pour cent des enfants de 13 à 15 ans fréquentant l'école ont été victimes de violences sexuelles, 40 pour cent à l'intérieur des familles, et 25 pour cent ont été victimes de violences graves, telles que le viol.⁴³ Cette dichotomie intérieur – extérieur a également engendré le problème du manque d'accès aux et de contrôle sur les ressources destinées à la production. Les problèmes de survie ne font que croître, et en fait transforment les individus de créateurs en survivants. Le VIH a pu se développer et survivre dans des situations où le commerce du sexe reste parfois la seule option viable pour la survie.

UNE CULTURE DU SILENCE

Malgré ces réalités, pourquoi les voix des femmes atteintes du VIH/SIDA ne se sont-elles pas fait entendre dans les commentaires scientifiques et populaires sur la pandémie pendant toute une décennie? Quand on effectue une recherche utilisant le mot 'SIDA', plus de 100 000 références apparaissent aussitôt. Si on restreint les recherches en ajoutant le terme 'Femmes et SIDA' on trouve à peine plus de 2000 références. Mais si les recherches sont restreintes à "Femmes, Pauvreté et Sida", l'ordinateur vous informe qu'il n'y a aucune référence correspondant à cette spécification.⁴⁴ L'une des explications de ce mutisme est que la majorité des femmes ont été dépossédées de leur voix bien avant l'apparition du VIH, pour leur compliquer davantage la vie.

Cela parce que la construction sexuelle de la sexualité, avec ses mythes et valeurs intrinsèques autour de la moralité, la fertilité et la sexualité, a servi à projeter des valeurs et normes sociales qui ont été différentes pour les hommes et différentes pour les femmes. Ainsi, dans bien des régions du monde, les cultures considèrent l'ignorance de la sexualité par la femme comme un signe de pureté et inversement, la connaissance de la sexualité et de la physiologie reproductive comme un signe de mœurs légères. A cela s'ajoute l'absence d'un langage positif de la sexualité. Le langage existant autour de la sexualité est probablement le moyen le plus

⁴⁰ Source - Young Women, Silence, Susceptibility and the HIV Epidemic Elizabeth Reid – UNDP Issues Paper

⁴¹ Source - She Can Cope – Madhu Bala Nath

⁴² Source - Psychological Aspects and gender Issues in Zimbabwe – Pitts and Bowman

⁴³ Source - Sexual Behavior Among Adolescents in India – Kapur and Purewal

⁴⁴ Source - Women, Poverty and AIDS - Farmer, Connors and Simmons 1996.

difficile d'articuler cette dernière. En conséquence, une conspiration du silence continue d'entourer le VIH/SIDA.

Les femmes ont éprouvé des difficultés pour vaincre ces barrières du silence et n'ont pas été capables de communiquer avec les cliniciens et les conseillers – les deux piliers essentiels pour aider la femme à surmonter l'impact de l'épidémie. Les femmes éprouvant de la gêne à parler de la sexualité, on en sait très peu sur la maladie chez elles. Les hommes ont composé la majorité des sujets des études qui forment la base du traitement actuel de l'infection à VIH par une thérapie antirétrovirale, ainsi que des meilleures connaissances de la prophylaxie et du traitement des infections opportunistes. Cotton et al ont réexaminé les données concernant la participation des malades aux tests des centres polycliniques, et ont constaté un taux de participation féminine de 6,7 pour cent seulement.⁴⁵

VIVRE POSITIVEMENT/ SA SEROPOSITIVITE

Aujourd'hui, les femmes vivant avec le VIH remettent cette situation en cause. Leurs voix se font entendre haut et fort. Leurs déclarations sont empreintes de fermeté et de conviction. Lydia qui, pendant huit mois, a survécu à des accès diarrhéiques, lutté contre le zona, vécu avec une horrible toux persistante, vomi pratiquement tout ce qu'elle avalait, et supporté des sueurs nocturnes qui la laissaient complètement trempée ainsi que des ulcères, déclare: "Les kenyans doivent cesser de se leurrer sur cette maladie. Cessons de faire comme si le problème n'existait pas. Le problème est réel. J'en suis un exemple vivant. Des milliers de gens sont en train de souffrir. La maladie se propage jour et nuit comme une traînée de poudre. Alors pourquoi tous ces faux-semblants? Beaucoup de gens se conduisent avec légèreté, comme si le SIDA n'existait pas. Le SIDA est parmi nous. Plus tôt nous affronterons cette réalité en tant qu'individus et en tant que société, mieux ce sera pour nous tous."

En Ouganda, Agnès, qui vit avec le VIH, réussit à s'opposer à ce qu'un autre hérite d'elle comme femme. "La pauvreté n'est pas une excuse pour hériter de la femme." Elle pense que la femme peut s'opposer à ce qu'on hérite d'elle, mais que son assurance dépend largement de la manière dont elle a été éduquée, ainsi que du type de relation qu'elle avait avec son époux.

Patricia s'active à mettre sur pied dans son village, Tororo, un groupe qui encouragerait les filles à développer des aptitudes de vie pour pouvoir démolir les mythes qui entourent la sexualité, et pour créer des opportunités rémunératrices qui les éloigneraient de la "mauvaise compagnie" comme elle le dit.

En Asie, Mala vit sa séropositivité, avec son deuxième mari également séropositif, et tous deux travaillent avec un groupe d'appui pour les personnes atteintes du SIDA. Tous deux se sentent qu'on a besoin d'eux et qu'on les apprécie. Le travail qu'ils font est si important.

LE VIH ET LES JEUNES – UNE FORCE DU CHANGEMENT

Ce genre d'efforts de prévention de la progression de l'épidémie a fatalement provoqué la remise en question par les jeunes des normes sociales existantes. Une poignée de jeunes, pas encore une masse critique, posent des questions du genre – "Pourquoi nos parents ne nous parlent-ils pas de la sexualité?" Pourquoi la société excuse-t-elle la promiscuité sexuelle chez les hommes, et pourquoi la virginité est-elle aussi importante chez les jeunes filles? Ces questions sont posées parce que les jeunes réalisent que leur accès à l'information sur la santé sexuelle est contraint par l'existence de cadres sociaux. Les jeunes femmes mettent leur santé sexuelle en danger parce qu'elles doivent se montrer ignorantes et donc ne peuvent pas

⁴⁵ Source - Women, Poverty and AIDS - Farmer, Connors and Simmons 1996.

chercher ouvertement des informations. Les jeunes hommes mettent leur santé sexuelle en danger parce qu'ils doivent feindre de connaître leur sexualité même si leur environnement social n'offre aucune chance d'accéder à des informations suffisantes et pertinentes sur la sexualité.

Au Kenya, une étude récente a révélé que les jeunes femmes avaient le sentiment de ne pas contrôler leur sexualité – au contraire, on apprenait aux filles que le sexe était quelque chose qui leur arrivait. Ce n'était pas une chose qu'elles pouvaient initier ou dans laquelle elles pouvaient prendre une part active.⁴⁶ Au Nicaragua, les jeunes garçons subissent la pression sociale des adultes (y compris les pères, grands frères et oncles) pour avoir des rapports sexuels le plus tôt possible, et dans un passé récent, il n'était pas rare de voir des pères arranger l'initiation de leur fils par une travailleuse du sexe.⁴⁷ Ainsi, si pour les filles la révélation publique de l'activité sexuelle conduit au déshonneur, chez les garçons, se vanter d'avoir eu des rapports sexuels est chose courante.

Les mutilations génitales féminines et la circoncision peuvent accroître le risque de transmission du VIH d'un jeune à l'autre, lorsqu'elles sont pratiquées en groupes dans le cadre de cérémonies initiatiques ou en utilisant les mêmes rasoirs, couteaux et autres instruments tranchants.

Des programmes de prévention très diversifiés visant à réduire les risques de transmission du VIH entre jeunes sont maintenant en cours.

Il y a eu des programmes visant à aider les adultes à améliorer leurs compétences et à accroître la communication effective avec les jeunes sur la sexualité. Au Mexique, à la suite d'un programme de formation comprenant des séances vidéo et des discussions de groupe, les parents ont déclaré qu'ils se sentaient mieux préparés pour parler de la sexualité avec leurs enfants⁴⁸. Au Kenya, un cours de formation accélérée pour les dirigeants de l'Eglise a abouti à la mise en place par l'Eglise Méthodiste d'un programme de prévention destiné aux jeunes.

Il y a apparemment une conviction selon laquelle l'éducation sexuelle des jeunes encouragera chez eux une plus grande activité sexuelle, et peut-être une plus grande promiscuité. Il en résulte que l'éducation sexuelle à l'école ne fait au mieux que promouvoir certaines mesures de réduction du risque, comme par exemple l'abstinence. Face à ces défis, dans nombre de pays, les programmes destinés aux jeunes se focalisent désormais sur le renforcement des capacités individuelles, telles que l'évaluation du risque individuel, la prise de décisions et les capacités de négociation. En outre, les jeunes ont toute une gamme "d'options préventives". Une composition intéressante nous vient du Kenya et du Nigeria, où "Fidélité", "Abstinence" et "Préservatifs" sont décrits comme trois canots de sauvetage dans la mer du VIH/SIDA – le message étant que les gens peuvent passer de l'un à l'autre selon les circonstances dans lesquelles ils se trouvent, tant qu'ils seront en sécurité dans l'un de ces canots.

Certains programmes d'éducation par les pairs visant les jeunes déscolarisés ont contribué à faire baisser de manière significative les comportements dangereux liés au VIH. Dans le district ougandais de Rakai, où des taux élevés d'infection à VIH ont été signalés chez les jeunes, les chercheurs ont constaté que les jeunes sexuellement actifs participant aux

⁴⁶ Source - Adolescents, Sexuality, Gender and Epidemics – Kim Rivers and Peter Aggelton (Balmer et al 1997)

⁴⁷ Source - Adolescents, Sexuality, Gender and Epidemics – Kim Rivers and Peter Aggelton (Zelaya et al 1997)

⁴⁸ Source - Adolescents, Sexuality, Gender and Epidemics – Kim Rivers and Peter Aggelton (G.C Vanden et al 1997)

programmes d'éducation par les pairs étaient cinq fois plus susceptibles de déclarer qu'ils font usage de préservatifs que ceux qui n'ont pas participé à l'éducation par les pairs.⁴⁹

A Mumbai, en Inde, les praticiens qui conçoivent les programmes de prévention du VIH ciblant les filles ont conclu à la nécessité urgente d'obtenir d'abord le soutien des parents et autres membres de la famille de la fille. Un programme de sensibilisation au VIH/SIDA de la fille a été mis en place avant le démarrage des activités ciblant les filles. Par ailleurs, les concepteurs de programmes ont appris que ces jeunes femmes et jeunes filles avaient de lourdes charges domestiques, parmi lesquelles la charge de s'occuper des frères et sœurs cadets. D'où l'importance d'organiser des crèches pour que les jeunes femmes puissent participer en toute liberté au programme. Plutôt que de se concentrer uniquement sur le VIH/SIDA, les concepteurs de programmes ont inclus des thèmes variés sur la santé reproductive et sexuelle, ainsi que des discussions sur la problématique hommes-femmes. Les méthodes utilisaient comprenaient des récits, jeux de rôles et autres jeux. L'âge moyen des filles participant au programmes était de 14 ans. Le programme a eu beaucoup de succès auprès des jeunes femmes, et la participation s'est accrue au fil des sessions. Au bout de la 7^{ème}, les jeunes femmes ont réclamé d'autres sessions. Une étude de suivi a constaté que 62 pour cent des filles qui ont pris part aux sessions ont déclaré avoir par la suite discuté du VIH/SIDA avec des tiers.⁵⁰

Aujourd'hui; de plus en plus d'informations sur les initiatives qui ont échoué sont également disponibles. Les programmes qui n'impliquent pas les jeunes dans la conception et la mise en œuvre ne répondent pas à la diversité de leurs besoins. Pour bon nombre de jeunes, les coûts, le timing et la localisation des services de santé sont des obstacles à leur utilisation efficace. En outre, ces services exigent que les jeunes soient accompagnés par leurs parents ou leurs conjoints (lorsqu'il s'agit de jeunes filles mariées), et l'attitude de nombre de professionnels de la santé qui s'érigent en juges les dissuadent de chercher des conseils sur la santé sexuelle et les questions y afférent. Les programmes qui ont été des échecs sont ceux qui n'ont pas offert des possibilités de réfléchir et de parler des rapports hommes-femmes et de la sexualité.

A titre d'exemple, 50 pour cent des étudiants de sexe masculin de l'université de Sri Lanka qui ont été interviewés ont déclaré avoir eu leur première expérience sexuelle avec un autre homme (Silva, 1997). En outre, il y a des études bien documentées de la bisexualité comportementale chez les hommes, dans les pays comme les Philippines (Tan 1996), l'Inde (Khan 1996), le Brésil (Parker 1996) et le Maroc (Bourshaba et al 1998).⁵¹ Cependant, il y a très peu de programmes qui prennent en considération ces réalités, et s'adressent aux besoins des adolescents homosexuels et bisexuels. Cette situation a des implications sur la transmission croissante du virus chez les jeunes hommes.

En conséquence, l'investissement dans le futur, l'investissement dans les enfants et dans la jeunesse est un impératif crucial. Les jeunes de demain, prévoit-on, supporteront de nouvelles charges découlant de l'épidémie. Le VIH/SIDA exerce déjà de nouvelles demandes sur les ressources des familles, et réduit le temps que les adultes peuvent consacrer aux activités rémunératrices. La demande de main-d'œuvre enfantine pour les tâches domestiques et la génération de revenus pour faire face aux coûts du traitement et aux frais de funérailles s'avérera plutôt lourde.

⁴⁹ Source - Adolescents, Sexuality, Gender and Epidemics Kim Rivers and Peter Aggelton (Kelly et al 1995)

⁵⁰ Source - Adolescents, Sexuality, Gender and Epidemics Kim Rivers and Peter Aggelton

⁵¹ Source - Adolescents, Sexuality, Gender and Epidemics Kim Rivers and Peter Aggelton (Tan 1996, Khan 1996, Parker 1996, Bourshaba et al 1998)

Comme nous l'avons déjà mentionné, le US Census Bureau vient de finir une étude dans 23 pays du monde. Selon les conclusions de cette étude, le nombre total d'enfants qui perdront l'un de leurs parents ou les deux, toutes causes de décès confondues, dans ces pays sera de 41,7 millions; sur ce total, 22,9 millions seront en grande partie dus au VIH/SIDA. Avec le nombre d'enfants orphelins formant au bout du compte jusqu'au tiers des moins de 15 ans dans certains pays, l'épidémie aura pour conséquence une génération perdue – une multitude de jeunes désavantagés et sans aucun espoir ni aucune chance. Comme le dit J. Vrian Alwood, Administrateur, Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), "Ce rapport présente un portrait démographique percutant d'un immense problème. Cependant, plus important que les chiffres contenus dans cette étude, il y a l'histoire humaine qu'ils racontent. Quarante millions d'enfants perdant l'un de leurs parents ou les deux, cela représente 40 millions d'enfants de plus susceptibles d'être contraints au travail des enfants; 40 millions d'enfants qui n'auront peut-être jamais la chance de fréquenter l'école; et 40 millions d'enfants de plus exposés au VIH. Cette étude doit servir d'appel pour une action en faveur des pays développés tout comme ceux en développement. Nous ne pouvons courir le risque de perdre toute une génération d'enfants à cause du désespoir, de la mauvaise santé et du sentiment d'impuissance."

Une image percutante de ce manque d'espoir et ce sentiment d'impuissance a été récemment mise en lumière par le New York Times - "Alors que le crépuscule tombe sur la ville, jetant des ombres sur les tours modernes financées par le Gouvernement, des familles entières s'apprêtent à passer la nuit sur les trottoirs. Parmi eux, il y a les enfants loqueteux des rues, dont la plupart gagent un revenu en faisant le travail du sexe, et cherchent à se défoncer par divers moyens. Les travailleurs de la Fountain of Hope – Fontaine de l'Espoir – une nouvelle organisation sans but lucratif, qui travaillent avec les enfants des rues, affirment que ces enfants ont même trouvé un moyen de se défoncer au maximum avec les excréments humains fermentés, une substance qu'ils appellent jekem," D'après le New York Times – septembre 1998.

FAIRE FACE AUX DEFIS – QUE DISENT LES FEMMES?

En juxtaposant le nombre d'orphelins du SIDA et le nombre croissant de femmes vivant avec le VIH/SIDA, la charge écrasante des soins sur la vie et les moyens de subsistance des femmes devient une réalité frappante.

Edith et Khuzini Banda ont vécu avec leur tante pendant près d'un an à la mort de leur mère en 1994. Puis la tante déclara que la maison était trop chargée. Elle renvoya les filles, alors âgées de 13 et 14 ans, pour vivre seules dans leur propre maison. Les filles se débrouillent en louant la moitié de leur deux-pièces pour 15 dollars par mois, et en mendiant auprès des voisins lorsque la nourriture vient à manquer.⁵² Cette situation véhicule un message clair, nous allons continuer de voir des changements dans la situation des femmes et des attaques à leur dignité et leurs droits, tant que nous ne prendrons pas conscience de leurs rôles multiples dans la société. Les femmes portent la triple charge de la production, la reproduction et la gestion des ressources du foyer. L'épidémie de VIH a créé une situation qui a exacerbé cette charge. Aujourd'hui, les femmes portent la quadruple charge d'accueillir et de s'occuper des orphelins.

La charge des soins incombe aux femmes à d'autres égards aussi: -

⁵² Source - New York Times – 18 septembre 1998.

- Par les femmes vivant avec le VIH qui, grâce aux groupes d'auto-assistance ou à des groupes d'appui informel partagent leurs forces, expérience et vision avec d'autres femmes affectées par le virus.
- Par les femmes dans leurs familles et milieux sociaux qui, en tant que mères, épouses, sœurs, grand-mères, filles et amies, ont la responsabilité émotionnelle et pratique de s'occuper d'elles-mêmes et de leurs bien-aimés affectés par le VIH.

L'escalade des coûts des soins augmentent la demande sur le travail domestique non rémunéré des femmes. Les coûts économiques des soins, en termes réels, du point de vue des médicaments et du traitement, sont également très élevés. Selon les estimations, à Kerala, en Inde, le coût mensuel pour les familles du traitement des infections opportunistes pour un enfant infecté par le VIH est de deux fois le revenu mensuel de la famille. En Haïti, pour Marie Ange Viaud, 24 ans, vivant avec le SIDA, le coût des dix traitements prescrits dépassaient de loin les 10 000 \$ par an.⁵³ Le coût de l'administration du Protocole 076 aux mères enceintes pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant est chiffré à 800\$ par femme.⁵⁴

Dans ces conditions, comment les ménages vont-ils faire face? La recherche à assise communautaire a montré que l'impact socio-économique de l'épidémie sur les familles a des répercussions différentes, selon que ce soit l'homme ou la femme qui meurt. L'épidémie est à présent en phase de maturité dans certains pays d'Afrique, où on note une escalade des décès dus au SIDA, notamment chez les hommes. Une importante conclusion d'une étude sur l'impact socio-économique du VIH sur les familles rurales en Ouganda, par Daphne Topouzis, est qu'il y a beaucoup plus de femmes qui ont perdu leurs maris à cause du SIDA que l'inverse. A Tororo, Helen Onyango de TASO a déclaré que seuls 5 de ses 62 clients sont des veufs. Toutes les autres sont de jeunes veuves de 15 à 35 ans.⁵⁵ L'épidémie contribue donc directement à l'augmentation des ménages ayant une femme chef de famille.

Il ressort d'études réalisées en Ouganda et en Afrique de l'Ouest par la FAO que le problème le plus immédiat pour la plupart des ménages ayant une femme chef de famille n'est pas le traitement et les médicaments, mais l'alimentation et la malnutrition.⁵⁶

Jane, 23 ans, mère de deux enfants âgés de quatre et deux ans, vit dans le village de Bumanda, à Tororo. Son mari, exploitant agricole, est mort du SIDA. Ses deux enfants ont été malades pendant longtemps, et elle pense qu'ils sont également infectés. Pendant trois mois au moins, Jane n'a pas pu travailler au shamba (champ familial), à cause de la maladie de son mari et du fait que la famille avait perdu trois autres membres le mois dernier. Cela fait juste un mois que son mari est mort, et déjà le manque de nourriture commence à se faire sentir. Elle ne prépare qu'un seul repas par jour. Le menu familial consiste en manioc et pain de mil, parfois accompagné de poisson fumé. Elle déclare ne pas avoir d'argent pour acheter du sel et de l'huile de cuisine."⁵⁷

Pour nombre de ménages dirigés par une veuve, la contrainte majeure à la suite du décès d'un conjoint n'est pas tout juste la pénurie de main-d'œuvre, mais le revenu monétaire. Selon Gabriel Rugalema, le besoin le plus immédiat exprimé par les veuves en Tanzanie est le

⁵³ Source – Women, Poverty and AIDS edited by Farmer, Connors and Simmons.

⁵⁴ Source – Women's Vulnerability and AIDS – Adriana Gomez and Deborah Meacham.

⁵⁵ Source – Socio Economic Impact of HIV/AIDS on Rural Families in Uganda – Topouzis and Hemrich (1994).

⁵⁶ The Implications of HIV/AIDS for Rural Development Policy and Programs – Topouzis and Hemrich

⁵⁷ Socio Economic Impact of HIV/AIDS on Rural Families in Uganda – Topouzis and Hemrich (1994).

crédit, pour créer de petits projets qu'elles pourraient combiner aux travaux champêtres et domestiques.⁵⁸

Aujourd'hui, le rôle des femmes dans la production agricole connaît un brusque changement. Elles se retrouvent sans les compétences et l'expérience requises pour répondre efficacement aux nouveaux défis auxquels elles sont confrontées dans leurs nouveaux rôles. Une conséquence directe est la perte soudaine de productivité. C'est cela en fait le visage humain que la pauvreté est en train de prendre dans les pays affectés par le VIH/SIDA. Cette féminisation de la pauvreté est une féminisation différente des tendances similaires précédentes. Cette pauvreté est souvent nouvelle pour certains ménages, c'est une pauvreté qui pourrait souvent devenir intergénérationnelle; c'est une pauvreté profonde.

IDENTITE SEXUELLE ET SIDA DANS LA PLANIFICATION NATIONALE DU DEVELOPPEMENT

Il y a donc une importante synergie potentielle entre les programmes d'atténuation du SIDA et de lutte contre la pauvreté, en particulier ceux qui tiennent compte des sexes spécifiques. Les programmes de développement rural visant à améliorer l'accès des femmes aux moyens d'existence durables pourraient atténuer l'impact de l'épidémie. Par exemple, l'accès à l'eau salubre pourrait avoir un net effet sur le volume de temps que les femmes peuvent consacrer à d'autres activités productives, et aux soins aux malades et aux orphelins. De même; l'accès aux technologies qui allègent le travail, telles que les foyers économiques, les moulins alimentaires, augmentera le temps dont disposent les femmes pour supporter d'autres charges.

La Banque mondiale constate que chaque adulte qui meurt réduit de 15 pour cent la consommation alimentaire par personne dans les ménages les plus pauvres⁵⁹; ce qui implique que pour répondre à l'épidémie, les gouvernements nationaux devront utiliser les décès d'adultes et les ratios de dépendance du ménage comme critère cible pour les programmes d'allègement de la pauvreté. Et en redéfinissant nos priorités en matière de dépenses publiques, nous devons nous montrer encore plus critique en les passant à la loupe des sexes spécifiques. Les femmes d'Asie vivant avec le virus expriment aujourd'hui silencieusement leur besoin de soutien pour rompre des liens violents, de soutien pour que leurs enfants soient placés dans des familles adoptives, de soutien pour l'accès au logement, de soutien pour l'accès aux hospices, et enfin de soutien pour l'accès à des moyens d'existence durables.⁶⁰

Encore une fois, les femmes prouvent qu'elles ont du ressort. Dans l'Etat de Tamil Nadu, en Inde, Sarita vit avec le virus VIH.⁶¹ Ses mots résonnent encore dans l'air: "grâce au conseil, j'ai pu supporter le choc initial et la dépression qui s'en est suivie. J'ai su bien vite que j'avais gagné. La frustration s'est éteinte petit à petit. Aujourd'hui, je suis remplie d'espoir et de force pour vivre ma vie le plus pleinement possible, même avec le VIH/SIDA. Rien ne pourra m'abattre. Pour commencer, j'ai divorcé de mon mari, puis j'ai pris un emploi. L'indépendance financière a donné un sens à ma vie, même si elle doit être brève."⁶²

En milieu rural haïtien, les femmes pauvres affectées par le virus racontent l'histoire d'une femme vivant avec le VIH, à travers une présentation vidéo, dont elles se servent comme moyen d'éducation de la communauté. Fières d'avoir réussi à briser les mythes qui entourent

⁵⁸ UNDP Study Paper 2 – Programme VIH et Développement

⁵⁹ Source – The Implications of HIV/AIDS for Rural Development Policy and Programming – Topouzis and Hemrich 1997

⁶⁰ Source – She Can Cope par Madhu Bala Nath

⁶¹ Source - Whispers from Within – Dr. Suniti Solomon and Rashmi Rajan Pachauri

⁶² Source - Whispers from Within – Dr. Suniti Solomon and Rashmi Pachauri Rajan

l'épidémie, les femmes ont parlé de leurs expériences dans plusieurs réunions. Dans l'une de ces réunions, un médecin haïtien a fait les commentaires suivants: quelle sorte de succès est-ce là? Si nous ne pouvons pas empêcher la transmission du VIH dans la région, quel est le sens de votre projet?" les 'malerez' ou femmes pauvres ont répondu sans hésitation: "Docteur, étant donné que tous ceux qui sont autour de vous autres les menteurs sont les seuls coqs qui chantent, dire la vérité est une victoire."⁶³

Aujourd'hui, toutes les minutes, onze autres personnes sont infectées, dont six ont moins de 25 ans.⁶⁴ Plus de la moitié d'entre elles sont des femmes. Quatre-vingt-quinze pour cent de ces femmes vivent dans les pays en développement⁶⁵, et dans la pauvreté pour un grand nombre. Ces femmes ont survécu assauts de la vie et du destin. Notre gageure en tant que professionnels du développement, c'est de respecter leur force et leur ressort intrinsèques, et de les prendre comme partenaires pour collecter de nouvelles ressources destinées à faire face aux défis naissants tels que le défi du virus en mutation/ mutant. Nous devons concevoir à nouveau le développement, ou plutôt le "maldéveloppement", avec la richesse de leurs perspectives. Notre façon à nous, décideurs et agents d'exécution, de répondre aujourd'hui à l'épidémie, influera sur la façon dont les femmes vont participer et contribuer au développement au vingt-et-unième siècle. Cela parce que le développement national sera conditionné à la survie de l'homme, et à la survie de ceux qui reproduisent et nourrissent la race humaine. Cela doit être en fait le principal point de convergence de notre attention aujourd'hui.

⁶³ Source - Women, AIDS and Poverty, edited by Farmer, Connors and Simmons.

⁶⁴ Source - AIDS 5 years since ICPD – Emerging issues and Challenges for Women, Young People and Infants – UNAIDS Discussion Document

⁶⁵ Source - UNAIDS AIDS epidemic Update – Decembre 1998.

SESSION 5

Introduction du VIH dans la salle

i. Objectif

Permettre aux participants d'avoir un lien émotionnel et personnel avec les causes et les conséquences du VIH/SIDA, dans le contexte réel de leur propre pays.

ii. Durée

1 heure

iii. Méthodologie

1. Témoignage d'une femme vivant avec le VIH/SIDA
2. Etude et analyse de cas

iv. Déroulement

1. Avant que la personne vivant avec le VIH/SIDA n'entre dans la salle pour faire son témoignage, le facilitateur fait part au groupe de l'éthique en matière de confidentialité de l'identité de la personne vivant avec le VIH/SIDA.
2. Le facilitateur informe les participants que la personne ou son histoire ne doivent en aucune façon attirer l'attention des médias.
3. Le facilitateur explique aux participants que l'exercice est un moyen de donner un visage à tous les faits et chiffres examinés auparavant dans la journée.
4. A la fin de la session, le facilitateur ne doit inviter les participants à une séance de questions/réponses que si la personne qui témoigne est prête à participer à une telle séance. Il faudra faire preuve de beaucoup de talent pour éviter de heurter les sentiments de la personne avec les questions posées.
5. A la fin du témoignage, le facilitateur distribue l'étude de cas intitulée "VIH, Sexualité et Violences faites aux femmes", et accorde aux participants cinq à dix minutes de lecture. Puis on fait le rapprochement entre l'étude de cas et le témoignage réel. Tout le monde constate qu'il est évident qu'il n'y a aucune différence dans la vie des femmes vivant avec le VIH dans les différents pays. Les problèmes auxquelles sont confrontées les femmes sont essentiellement les mêmes, quelque soit la région du monde où elles vivent.
6. Cela prépare le terrain du processus de planification pour le futur.

Note au facilitateur, Session 5

- Il est important de souligner la confidentialité de l'identité de la femme qui vient s'adresser au groupe.
- Il est aussi utile pour le facilitateur de se mettre "à la place" de la personne qui parle. Cela lui permet d'avoir une sensibilité accrue au moment de diriger les débats qui vont suivre le témoignage.

VII, SEXUALITE ET VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

"Au cœur de l'épidémie, il peut y avoir la violence et l'éclatement, ou il peut y avoir le calme. Dans les cœurs des personnes non encore concernées personnellement, il en va de même. Dans les cœurs des personnes affectées, il en va de même." Elizabeth Reid, PNUD

C'est de cette violence, cet éclatement, ce calme, que l'histoire de vie d'une femme ordinaire témoigne.

Le témoignage d'une femme

Il s'agit de Mala (le nom a été changé), une femme asiatique ordinaire porteuse d'un étrange virus en mutation/mutant - le virus qui provoque le SIDA. Que dit Mala? Elle raconte l'histoire de sa vie, qui a changé au cours des 6 dernières années.

"Mon premier mari était un chrétien, un dirigeant et responsable de notre église locale. C'était un homme bon et un bon mari. Il s'absentait souvent de la maison pendant des semaines d'affilée, en mission pour l'église dans d'autres coins du pays. Je n'ai jamais soupçonné qu'il pratiquait le sexe hors mariage. Au cours de notre dernière année de mariage, mon mari a commencé à tomber malade, toux, rhumes, asthme. Au début, je n'y ai pas prêté beaucoup attention, pensant que ce n'était que de la fatigue, à cause de ses voyages et de son travail constants. Le docteur lui conseilla de subir un test sanguin. Mon mari me dit de ne pas m'inquiéter. Il ne me fit pas part du résultat du test, mais je voyais à son air triste et aux médicaments qu'il prenait qu'il me cachait quelque chose. Quand je lui demandais quel était le diagnostic du médecin, il répondit: "Et si j'avais le VIH/SIDA, que ferais-tu?" Je lui répondis que je l'aimais, et que je resterais avec lui, quoi qu'il arrive.

Alors il dit, 'si tu veux savoir ce qui ne va pas, va faire un test sanguin.' C'est ce que je fis, et je découvris que j'étais séropositive. Je l'assurais que je resterais avec lui, et qu'ensemble nous allions lutter contre la maladie. Ma réaction rendit mon mari encore plus triste, se sentant coupable pour ce qu'il nous a fait à tous les deux.

Peu après, mon mari tomba très malade, puis devint totalement grabataire. Il mourut trois mois plus tard. Je m'occupais de lui nuit et jour. Il avait des frères et sœurs, mais ils étaient pris par leur travail. Je ne me suis jamais plainte, j'étais seulement peinée pour lui. Je le nettoyais, lavais ses draps souillés. C'était épuisant, et je me reposais à peine. Parfois, quand il m'appelait, j'étais trop exténuée pour pouvoir même marcher jusqu'au lit, je rampais.

Mon mari se sentait si seul, ayant été constamment en mouvement, ce n'était pas facile pour lui d'être cloué au lit. Je suis restée avec lui pendant toute cette période difficile. La nuit je dormais auprès de lui. Nous avons fait tout ce que le docteur nous a dit de faire, et même plus. Nous avons dépensé tout ce que nous possédions, pour qu'il guérisse. Nous nous rappelions que le slogan du gouvernement sur la maladie disait que si vous avez le SIDA, vous mourrez.

Quand il était à l'hôpital et bien malade, le docteur m'a demandé, "Etes-vous prête à amener votre mari à la maison?" Je demandais à mon mari, "Es-tu prêt à aller à la maison, prêt à rencontrer le Seigneur?" Il répondit, "Je suis prêt." Il a vécu encore six jours après sa sortie de l'hôpital.

Pendant sa dernière nuit, il était heureux et loquace. Il semblait aller bien, il semblait beaucoup plus fort. Je pensais qu'il allait réellement guérir. Je lui ai dit d'essayer de dormir

tôt. Il me dit qu'il avait envie de parler. Nous avons bavardé jusqu'à 2 heures du matin. Il me demanda comment j'allais vivre, où j'allais passer ma vie à sa mort. Il ne voulait pas me quitter des yeux, même pas pour que j'aille dans la salle de bain ou que je lui ramène un verre d'eau. Nous avons chacun notre couverture, mais cette nuit-là, il me demanda si nous pouvions partager la même couverture, ce que nous fîmes. Il me demanda de le tenir jusqu'à la fin, et de ne pas le quitter. Quand je me réveillais ce matin-là, je me rendis compte que j'avais fait exactement ce qu'il voulait que je fasse. Il s'est éteint dans mes bras.

Parmi ceux qui sont venus pour les obsèques, il y en avait qui n'étaient là que pour voir à quoi ressemblait une personne morte du SIDA. Ils n'avaient aucun respect pour mes sentiments. J'étais un objet de curiosité. Ils disaient devant moi, "elle va bientôt mourir elle aussi," je ne savais pas grand chose du SIDA à l'époque, et je les croyais. Après les obsèques de mon mari, je passais mon temps attendant la mort.

Nous avons deux enfants. Ma belle-mère me les enleva, de crainte qu'ils n'attrapent la maladie. Elle me dit: "Je suis vieille, et si jamais tu me transmets le SIDA et que je meurs, ce ne sera pas une grande perte. Mais si tu contaminais les enfants et qu'ils mouraient, ce serait tragique." (Mes enfants étaient séronégatifs). Lorsque des amis à elle lui rendaient visite, elle me présentait en disant: "C'est la veuve de mon fils. Elle a le SIDA."

Par la suite, je décidais de partir de la maison et de vivre seule. Je pensais que je perdais la raison. Je tuais le temps en écoutant la musique qu'aimait mon mari, passant et repassant les cassettes. Je socialisais très peu.

Un jour, je rencontrais un pasteur de l'église, et à travers lui, un groupe d'individus qui savaient tout sur le VIH/SIDA. Je me rendis compte qu'il y avait des gens qui se souciaient de moi, et qui pouvaient me donner de bons conseils. Grâce à eux, je réalisais que je vivais comme une folle, j'avais négligé mon apparence, ma santé, et ma propre personne. Je pris au sérieux leurs conseils. Je fis de l'exercice physique, mangeais ce qu'il fallait, et me reposais suffisamment. Plus important, je fis de l'exercice spirituel et mental. Je me rendis compte que je n'avais personne pour s'occuper de moi. Il fallait que je me prenne en charge.

Je me portais volontaire pour travailler avec le groupe d'appui du VIH/SIDA. Aujourd'hui, je sens que l'on me porte de l'estime. Le travail que je fais est important. La vie a tellement de sens pour moi maintenant. Je pense que toute personne qui a le SIDA aime la vie. Nul n'attrape le VIH de son plein gré." Mala s'est remariée, et vit avec son second mari qui est également séropositif.

Madhu Bala Nath.
Conseillère en Genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM
Adapté du Rapport du Conseil Œcuménique des Eglises.

Points d'intervention pour le facilitateur Session 5

Quelles seraient les composantes d'un environnement juridique et politique favorable, qui rendrait durable les changements de comportement, pour que hommes et femmes puissent vivre avec et faire face au VIH/SIDA?

Pour répondre aux défis que pose l'épidémie, hommes et femmes ont commencé à s'organiser, bien que ce soit dans des initiatives isolées et dans certaines poches géographiques. Les communautés gay se sont organisées et ont mené des campagnes réussies sur l'utilisation de préservatifs pour des rapports sans danger. Les communautés féminines ont répondu à l'impact du virus sur leur vie en développant des mécanismes ad hoc qui sont devenus plus formalisés au fil du temps, tels que TASO, SWAA en Afrique. Ces groupes ont pu effectuer un travail efficace dans le domaine des prestations de soins et l'appui, ainsi que dans la sensibilisation accrue aux causes et conséquences de l'épidémie. D'autres organisations de la société civile travaillent dans le sens des stratégies de prévention à travers des activités telles que la distribution de préservatifs, l'IEC, le conseil, la recherche à base communautaire, etc.

Environnement propice et législation

Ces organisations travaillent-elles dans un environnement propice?

Il existe aujourd'hui des lois et instruments juridiques qu'il faut réexaminer dans une optique sexospécifique, pour contribuer à la création d'un environnement favorable. Ce n'est qu'alors qu'on pourra effectuer le travail d'une manière durable, pour aboutir à un changement des comportements. Parmi ceux-ci figurent:

- Les politiques favorisant la participation des organisations de la société civile, pour travailler en partenariat avec le gouvernement
- Les lois portant sur la prévention et la suppression du travail de l'industrie du sexe.⁶⁶
- Les lois portant sur l'homosexualité.⁶⁷
- Les lois tant fédérales que personnelles qui réduisent l'accès des femmes aux actifs destinés à la production, telles que les lois sur l'héritage, le mariage, le divorce, et les pratiques sexuelles culturelles.⁶⁸
- Les politiques régissant l'éducation sexuelle à l'école.⁶⁹
- Les règles relatives à l'orientation éthique et professionnelle des prestataires de services.⁷⁰

Environnement propice et mesures en faveur des groupes désavantagés

⁶⁶ Débouche sur des tests obligatoires, ce qui est une violation des droits humains et tend à rendre invisible l'épidémie.

⁶⁷ entravent le travail préventif des organisations de la société civile ou du gouvernement chez les communautés qui ont besoin d'assistance, par exemple les prisonniers.

⁶⁸ A cause de ces lois, il est difficile pour les femmes de rompre des rapports abusifs. En Ouganda, l'adultère d'une femme, même si c'est un acte isolé, suffit pour qu'un mari obtienne le divorce. Toutefois, l'adultère du mari ne donne pas à la femme le droit de divorcer. Elle doit en outre prouver qu'il est coupable d'inceste, de bigamie, de viol, de sodomie, de brutalité, de cruauté, ou de désertion pendant deux ans ou plus.

⁶⁹ Certains pays n'autorisent pas l'éducation sexuelle à l'école, de crainte que cela n'encourage l'activité sexuelle précoce des adolescents. Par exemple l'Inde – l'Administration de Delhi n'a pas autorisé l'éducation sexuelle à l'école, pour une question de politique.

⁷⁰ pour faire du conseil avant et après le test, et pour garder la confidentialité du statut séropositif du patient. Et aussi, pour explorer et identifier les symptômes de MST et de VIH/SIDA chez les femmes qui sont souvent timides et peu enclines à parler de ces maladies.

En plus de reconnaître la vulnérabilité de plus en plus grande des femmes à l'épidémie, et les charges et responsabilités de plus en plus lourdes qui pèsent sur les femmes pour s'occuper de leurs familles affectées par le VIH/SIDA, des mesures en faveur des groupes désavantagés, revêtant les formes ci-dessous, seraient utiles. Ce sont des groupes de femmes vivant avec le VIH/SIDA dans certains pays qui ont exprimé ces besoins:

- Un plus grand nombre d'abris pour les femmes en détresse, et plus de centres de soins aux enfants pour les femmes qui ont dû quitter leurs foyers à cause des rapports abusifs
- Plus de plans pour apporter des logements en groupe pour les femmes vivant avec le VIH/SIDA.
- L'appui aux hospices gérés par des ONG pour aider les femmes vivant dans des familles nucléaires sans aucun soutien pour les soins et la garde des malades.
- L'appui aux programmes qui veillent à ce que les femmes restent visibles en tant que travailleuses dans le marché du travail. Il faudra relever le taux d'accès des femmes à la vie active, par l'apport de ressources et de compétences pour leur permettre de supporter le choc économique de la situation.

Madhu Bala Nath
UNAIDS UNIFEM
Gender & HIV Adviser

SESSION 6

Planifier le futur

i. Objectif

Promouvoir la planification participative pour développer des stratégies visant à aborder les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

ii. Durée

45 minutes

iii. Supports/Équipement

Tableaux mobiles/marqueurs

iv. Méthodologie

La technique dite du headlining

v. Déroulement

1. En se fondant sur les informations obtenues pendant toute la journée grâce aux données et aux témoignages, le facilitateur demande aux participants de dresser une liste de souhaits pour améliorer la vie des personnes vivant avec le VIH.
2. La technique comporte l'établissement d'une liste de préoccupations par un processus participatif dans lequel chaque participant(e) doit mettre en vedette ce qu'il/elle considère comme des besoins vitaux des PVVS. Le participant n'a qu'une minute pour parler, mettant en vedette sa contribution en une seule phrase
3. Le facilitateur doit veiller à ce que les contributions soient axées sur les "besoins" des PVVS, et pas sur des discussions plus larges de problèmes affectant leur vie. Le facilitateur explique les "règles du jeu" selon lesquelles chaque participant(e) doit commencer son titre par "Si seulement..." (par exemple, "Si seulement Mala pouvait avoir un meilleur accès aux structures médicales", "Si seulement il y avait des lois pour sanctionner les personnes qui infectent délibérément les autres", etc.).
4. Le facilitateur inscrit les souhaits ainsi exprimés sur le tableau mobile.
5. Le facilitateur demande aux participant de réfléchir à des solutions aux besoins énumérés dans la liste des souhaits.
6. Le facilitateur passe à la deuxième phase du headlining au cours de laquelle il axe les discussions sur les solutions, demandant aux participants de présenter leurs idées en commençant ainsi leurs titres: "Et si...". (par exemple, "Et si on formait des groupes pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA," "Et si on organisait des initiatives de sensibilisation qui aident les ménages à comprendre Les rudiments du VIH/SIDA," "Et si on travaillait sur la production et la dissémination de lignes directrices sur la négociation de rapports sexuels protégés." Etc.)
7. Ensuite, le facilitateur regroupe toutes les stratégies issues du réflexion, en trois domaines de focalisation qui se dégagent:
 - Collecte et dissémination de l'information

- Renforcement des capacités
 - Conseils en matière de droits humains
8. Puis le facilitateur demande aux participants de s'inscrire dans un groupe principal qui réponde selon eux à leurs intérêts et priorités. Les trois groupes principaux travailleront sur les questions suivantes:
- Renforcement des pouvoirs grâce à l'information
 - Renforcement des pouvoirs grâce aux droits humains
 - Renforcement des pouvoirs grâce au renforcement des capacités
9. L'atelier prend fin sur la formation de ces groupes et la désignation d'un coordonnateur pour chaque groupe. Ce coordonnateur est alors chargé de convoquer une réunion du groupe pour développer un plan de travail faisant la synthèse des questions mises en vedette pendant la session "et si..." et faisant avancer le processus.

SESSION 7

Evaluation et clôture

i. Objectif

Améliorer le processus et le contenu de l'atelier.

ii. Durée

30 minutes

iii. Supports/Equipement

Crayon et papier

iv. Méthodologie

Réflexion et rédaction

v. Déroulement

1. Le facilitateur demande aux participants de se détendre, et de réfléchir sur le déroulement de l'atelier.
2. Le facilitateur demande à chaque participant(e) d'écrire sur le papier ce qu'il/elle pense sincèrement. Une méthode consiste à leur demander de penser qu'ils rentrent chez eux au volant de leur voiture, et qu'ils regardent dans le rétroviseur en réfléchissant sur les activités de la journée. Ils doivent alors écrire ce qu'ils voient dans le miroir à mesure que la voiture s'éloigne.
3. Les participants n'ont pas besoin d'inscrire leurs noms sur les feuilles de réponse.
4. Le facilitateur clôture la session en saluant les femmes et les hommes vivant avec le VIH/SIDA, et par un plaidoyer en faveur d'un effort sincère de s'attaquer aux défis avec la contribution de tous, aussi petite soit-elle.
5. Le facilitateur termine sur une note pour s'assurer l'engagement des participants, soit en allumant une bougie à partir d'une seule, au moment de partir, soit en prenant un ruban rouge dans une boîte pour montrer leur soutien aux PVVS.

SECTION III

GENRE ET VIH/SIDA – UNE APPROCHE PAR LES DROITS HUMAINS

INTRODUCTION

i. LE MODULE – APERCU GENERAL

Ce module est un atelier de deux jours adapté aux besoins des représentants d'organisations non gouvernementales, de ministères du gouvernement, et d'organismes de formation. Il est adapté aux besoins de ceux qui travaillent à influencer les politiques et prises de décisions, plutôt que des travailleurs à la base. L'atelier sera d'une importance particulière pour les travailleurs des médias, pour améliorer leurs capacités d'analyse et de reportage par des preuves empiriques pour renforcer la rédaction d'anecdotes.

ii. OBJECTIFS

- Comprendre les dimensions complexes des défis posés par le VIH/SIDA dans un cadre des droits humains qui tienne compte des spécificités des hommes et des femmes.
- Développer des réponses pertinentes à ces défis, en adoptant une approche des droits de l'homme sous l'optique des sexospécificités.

iii. PARTICIPANTS

L'atelier pourra être global, national, ou régional. Les participants à la formation peuvent être, entre autres:

- Des représentants des principales institutions de formation de divers pays.
- Des représentants des médias venant des principaux quotidiens des pays représentés.
- Des représentants d'organisations non gouvernementales et de ministères gouvernementaux qui sont des décideurs et qui peuvent influencer la politique.

iv. LECTURES DE BASE

Les ouvrages suivants contiennent des informations de base utiles.⁷¹

Ainsworth, Martha & Amie Batsonand, & Sandra Resenhouse. Accelerating an AIDS Vaccine for Developing Countries: Issues and Options for the World Bank (July 1999), prepared by the AIDS Vaccine Task Force of the World Bank.

Jayasuriya, D.C. World-wide Restrictions Placed upon People with HIV/AIDS (1992), medical Virology Vol.2, 191 – 194.

Gomez Adrianan & Deborah Meacham. Women's Vulnerability and HIV/AIDS – A Human Rights Perspective (1998). LACWHN (Latin American & Caribbean Women's Health Network).

UNAIDS. "Gender and HIV/AIDS: UNAIDS Technical Update", September 1998.

UNAIDS. "Guide to the United Nations Human Rights Machinery", (1997), UNAIDS.

⁷¹ Pour des informations concernant l'obtention de copies des supports, s'adresser à Gender and HIV/AIDS Adviser, UNIFEM, 304 E. 45th Street, 15th floor, New York, NY 10017.

UNDP. "HIV, Ethics, Law, and Human Rights", (December 1997), UNDP

United Nations Population Division – Dept. Of Economics & Social Affairs. "World Abortion Policies", (1999), United Nations (DESA).

Women in Law and Development in Africa (WILDAF): A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa", Information Packet for the 43rd Session of the Committee on the Status of Women.

PROGRAMME

Jour 1

9:30 – 10:00am	Accueil et Introduction
10:00 – 11:00am	Session 1 Identité sexuelle et VIH/SIDA – Situation de l'Epidémie
11:00 – 11:45am	Session 2 Il a le VIH/ Elle a le VIH – Analyse dans le cadre des droits humains
11:45 – 12:00pm	Pause-café
12:00 – 1:00pm	Session 3 Le droit d'être en Bonne Santé – Exploration de l'aspect normatif
1:00 – 2:00pm	Déjeuner
2:00 – 3:00pm	Session 4 Face-à-face avec la réalité
3:00 – 3:15pm	Pause café
3:15 – 5:00pm	Session 5 Face-à-face avec la réalité (suite)

Jour 2

9:30 – 10:00am	Récapitulation
10:00 – 11:30am	Session 1 Les impératifs cruciaux pour les hommes et les femmes - Débats sur l'éthique
11:30 – 11:45am	Pause-café
11:45 – 1:00pm	Session 2 Impératif cruciaux (suite)
1:00 – 2:00pm	Déjeuner
2:00 – 3:30pm	Session 3 L'impact sur la planification nationale du développement – Renforcer la justification de l'approche de l'épidémie par les droits humains

3:30 – 3:45pm

Pause café

3:45 – 4:30pm

Session 4
Pistes futures

4:30 – 5:00

Session 5
Evaluation et clôture

SESSION 1

Introduction et indication des attentes

i. Objectif

Créer un environnement favorable à l'apprentissage, et générer une dynamique de groupe positive pendant le déroulement de l'atelier.

ii. Durée

30 minutes

iii. Supports/Équipement

1. Fiches individuelles de renseignements
2. Polaroid
3. Rétroprojecteur
4. Transparent 1 – Objectifs de l'atelier
5. Tableau mobile

iv. Méthodologie

1. Brève conférence
2. Les participants se présentent en remplissant des fiches de renseignement

v. Déroulement

1. A son arrivée la veille de l'atelier, ou en entrant dans la salle de formation avant l'ouverture de l'atelier, le facilitateur distribue les fiches de renseignement à chacun des participants. Chaque participant est photographié, puis la photo collée sur la fiche, ou s'il n'y a pas de Polaroid, on demande à chaque participant d'apporter une photo d'identité.
2. Les fiches individuelles remplies sont fixées sur un tableau ou un mur d'affichage le lendemain à l'arrivée à la session de formation, ou pendant la pause café.
3. Le facilitateur ouvre l'atelier en se présentant aux participants et leur souhaitant la bienvenue.
4. Le facilitateur demande ensuite à un décideur national de haut niveau invité d'honneur d'ouvrir la session. Cet responsable doit être prié de limiter son discours à 10 minutes maximum. Il aidera à obtenir l'engagement politique nécessaire du gouvernement national d'aider à mettre en œuvre les recommandations de l'atelier et d'assurer la durabilité du programme.
5. Les participants se présentent en donnant leurs noms, pays, institutions et en citant une chose qu'ils attendent de l'atelier. Le facilitateur inscrit cela sur le tableau mobile. Le facilitateur élimine toutes les attentes qui n'entrent pas dans le rayon d'intervention de l'atelier, et aligne les autres avec les objectifs de l'atelier, qui sont indiqués sur le Transparent 1.

Note au facilitateur Session 1

- Au cas où les participants arrivent la veille pour participer à l'atelier, on peut utiliser l'après-midi pour remplir les fiches de renseignement individuelles. C'est aussi un bon moyen pour les participants de se rencontrer et de faire connaissance d'une manière informelle.
- Il est important de comprendre l'utilité d'aligner les attentes des participants sur les objectifs de la formation. Cela obéit au souci d'éviter les frustrations qu'il pourrait y avoir si une attente n'est pas remplie.

OBJECTIFS DE L'ATELIER

- **Comprendre les dimensions complexes des défis posés par le VIH/SIDA dans un cadre des droits humains qui tienne compte des spécificités des hommes et des femmes.**
- **Développer des réponses pertinentes à ces défis en adoptant une approche des droits de l'homme sous l'optique des sexospécificités**

Fiche de renseignements individuelle

Coller ici la photo

Nom _____

Pays _____

Titre/type d'activité _____

Organisation _____

Si vous n'aviez qu'un seul conseil à donner à un adolescent qui vous est proche (garçon ou fille) sur la manière de prévenir le VIH/SIDA, que lui diriez-vous?

Quelle expérience avez-vous dans le travail sur les questions liés à la problématique hommes-femmes, au VIH/SIDA et/ou aux droits humains?

Pendant combien d'années avez-vous travaillé sur:

Les rapports de sexe _____ le VIH/SIDA _____ les Droits Humains _____

SESSION 2

Rapports de sexe et VIH/SIDA – Situation de l'épidémie

i. Objectif

Mieux faire connaître les causes et conséquences socio-économiques de l'épidémie liées aux rapports de sexe.

ii. Durée

1 heure

iii. Méthodologie

Un questionnaire visant à susciter la controverse est utilisé pour promouvoir le questionnement stratégique. Il débouche sur l'auto-évaluation par chaque participation de ses connaissances sur l'épidémie et des sentiments soulevés par les réponses aux données présentées. Il permet également d'étudier les valeurs et perceptions de chaque participant, eu égard à la construction sexospécifique de la sexualité

iv. Déroulement

1. Le facilitateur distribue le questionnaire et demande aux participants de le lire et de choisir leurs réponses (10 minutes)
2. Le facilitateur examine les questions l'une après l'autre, lisant à haute voix les bonnes réponses à la session plénière.
3. Le facilitateur utilise ce processus pour susciter des débats sur la dimension de genre de l'épidémie. Il pose un certain nombre de questions connexes (voir "Suggestions et Réponses au Questionnaire".)
4. Le facilitateur utilise le questionnaire pour faire ressortir les comparaisons entre les données aux niveaux global, national et régional (voir "Suggestions et Réponses au Questionnaire".) Les participants peuvent obtenir des informations provenant des fiches de renseignement par pays de l'ONUSIDA sur l'Internet à l'adresse suivante: www.unaids.org
5. A la fin de l'exercice, le facilitateur demande aux participants d'explorer et de faire part de leurs sentiments. Les participants peuvent exprimer des sentiments aussi divers que la colère, l'indignation, le découragement, l'inadaptation, la peine, la détermination à aller de l'avant, et la motivation. Le facilitateur inscrit les émotions sur le tableau mobile à mesure qu'elles sont exprimées.
6. Le facilitateur passe à la deuxième partie du questionnaire contenant neuf déclarations qui font ressortir la construction sexospécifique de la sexualité. Il prend ces déclarations une à une à la plénière, et demande aux participants s'ils sont d'accord ou pas avec (voir " /Suggestions et Réponses au Questionnaire".)
7. Le facilitateur résume les informations à la fin de la discussion, en projetant le Transparent 2 (page 36 Section II).

Note au facilitateur, Session 2

- Le facilitateur rassure les participants en leur faisant comprendre que cet exercice n'est pas un examen ou un quelconque effort d'évaluation de leurs connaissances.
- Le facilitateur maintient la discussion axée sur des "sentiments" et non sur l'analyse des données contenues dans le questionnaire. Cela permet de faire un lien entre le cognitif et l'émotionnel, et prépare le terrain pour faire naître la motivation et l'engagement nécessaires pour un meilleur apprentissage.
- Il est utile de synthétiser le grand débat soulevé par le questionnaire et les déclarations d'accord/pas d'accord en quatre points principaux. Les points principaux sont en gras dans l'encadré "Suggestions et Réponses au Questionnaire".
- Assimiler les notes de l'orateur distribuées à la fin de la Session 2 et se familiariser avec la situation de l'épidémie dans le pays sont un préalable au succès de l'exercice.

Suggestions et Réponses au Questionnaire

i) La prévalence – analyse par sexe

Le facilitateur doit faire ressortir les dimensions de genre de l'épidémie, en posant des questions pertinentes et en lisant à haute voix les réponses au questionnaire. En outre, le facilitateur doit comparer les données aux niveaux régional, national et global. Exemple:

- Après avoir répondu à la question un, le facilitateur pose la question suivante: "Quel est le pourcentage des femmes affectées par le VIH/SIDA dans votre pays?"
- Après avoir répondu à la question cinq, le facilitateur pose la question suivante: "Quel est le pourcentage des femmes enceintes séropositives dans votre pays?"
- Après avoir répondu aux questions un à quatre, le facilitateur pose la question suivante: "Pourquoi pensez-vous qu'il y a de plus en plus de femmes infectées?"
- Après avoir répondu à la question six, il peut poser la question suivante: "Pourquoi pensez-vous qu'un plus grand nombre de ménagères que de travailleuses du sexe sont nouvellement infectées, alors que l'épidémie se développe?"
- **Il est important de noter que les questions un à quatre, et la question sept confirment qu'un plus grand nombre de femmes sont infectées, et ce, dans des tranches d'âge inférieur.**

ii) Les causes – analyse par sexe

- Après avoir répondu aux questions quatre à dix, le facilitateur pose la question suivante: "La situation est-elle analogue dans votre pays?"
- **Noter que les questions quatre à huit confirment que le changement de comportement est un élément important dans la prévention et la minimisation de la propagation de l'épidémie.**
- **Les questions huit à dix montrent dans quelle mesure l'âge est une variable clé de l'incidence du VIH.**

iii) Les conséquences –analyse par sexe

- **Noter que les questions cinq à sept traitent de l'impact socio-économique du VIH/SIDA et de la féminisation de la pauvreté.**

iv) D'accord/Pas d'accord

- Ces déclarations font ressortir la construction sexospécifique de la sexualité.
- Le facilitateur aborde ces déclarations à la plénière. Les échanges d'exemples spécifiques au pays qui accueille l'atelier enrichissent les discussions.
- Après la déclaration sept, le facilitateur pose les questions suivantes: "Par quel terme désigne-t-on le vagin dans votre pays? Ce terme est-il socialement acceptable?"
- Après la déclaration huit, le facilitateur pose la question suivante: "Pouvez-vous citer un exemple de norme socioculturelle qui constitue un obstacle à la prévention de la propagation de l'épidémie?"
- Les exemples sur lesquels s'appuyer figurent dans le document annexé, "Mythes et Rituels."

SESSION 3

Il a le VIH/Elle a le VIH – Analyse dans le cadre des droits humains

i. Objectif

Mettre en exergue la discrimination fondée sur le sexe dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

ii. Durée

45 minutes

iii. Supports/Équipement

1. Le document intitulé "Il a le VIH et Elle a le VIH", qui présente des situations réelles d'hommes et de femmes vivant avec le VIH/SIDA.
2. Transparent 2 – Violations des droits de la personne

iv. Méthodologie

Jeux de rôles et travail de groupe

v. Déroulement

1. Le facilitateur répartit les participants en trois ou quatre groupes, et distribue le document intitulé: "Il a le VIH/ Elle a le VIH." Il demande aux participants de lire le document, et de se livrer à un jeu de rôle décrivant le scénario présenté. Ils doivent être encouragés à utiliser les scénarios donnés comme guide, et se servir de leurs propres expériences/imagination en développant les jeux de rôles. Ils ont 15 minutes pour préparer leur représentation.
2. Le facilitateur invite chaque groupe à présenter son jeu de rôles en plénière, en cinq minutes. Le jeu de rôles fait ressortir d'une façon frappante la discrimination et la stigmatisation auxquelles sont confrontées les femmes.
3. Le facilitateur résume les domaines de discrimination fondée sur le sexe dans la vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA, faisant le lien entre le jeu de rôle et les informations contenues dans le Transparent 2.
4. Lorsque tous les jeux de rôles sont terminés, le facilitateur demande aux acteurs les sentiments que les jeux de rôles ont éveillés chez eux.

Note au facilitateur Session 3

Le jeu de rôle permet de personnaliser les questions liées à la discrimination fondée sur le sexe, dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il renforce les connaissances issues du questionnaire visant à susciter la controverse. Il prépare le passage à la session suivante, qui a trait au cadre relatif au "Droit d'Être en Bonne Santé."

Il a le VIH/ Elle a le VIH

	Il a le VIH	Elle a le VIH
Le Docteur fait part de la nouvelle	Vous avez été testé séropositif au VIH. C'est une maladie incurable. Faites attention à votre santé.	Vous avez été testée séropositive au VIH. C'est une maladie incurable. Faites en sorte de ne pas tomber enceinte, car la maladie se transmettrait à votre enfant, et vous serez responsable des malheurs dont souffrira votre enfant. Si vous êtes enceinte, il est impératif de vous faire avorter le plus vite possible.
Apprenant la nouvelle à leurs conjoints respectifs	Tu ne dois pas tomber malade. Je serai près de toi. Mon honneur c'est de te servir.	Toi femme avec ton gros vagin. Tu dois sûrement coucher avec un autre. Tu es ma malédiction. Tu n'a pas besoin de rester ici. Trouves-toi un autre endroit.
La famille apprend leur séropositivité au VIH	Tu nous a apporté la honte. Il vaut mieux que nous nous séparions de toi pour préserver l'honneur de la famille. Prends ta femme et tes enfants avec toi.	Nous ne savions pas que nous avions accueilli une putain dans cette famille. Laisse les enfants ici, et qu'on ne te voies plus ici demain. Nous ne voulons même pas voir ton ombre. Elle s'en va toute seule.
La communauté apprend leur séropositivité au VIH	Quel malheur que cela lui soit arrivé. Après tout, un homme est un homme. Ils sortent bien de temps en temps, mais un tel malheur ne frappe pas tout le monde. C'est son destin.	Avec le genre d'activités qu'elle menait, elle s'en est bien tirée en étant juste jetée dehors. De mon temps, on l'aurait marquée au fer rouge pour servir de leçon aux autres filles pour qu'elles se tiennent loin des activités indignes.
L'employeur apprend la séropositivité au VIH de son employé(e)	Aucun des répondants n'a révélé le statut sérologique de son conjoint à son employeur	Avant d'apprendre leur séropositivité au VIH, aucune de ces femmes n'avait un emploi. Ayant appris leur état, et ayant été chassées de chez elles, elles ont cherché du travail sans grand succès. Elles ont une grande peur d'être rejetées.
Les individus commencent à attraper des infections opportunistes	Sa femme a accordé une rallonge et des faveurs au personnel médical pour que son mari soit examiné par le docteur. Le docteur refuse de connaître la séropositivité au VIH du patient.	Les employés de bureau, les infirmiers, et le docteur font attendre la femme
Le besoin de traitement	La famille utilise toutes ses	Le besoin de médicaments

médical apparaît	<p>économies, et sa femme cherche un autre travail supplémentaire pour payer les médicaments. Elle réduit sa ration alimentaire et celle de ses enfants, pour pouvoir se procurer les médicaments de son mari.</p> <p>OU</p> <p>S'ils vivent dans une économie agricole de subsistance en milieu rural indien, la charge de s'occuper de son mari lui laisse peu de temps pour le travaux champêtres. A la place du maïs et du riz, elle cultive des tubercules, qui demandent moins de main-d'œuvre, et le produit ne suffit pas à la nourrir ou à nourrir ses enfants.</p>	<p>reste insatisfait. Le problème de survie devient préoccupant – la nourriture et le logement sont plus cruciaux que les soins médicaux.</p> <p>OU</p> <p>Si elle vit dans une économie agricole de subsistance, ses terres marginales restent en jachère, et elle attend que les membres de la communauté la prennent en sympathie pour les sauver elle et ses enfants de la mort.</p>
L'inévitable se produit – la mort	<p>La femme reste seule, entendant de toutes part l'inévitable – "elle va bientôt mourir, elle aussi". La charge de s'occuper des enfants et de leur survie subsiste... Il y a fort peu de chances pour qu'elle se remarie – peut-être un autre homme porteur du VIH. La question est de savoir si elle voudra replonger dans tout cela.</p>	<p>Les enfants pleurent. Un plus grand nombre d'orphelins rejoignent les enfants des rues.</p>

Les femmes continueront de vivre avec le poids de l'épidémie, et de mourir du poids de l'épidémie, tant qu'un environnement favorable ne sera pas créé, et que les stéréotypes liés à l'identité sexuelle et à la sexualité ne seront pas rompus par des informations précises et pertinentes aux individus. (adapté de discussions avec des femmes démunies en Inde, dont certaines vivent avec le VIH/SIDA.)

VIOLATIONS DES DROITS HUMAINS – IL A LE VIH/ ELLE A LE VIH

VIOLATIONS DES DROITS HUMAINS	MANIFESTATIONS DE LA VIOLATION
Droit à l'information	<i>Aucune information fournie sur: ➤ L'avortement ➤ La transmission de la mère à l'enfant</i>
Droit à la dignité	<i>Langage grossier</i>
Droit à l'égalité	<i>Attitude de la communauté</i>
Droit à l'emploi	<i>Perte de l'emploi rémunéré en révélant la maladie</i>
Droit à la propriété	<i>Pas d'accès au logement, en cas de répudiation</i>
Droit au mariage et à la vie familiale	<i>Mise en quarantaine par la famille</i>

SESSION 4

Droit d'Etre en Bonne Santé

i. Objectif

Permettre aux participants de comprendre la nécessité d'adopter une approche du développement fondée sur les droits.

ii. Durée

1 heure

iii. Supports/Equipement

1. Deux jeux de fiches codifiées par couleur
2. Stylos à billes
3. Tableau mobile/marqueurs
4. Rétroprojecteur
5. Transparents:
 - 3 – Diagramme du développement
 - 4 – Retards de développement
 - 5 – Informations sur le développement
 - 6 – Instruments des droits de l'homme
 - 7 – Droits
 - 8 – Cadres établis par les Instruments internationaux

iv. Méthodologie

Travail de groupe.

v. Déroulement

1. Le facilitateur distribue aux participants deux jeux de fiches codifiées par couleur, et leur demande d'écrire sur une fiche précise un incident au cours duquel ils ont soulevé avec succès des questions qui ont fait respecter leurs droits fondamentaux. Sur l'autre fiche, ils doivent écrire les sentiments qu'ils ont éprouvés alors qu'ils se battaient pour le respect de leurs droits fondamentaux.
2. Le facilitateur répartit les participants en quatre groupes, et leur demande de désigner un animateur pour orienter les discussions de groupe.
3. Le facilitateur demande au groupe de discuter les différents incidents, et d'en choisir un pour le présenter en plénière. Chaque groupe fait un exposé en plénière.
4. Le facilitateur inscrit sur le tableau mobile tous les sentiments exprimés par les présentateurs pendant qu'ils racontent l'incident. Ceux-ci sont aussi divers que l'exultation, la justice, le bonheur, la victoire, le renforcement des pouvoirs, la confiance, etc.
5. Le facilitateur entame une discussion en rattachant les sentiments au fait que de tels sentiments sont essentiels pour parvenir à un sentiment de bien-être, au respect des droits de la personne, et à une approche du développement humain centrée sur la personne, en se servant du Transparent 3.
6. Le facilitateur explique les pièges que constitue le fait de ne pas suivre une approche du développement centrée sur la personne, en attirant l'attention des

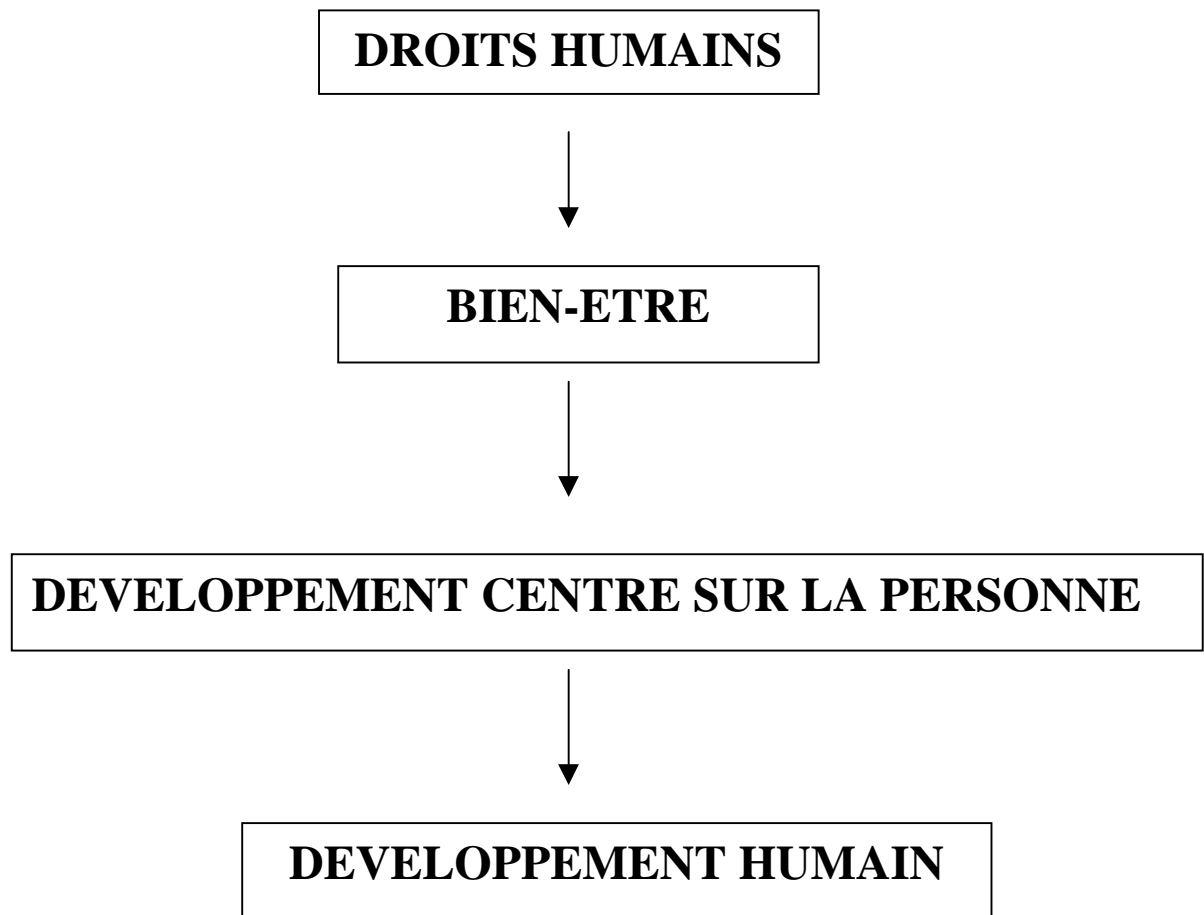
participants sur les retards de développement qui sont la conséquence du dénuement et de l'inégalité, en se servant des Transparents 4 & 5.

7. Le facilitateur attire l'attention des participants sur le besoin pressant de soutenir le développement humain, en reconnaissant les droits des personnes comme des droits qui ont été garantis par divers instruments internationaux des droits humains, en utilisant les Transparents 6, 7 & 8.

Notes au facilitateur, Session 4

- En parlant de l'approche du développement centré sur la personne, citer quelques exemples du Rapport sur le Développement humain de 1990. Ce rapport indique que les pays ayant des revenus élevés par habitant, mais un faible développement humain, ont été classés au bas de l'IDH, par contraste avec les pays ayant un revenu par tête faible, mais un développement humain élevé (par exemple, le Sri Lanka contre l'Arabie Saoudite, selon le Rapport du PNUD sur le Développement Humain, 1990, le Sri Lanka présente un revenu per capita des familles de \$400, mais avec de forts indicateurs de développement humain, un taux d'alphabétisation des adultes de 77 pour cent, et une espérance de vie de 78 ans. Par contraste, l'Arabie Saoudite est présentée comme un pays ayant un revenu per capita élevé de \$6250, mais de faibles indicateurs du développement humain, avec un taux d'alphabétisation des adultes de 51 pour cent, et une espérance de vie de 54 ans.) En conséquences, les questions qui se posent sont les suivantes:
 - . Le développement – pour qui?
 - . Le développement – comment?
- Pour les discussions, lire les notes annexées, intitulées "Exploration de l'aspect normatif".
- Transparents trois à huit annexés.

L'ORGANIGRAMME DU DEVELOPPEMENT



RETARDS DE DEVELOPPEMENT

- **Plus d'un milliard d'individus sont privés des besoins de consommation de base.**

- **Sur les 4,4 milliards d'individus vivant dans les pays en voie de développement, près des trois cinquièmes n'ont pas d'hygiène de base.**

- **Près d'un tiers n'ont pas accès aux services modernes de santé.**

- **Un cinquième des enfants ne fréquentent pas l'école au-delà de la cinquième année.**

- **L'alimentation de près d'un cinquième de la population mondiale est déficitaire/pauvre en calories et en protéines.**

- **Les déficits en micronutriments sont encore plus répandus. Il y a deux milliards de personnes anémiques dans le monde, dont 55 millions dans les pays industriels.**

Source: RDH - 1998

INFORMATIONS SUR LE DEVELOPPEMENT

LE CINQUIEME LE PLUS RICHE:

- **Consomme 45 pour cent de la viande et du poisson. Le cinquième le plus pauvre 5 pour cent.**
- **Consomme 58 pour cent de l'énergie totale. Le cinquième le plus pauvre moins de 4 pour cent.**
- **Possède 74 pour cent de l'ensemble des lignes téléphoniques. Le cinquième le plus pauvre 1,5 pour cent.**
- **Consomme 84 pour cent de tout le papier. Le cinquième le plus pauvre 1,1 pour cent.**
- **Possède 87 pour cent du parc automobile mondial. Le cinquième le plus pauvre moins de 1 pour cent.**

Source: RDH - 1998

LES INSTRUMENTS DES DROITS DE L'HOMME

Les droits de l'homme ont été renforcés par des instruments internationaux, parmi lesquels:

- Le Pacte international sur les droits civils et politiques.
- La Convention sur les droits de l'enfant.
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de torture contre les femmes.
- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples.
- La Convention européenne sur les droits de l'homme.

LES DROITS

- **Le droit à la dignité**

- **Le droit au travail**

- **Le droit à l'éducation**

- **Le droit à la sécurité sociale et aux services sociaux**

- **Le droit à l'égalité – protection égale devant la loi**

- **Le droit au mariage et à la vie familiale**

- **Le droit à la santé**

LE CADRE MIS EN PLACE PAR CES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX A GUIDE :

- L'élaboration des lois au niveau des pays.
- L'évolution des objectifs et des conclusions adoptées lors des conférences internationales, par exemple le Programme d'Action du Caire; la Plate-forme d'Action de Beijing; les résolutions de la Commission de la Condition Féminine, etc.
- L'élaboration de lignes directrices internationales qui se dégagent des consultations bilatérales/multilatérales à l'échelon régional et mondial.

Exploration de l'aspect normatif

La Conférence internationale sur les Soins de Santé Primaires qui s'est achevée le 12 septembre 1978 à Alma-Ata, au Kazakhstan a, à l'issue de ses travaux, adopté la célèbre déclaration selon laquelle la santé constitue un droit humain fondamental, et l'atteinte du niveau le plus élevé possible en matière de santé pour tous est un objectif social mondial des plus importants. La réalisation de cet objectif nécessite l'intervention de plusieurs autres secteurs sociaux et économiques en plus du secteur de la santé. Elle affirme l'urgence qu'il y a à porter les soins de santé le plus près possible de l'endroit où vivent et travaillent les populations et à un coût abordable, en assurant des services de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation.

Plus de vingt ans après la Déclaration d'Alma-Ata, où en est-on à l'heure actuelle ? Les vingt pour cent les plus pauvres de la population mondiale ont été exclus du développement. Le rapport élaboré en 1998 par le PNUD indique que plus d'un milliard de personnes sont privées de besoins de consommation de base. Sur les 4,4 milliards de personnes vivant dans les pays en développement: les trois cinquièmes à peu près manquent d'hygiène de base, presque le tiers n'a pas accès à l'eau potable, le quart ne dispose pas de logement convenable, le cinquième n'a pas accès aux services de santé modernes, un cinquième des enfants abandonne l'école avant la cinquième année d'études et près d'un cinquième n'a pas suffisamment d'énergie et de protéines alimentaires. Deux milliards de personnes sont anémiques à travers le monde, dont 55 millions dans les pays industrialisés.

Le cinquième le plus riche :

- consomme quarante-cinq pour cent de l'ensemble de la viande et du poisson, et le cinquième le plus pauvre, cinq pour cent ;
- consomme cinquante-huit pour cent de l'énergie totale, le cinquième le plus pauvre, moins de quatre pour cent ;
- possède soixante-quatorze pour cent de l'ensemble des lignes téléphoniques, le cinquième le plus pauvre, 1,5 pour cent ;
- consomme quatre-vingt quatre pour cent de la quantité totale de papier, le cinquième le plus pauvre, 1,01 pour cent ;
- possède quatre-vingt sept pour cent du parc automobile mondial, le cinquième le plus pauvre, moins d'un pour cent.

Des disparités demeurent malgré ces impératifs. Quelle en est la raison ? Elles demeurent parce que le paradigme du développement n'a pas été bien compris. Le paradigme s'est focalisé sur la croissance économique et non sur un modèle de développement centré sur la personne. L'approche utilisée était orientée vers l'offre et non pas centrée sur la personne ou bien orientée vers la demande et les besoins. Nous nous sommes rarement arrêtés pour nous poser quelques questions élémentaires, et pourtant fondamentales :

- Le développement - Pourquoi ?
- Le développement - Pour qui ?
- Le développement - Comment ?

Une approche centrée sur la personne doit intégrer une approche droits de l'homme où les indicateurs de développement sont perçus comme des droits. Cette approche comporte un mode de responsabilité interne - responsabilité des décideurs et de ceux qui exercent le pouvoir et l'influence devant ceux dont la vie doit être influencée et modifiée.

Sur le plan conceptuel et en principe, la nécessité de cette sorte de gouvernance a été reconnue il y a de cela cinq décennies, lorsque les Nations Unies ont rédigé et adopté la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en 1948. Cette déclaration a été reconnue comme la Grande Charte des droits de l'homme dans le monde entier. Les principes fondamentaux de cette déclaration sont:

- le droit à la liberté, à la sécurité et le droit de circuler librement
- le droit à la dignité
- le droit au travail
- le droit à l'éducation
- le droit à la sécurité sociale et aux services sociaux
- le droit à l'égalité - à une protection égale devant la loi
- le droit au mariage et à la vie de famille
- le droit à la santé

Ces droits ont été davantage renforcés par des instruments internationaux ultérieurs parmi lesquels figurent:

- Le Pacte International sur les Droits Civils et Politiques
- La Convention sur les Droits de l'Enfant
- La Convention sur l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes
- La Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
- La Convention Européenne des Droits de l'Homme

Il faut mentionner ici que ces codes des droits de l'homme ne peuvent, par eux-mêmes, assurer une protection suffisante des droits individuels, mais il serait tout aussi erroné de les écarter comme étant tout à fait inefficaces. Le cadre mis en place par ces instruments internationaux a guidé :

- L'élaboration des lois au niveau des pays
- L'évolution des objectifs et des conclusions adoptées lors des conférences internationales (par exemple Le Programme d'Action du Caire, issu de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, La Plate-forme d'Action de Beijing, issue de la Quatrième Conférence Mondiale des Femmes, les Résolutions de la Commission de la Condition Féminine, etc.).
- L'élaboration de lignes directrices internationales qui se dégagent des consultations bilatérales/multilatérales à l'échelon régional et mondial.

Ce sont ces recommandations, résolutions et conclusions qui servent de lignes directrices aux Etats pour qu'ils réorientent et élaborent leurs politiques et programmes assurant le respect des droits de la personne. S'ils sont bien mis en œuvre, ces programmes et politiques créent un environnement propice qui favorise un modèle de développement centré sur la personne. Ils contribuent à créer un sentiment de bien-être qui est indispensable pour permettre le développement et le progrès à visage humain des sociétés et des nations.

Madhu Bala Nath
Conseillère en Genre et VIH, ONUSIDA/UNIFEM

SESSION 5

Face-à-face avec la réalité

i. Objectif

Intégrer le cadre normatif des droits de l'homme, le genre et le VIH/SIDA dans la réalité des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

ii. Durée

2 heures 30 minutes

iii. Supports/Équipement

Coupures de presse relatives au vécu actuel réel des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

iv. Méthodologie

Travail de groupe

v. Déroulement

- 1 Le facilitateur répartit les participants en quatre groupes et remet à chaque groupe un article de journal différent tiré de la couverture récente du vécu des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- 2 Le facilitateur demande à chaque groupe de désigner un animateur chargé de faciliter la discussion au sein du groupe et de faire un exposé en séance plénière.
- 3 Le facilitateur demande au groupe de lire l'article et d'analyser son contenu dans le contexte des droits garantis pour un individu en vertu des conventions internationales et des constitutions nationales, en tenant compte de la politique linguistique des Nations Unies.
- 4 Le facilitateur encourage une réflexion participative, étant donné que chaque groupe fait son exposé en séance plénière.
- 5 Si le temps le permet, le facilitateur demande à la personne qui fait l'exposé dans chaque groupe de rédiger un court article en réécrivant l'article examiné dans le contexte des questions soulevées lors de la séance de réflexion. Cet élément est remis aux participants pour référence.

Notes au facilitateur, Session 5

- La dernière étape consistant à rédiger l'article n'est abordée que s'il reste du temps à l'issue de la discussion.
- Cet exercice aide à renforcer les compétences en matière d'analyse, en liant le micro et le macro dans le cadre du reportage et en se servant de preuves empiriques pour améliorer les données anecdotiques, aidant de ce fait les journalistes à produire un puissant support pour le plaidoyer grâce à leurs travaux.
- Cinq reportages sont annexés. Le facilitateur devra en choisir quatre pour les distribuer.
- Le facilitateur devra se familiariser avec la politique linguistique des Nations Unies (document joint) pour pouvoir transmettre aux participants l'utilisation de la terminologie appropriée.

LA POLITIQUE LINGUISTIQUE DU PNUD ASSOCIEE AU VIH⁷²

Le langage et les images qu'il évoque forment et influencent le comportement et les attitudes. Les termes choisis situent l'orateur par rapport aux autres, en les tenant à l'écart ou les incluant, en créant des rapports de force ou de partenariat, et affectent les personnes qui écoutent de façons particulières, en renforçant ou non leurs pouvoirs, s'aliénant leur affection, etc. L'utilisation du langage est une question morale et programmatique.

Le PNUD a adopté les principes ci-après pour orienter son langage associé au VIH.

- **Le langage devra être inclusif, et non créer et renforcer une mentalité ou une approche Eux/Nous.** A titre d'exemple, un terme comme "intervention" place l'orateur en dehors du groupe de personnes pour ou avec qui il/elle travaille. Des termes tels que "lutte" créent une distance particulière entre l'orateur et l'auditoire. Il faudra faire attention à l'utilisation des pronoms "ils", "vous", "eux", etc.
- **Il vaut mieux que la terminologie utilisée soit tirée du vocabulaire de la paix et du développement humain plutôt que du vocabulaire de la guerre.** Par exemple, on pourrait trouver des synonymes de termes comme "campagne", "lutte", "surveillance", etc.
- **Les descriptifs devraient être ceux préférés ou choisis par les personnes décrites.** Par exemple, au lieu de "prostitués", les personnes concernées préfèrent souvent l'expression "travailleurs du sexe"; au lieu de "victimes", les personnes infectées préfèrent l'expression "personnes vivant avec le SIDA"
- **Le langage doit être neutre, sensible aux spécificités sexuelles et renforcer les pouvoirs plutôt que de les affaiblir.** Des expressions telles que "mœurs légères", "abus de drogue" et tous les termes péjoratifs éloignent plutôt que de créer la confiance et le respect nécessaires. Des termes comme "victime" ou "malade" suggèrent l'impuissance; les termes "hémophile" ou "malade du SIDA" n'identifient un être humain que par sa situation médicale. L'expression "consommateurs de drogues injectables" est utilisée plutôt que "toxicomanes". Des termes tels que "vivant avec le VIH" reconnaissent qu'une personne infectée peut continuer à vivre bien et de façon productive pendant de nombreuses années.
- **Les termes utilisés doivent être précis.** Par exemple, le mot "SIDA" décrit les états et les maladies associées à une progression sensible des infections. Sinon, il y a d'autres termes comme "Infection à VIH", "Épidémie de VIH", "maladies ou états liés au VIH", etc. L'expression "situation de risque" est utilisée plutôt que "comportement à risque" ou "groupes à risque", étant donné que le même acte peut être sans danger dans une situation et dangereux dans une autre. La sécurité de la situation doit être évaluée sans cesse.
- **Les termes utilisés doivent être pertinents pour informer avec précision.** Par exemple, les modes de transmission du VIH et les options pour le changement de comportement aux fins de se protéger doivent être indiqués de façon explicite, pour être bien compris dans tous les contextes culturels.

⁷² Extrait de UNDP HIV and Development Programme Issues Papers

L'utilisation appropriée du langage permet de respecter la dignité et les droits de toutes les personnes concernées, évite de contribuer à la stigmatisation et au rejet des personnes affectées et contribue à créer les changements sociaux nécessaires pour surmonter l'épidémie.

LA REALITE, ARTICLE DE JOURNAL I

Une victime du SIDA au Bengale meurt dans l'isolement, d'une mort indigne, par Gautam Chaudhuri, Hindustan Times, 12 mai 1999.

Dhiren Sarkar est mort méconnu, sans que personne ne verse une larme sur lui, ou ne s'occupe de lui, et sans aucun traitement, tout simplement parce qu'il avait le SIDA. Habitant le village de Chakkabirajpur, dans le bloc Katwa du district de Burdwan, Dhiren Sarkar a travaillé pendant longtemps à Doubaï et par la suite à Mumbai. Cela faisait deux mois seulement qu'il était revenu s'installer dans son village natal avec son épouse et ses enfants.

On disait que Sarkar, âgé de 53 ans, souffrait d'une fièvre persistante et d'un amaigrissement constant, qui ont d'abord amené les médecins à le soupçonner d'être séropositif. Ses malheurs ont commencé à partir de ce moment, quand le bruit a couru qu'il était atteint de SIDA.

Il a d'abord été mis en quarantaine par sa famille et par les villageois. Son épouse l'a quitté en emportant leurs deux enfants. Ses voisins l'ont fui tout comme les autres villageois. Il est resté seul dans sa maison, ne pouvant même plus marcher au bout d'un certain temps.

Les choses sont arrivées au point critique la semaine dernière, lorsque des villageois l'ont enfermé et ont décidé de mettre le feu à la maison. C'est n'est que grâce à la bonté d'un voisin qui a décidé d'informer le poste de police de Katwa du complot ourdi que le drame a pu être évité.

Lundi dernier, une équipe de secours du poste de police de Katwa s'est rendue chez Sarkar pour le conduire à l'hôpital local. Mais cela a engendré de nouveaux problèmes pour lui.

On l'avait mis dans une chambre abandonnée de l'hôpital et il n'était soigné que superficiellement par les médecins, au motif que l'hôpital n'était pas équipé pour traiter un malade séropositif au VIH. Pour se débarrasser de lui, l'hôpital l'a transféré à l'hôpital du district de Burdwan. Là aussi, un problème s'est posé, aucun chauffeur n'étant disposé à le conduire à l'hôpital du fait qu'il avait le SIDA.

Sarkar n'a pas été admis à l'hôpital de Burdwan. On lui a fait un prélèvement de sang pour l'envoyer à Calcutta pour un test ELISA. Il a été diagnostiqué séropositif au VIH, et en phase terminale. Les médecins étaient indifférents et les autres malades ne voulaient pas s'approcher de lui. C'était pratiquement la fin du voyage pour lui.

Sarkar est mort le week-end dernier tout seul dans un petit coin sombre de l'hôpital. Le Dr. Nirmal Maji, secrétaire adjoint de l'Indian Medical, a fait savoir qu'il allait attirer l'attention de la State AIDS Cell sur ce cas, pour que pareilles tragédies ne se reproduisent pas à l'avenir.

LA REALITE, ARTICLE DE JOURNAL II

Un désœuvré condamné à une peine de 4 à 12 ans de prison dans une affaire de VIH : l'épisode a soulevé un débat sur la propagation du virus,

par Richard Perez-Pena
New York Times, 1999

Nushawn J. Williams, un jeune désœuvré qui a provoqué un débat national sur la question de savoir si la propagation du virus du SIDA pouvait constituer un acte criminel, a été condamné hier à une peine de 4 à 12 ans de prison, après que plusieurs de ses présumées victimes eurent refusé de coopérer avec les procureurs.

Lorsqu'elle a été dévoilée pour la première fois en octobre 1997, l'affaire Mr. Williams semblait cristalliser nombre des pires craintes de la société au sujet de l'épidémie du SIDA, révélant ainsi une subculture de jeunes gens désœuvrés qui changeaient de partenaires sexuels comme ils changeaient de chemise. Les autorités du Comté de Chautauqua, situé à l'extrême ouest de l'Etat de New York, ont qualifié Mr. Williams de prédateur sexuel qui échangeait parfois de la cocaïne contre des rapports sexuels, sachant qu'il avait le VIH, le virus responsable du SIDA.

Les autorités ont affirmé que l'année où il a vécu à Jamestown, une ancienne ville industrielle au sud de Buffalo, il a eu des rapports sexuels avec au moins 48 jeunes femmes et filles de la région, transmettant ainsi le VIH à 13 d'entre elles. L'agitation soulevée par cette affaire est arrivée à son comble lorsque les autorités sanitaires qui ont interrogé Mr. Williams, un natif de Brooklyn qui a également vécu dans le Bronx, leur ont fait savoir qu'il a eu 50 à 75 autres partenaires sexuels à New York City.

Mr. Williams, 22 ans, devint la première personne à New York, et la seule sur une d'individus dans le pays, à être inculpée pour avoir transmis le VIH à un tiers.

Le verdict d'hier a été rendu par le tribunal du Comté de Chautauqua à Mayville, aux termes d'un compromis avec le parquet. Mr. Williams a plaidé coupable en février du chef d'accusation de comportement dangereux et imprudent, pour avoir eu des rapports sexuels non protégés avec une femme qu'il n'a pas informée de sa séropositivité - les plaignants n'ont pas dit si la femme a été infectée - et de deux chefs d'accusation de viol au second degré, pour avoir eu des rapports sexuels avec une écolière de 13 ans.

"C'étaient les deux seules victimes qui avaient accepté de témoigner", a indiqué William Coughlin, substitut du procureur, qui s'est occupé de la condamnation. Il a cependant souligné que l'affaire "ne concerne que les personnes portées à la connaissance de la police" et que la découverte de nouvelles victimes pourrait produire de nouvelles accusations.

Mr. Williams passe en jugement la semaine prochaine dans le Bronx, sous le chef d'accusation de comportement dangereux et imprudent pour avoir eu des rapports sexuels non protégés avec une fille de 15 ans. Aux termes d'un compromis entre ses avocats et les plaignants du Bronx et de Chautauqua, sa peine pour ce chef d'accusation sera confondue avec celle prononcée hier dans l'affaire du Bronx. "Je pense qu'il est heureux pour tout le monde que cela ne passe pas en jugement. Cela aurait ressemblé à cirque".

Mr. Williams purge déjà une peine d'un à trois ans suite à une condamnation pour avoir vendu de la cocaïne dans le Bronx. Mr. Cember a fait remarquer que la nouvelle peine de 4 à 12 ans va commencer avec effet rétroactif à compter du moment où Mr. Williams aura droit à la liberté conditionnelle dans l'affaire de drogue qui a eu lieu l'année dernière. Cela signifie qu'il aura le droit d'être libéré en 2002.

Les appels lancés à Richard Slater, l'avocat de Mr. Williams dans le Comté de Chautauqua, sont restés sans réponse hier, mais Monsieur Slater a déclaré à Associated Press: "Il n'est pas mauvais. Il a été présenté comme une mauvaise personne. Cela l'ennuie beaucoup d'être malade. Il m'a fait part de sa préoccupation concernant la possibilité qu'il n'accomplisse pas sa peine".

On a diagnostiqué que Mr. Williams, qui était sans domicile parfois, souffrait de schizophrénie et a été soigné pour dépression. Mr. Cember a refusé de discuter de l'état mental de son client, mais lui et le ministère public ont fait observer que cela ne constituerait pas forcément une défense contre les accusations de crime.

La publicité faite autour de l'affaire Williams a permis l'année dernière de convaincre le corps législatif de voter une loi exigeant que le nom de tout porteur de VIH soit signalé au Ministère de la Santé, une démarche à laquelle les Démocrates se sont opposés pendant des années. Elle a également incité certains législateurs à demander une loi qui prévoit des sanctions plus lourdes, notamment pour avoir sciemment transmis le VIH à un autre.

Mr. Williams est la seule personne dont la séropositivité a été publiquement révélée par les autorités sanitaires. Une loi vieille de 10 ans protège l'identité des personnes porteuses de VIH contre la révélation publique, mais elle prévoit des exceptions en cas de pour la santé et la sécurité publiques.

C'est en vertu de cette exception que, durant l'automne 1997, les autorités ont obtenu une décision judiciaire leur permettant de rendre public le cas de Mr. Williams, en l'identifiant et en incitant les personnes qui auraient eu un contact avec lui de subir un test de dépistage du virus.

Le Procureur de la République du Comté de Chautauqua, James Subjack, a d'abord envisagé de chercher une mise en accusation pour agression au premier degré, une accusation beaucoup plus grave que celles finalement portées, assortie d'une peine maximum de 12 à 25 ans pour chaque chef d'accusation. Les spécialistes du droit ont déclaré que nul n'avait jamais été poursuivi pour agression, pour avoir transmis une maladie.

Pour une agression au premier degré, il faut des coups et blessures, et aucun procureur n'avait jamais cherché à prouver une telle accusation lorsque ce tort se situe dans le futur. "Nous sommes arrivés à la conclusion que la loi n'était tout simplement pas faite pour traiter ce genre de chose", a indiqué Mr. Coughlin.

LA REALITE ARTICLE DE JOURNAL III

Un écrivain aide Soweto à se débarrasser de la honte que provoque le SIDA, par Rachel L. Swarns, New York Times, 24 octobre 1999.

Soweto, Afrique du Sud: Pendant trois ans, Lucky Mazibuko a observé les règles tacites de sa société. Il a gardé le silence sur le virus présent dans son sang. Il pleurait la nuit, quand sa mère ne pouvait pas l'entendre. Il cachait sa souffrance aux yeux du monde et attendait tranquillement la mort.

Dans les rues poussiéreuses et animées du coin, où au moins une personne dans chaque famille porte le virus responsable du SIDA, les gens continuent de l'appeler maladie de l'homme blanc, maladie de l'homme gay ou maladie de l'étranger. même le fait de discuter de la maladie est honteux, tellement honteux qu'une avocate de la cause des personnes ayant le SIDA dans un autre township a été tuée au mois de décembre par ses voisins pour avoir révélé qu'elle était séropositive au VIH.

Cependant, Mr. Mazibuko s'est finalement lassé de se cacher. Au début de cette année, il a appelé *The Sowetan*, le plus grand quotidien en Afrique du Sud. Il souhaitait écrire une chronique hebdomadaire, accompagnée de sa photo. Il voulait montrer à la nation qu'un noir pouvait vivre avec le virus de l'immunodéficience humaine, et garder la tête haute.

"Dites tout simplement que j'ai de la chance", a déclaré Mr. Mazibuko, l'oeil vif. "Car je suis l'homme le plus chanceux du monde."

Trois mois après le meurtre du militant Gugu Dlamini, Mr. Mazibuko devint le premier noir à être engagé par un journal important pour briser la culture de la honte et du silence qui entoure le VIH et, à son grand étonnement, il a été embrassé, et non pas chassé hors de la ville. Depuis le démarrage de la chronique au mois de mars, il a été sollicité par des shows télévisés, des émissions radiophoniques, des magazines et les écoles de la place.

Il dit au public que l'utilisation des préservatifs est sûre et sexy. Il exhorte les gens à rester en bonne santé. "Pas de fritures" lance-t-il en grondant, "Pas de sucre, pas de margarine, pas de beurre, pas d'huile ou de graisse". Chaque mardi, pour les lecteurs en majorité noirs, le journal est tiré à plus de plus de 200 000 exemplaires, mais les rédacteurs estiment qu'il y a 1,5 millions de personnes qui se passent les exemplaires. Il fait la chronique d'un mourant qui lutte pour affronter avec fougue, malice et sur un ton plaintif, une maladie meurtrière qui a envahi son corps et la communauté.

"J'ai vu à la télévision un homme en train de mourir du SIDA" a-t-il écrit ce mois-ci. "Ses côtes ressemblaient à des cordes de guitare. Il avait les yeux gros comme ceux d'un hibou. Je me voyais dans le corps meurtri de cet homme".

Les gens ont le souffle coupé lorsqu'ils lisent ces mots et voient son visage. C'est un homme ordinaire - et non un journaliste - conducteur de "jitney (véhicule à itinéraire fixe et à prix modique)". "N'est-ce pas là le garçon de notre ville natale", murmure-t-on sur son passage. "N'est-ce pas l'homme qui porte le VIH?".

Mais les employés du journal qui craignaient autrefois qu'il ne contaminât la salle de rédaction du *Sowetan*, partagent maintenant ses repas, des femmes ridées se serrent contre lui dans les véhicules qu'il conduit pour travailler et se racontent des histoires d'enfants malades. Les travailleurs sociaux collent ses chroniques sur les murs des hospices pour donner de l'espoir aux malades qui sont mourants. Et à chaque poignée de main inattendue et à chaque question hésitante, Mr. Mazibuko dit qu'il sent le vent du changement souffler sur ses épaules.

La réalité est plus complexe. Des hostilités bien ancrées ont du mal à disparaître. Et les défenseurs de la cause des personnes atteintes du SIDA mettent l'accent sur le fait que de nombreuses personnes continuent de mourir seules dans les hôpitaux ou les cabanes, abandonnées par la famille et les amis.

Cependant, alors que la maladie fait des ravages à Soweto et que les visages qui apparaissent dans les avis de décès se font de plus en plus jeunes, ignorer la crise devient plus difficile. Avec sa chronique, disent les activistes, Mr. Mazibuko contribue à ouvrir des yeux autrefois fermés.

"Sa chronique bat en brèche tous les mythes: "On indexe une tierce personne, une personne qui se trouve à l'étranger, une personne qui se trouve en Zambie", a déclaré Glen Mabuza, Directrice du projet Conseils et Formation en matière de SIDA (AIDS Counselling and Training), un groupe sans but lucratif qui conseille et soutient les personnes séropositives ici.

"C'est quelqu'un d'ici, quelqu'un de Soweto", a-t-elle soutenu. "Sa photo est réelle. Ils peuvent constater qu'il s'agit d'une personne réelle. Et cette personne nous parle, elle parle à la communauté noire".

La nouvelle chronique ne fait pas l'unanimité. Certains dirigeants de l'église ont condamné le fait qu'il recommande l'utilisation de préservatifs, a déclaré Mr. Mazibuko. Quelques notables se sont plaints en disant qu'il encourage les rapports sexuels avant le mariage. Une ancienne petite amie a appelé pour se plaindre, disant qu'il l'avait embrassée et lui avait peut-être transmis la maladie. (Il lui a suggéré de subir le test du VIH. Elle n'a plus rappelé). Et Nkululeko, son fils de 8 ans, a été assailli de questions par ses camarades de classe qui avaient appris la nouvelle.

Le garçon a demandé à son père: "Je sais que tu l'as. Mais avoir le SIDA, qu'est-ce que cela veut dire ?". Mr. Mazibuko a expliqué d'une voix empreinte de tristesse: "Je lui ai tout simplement dit que c'est comme la grippe. La seule différence est qu'il ne guérit pas; il finit par vous tuer".

Pour l'instant, il est bien portant. Il est de petite taille et élégant, avec des dreadlocks qui commencent à pousser, des lunettes à monture d'acier et un rire retentissant qui tonne dans la salle de rédaction. Il est né à Soweto et n'a jamais quitté cette ville. Lorsqu'il a terminé sa douzième année d'études, il a commencé à conduire un "jitney".

Sa mission consiste à prêcher la bonne parole, à travers ces rues familières, à l'intention des jeunes gens colportant des pneus, des jeunes filles en uniforme bleu pouffant de rire et des enfants aux pieds nus qui courent joyeusement dans la poussière.

Il a grandi comme eux, pauvre, sans électricité, sans information. Et il est furieux contre les grands défenseurs blancs de la cause des victimes du SIDA qui, se plaint-il, portent rarement leur message dans les townships.

"Ces gens-là organisent tous ces galas, tous ces repas dans des endroits chics, mais ils n'ont jamais été à Soweto", a indiqué Mr. Mazibuko. "Ils ne viennent pas auprès de mon peuple, la majorité des gens de la rue, des gens ordinaires comme moi, des gens qui souffrent le plus de la maladie".

Il a un langage franc et sensé dans ses chroniques. Il exhorte les travailleurs séropositifs au VIH à apprendre leurs droits. Il attaque les sociétés pharmaceutiques parce qu'il fabrique des médicaments onéreux. Il décrit des lettres poignantes provenant de parents qui ont abandonné leurs enfants atteints du SIDA. Et il dit aux lecteurs qu'ils doivent assumer la responsabilité de leur vie sexuelle.

"Pourquoi les gens ont-ils toujours des rapports sexuels non protégés, exposant ainsi des enfants innocents à la transmission materno-fœtale du VIH?". Dans une chronique publiée au mois de juin, il a écrit: "N'est-ce pas à notre peuple lui-même de comprendre qu'il doit changer de comportement?"

Recheal Plo, qui a été séropositive au VIH pendant trois ans, a été stupéfiée par la lecture de ces chroniques. "Je voulais savoir qui était cet homme. Qui était-il ?" a déclaré Mme Plo, une femme de 24 ans. "Je lis la chronique à chaque fois qu'elle paraît. J'ai su à travers elle que je n'étais pas la seule personne confrontée au problème."

Mais dans la salle de rédaction, certains employés se montraient toujours soupçonneux à l'égard de Monsieur Mazibuko. Aggrey Klaaste, le rédacteur en chef de "The Sowetan", a expliqué que la chronique va aider le journal à réaliser son objectif qui est de mieux informer les lecteurs au sujet du VIH. Les Nations Unies, qui gèrent un programme visant à soutenir les travailleurs infectés par le VIH, contribuera au paiement du salaire. Et Monsieur Mazibuko va conseiller les membres du personnel à propos du virus.

Certains travailleurs continuent cependant d'être préoccupés: "Est-ce que le fait de le toucher, de manger avec lui, de s'asseoir à côté de lui, vous transmet la maladie ? "J'avais des hésitations sur sa présence ici" dit Thembinkosi Nxumalo, 34 ans, Directeur des services immobiliers. "Il y a tellement de mythes. Je ne savais pas quoi penser." Finalement, il a décidé de poser des questions à Mr. Mazibuko. Le chroniqueur lui a parlé de tout ce qu'il savait au sujet du VIH et Mr. Nxumalo a finalement décidé de subir le test du VIH et d'utiliser régulièrement des préservatifs. "Cela m'a vraiment ouvert les yeux", a-t-il déclaré.

L'expérience a également ouvert les yeux à Monsieur Mazibuko, qui a été obligé de faire face à sa vie sexuelle passée. Au début de cette année, il a reçu un coup de fil d'une autre ancienne petite amie qui avait vu sa photo dans le journal. Elle lui a demandé s'il se rappelait son nom.

Il a avoué que non. Il a eu des rapports sexuels avec tant de femmes, sans jamais utiliser de préservatif, qu'il ne pouvait pas se les rappeler toutes. "Il fut un temps où je les appelais toutes chérie, parce que j'avais oublié leur nom", dit-il.

Puis il s'est souvenu. Ils se sont rencontrés il y a de cela sept ans. Il l'avait prise à bord du "jitney" qu'il conduisait. C'était une belle femme, a-t-il déclaré, et ils ont eu des rapports sexuels plusieurs fois. Elle lui a dit au téléphone qu'elle était alors infectée par le virus et le lui avait probablement transmis. Rien que de ressentir les symptômes, elle maigrissait déjà.

Alors soudain, il s'est retrouvé face à sa propre mortalité. "Je ne pouvais pas travailler" a-t-il déclaré. "Je suis resté là à pleurer".

Mr. Mazibuko affirme qu'il essaie de ne pas penser à la maladie. Il veut faire tant de choses. Il désire écrire un livre. Il a l'intention de négocier pour obtenir une augmentation de salaire. (Il gagne environ 650 dollars par mois). Et il a envie de passer du temps avec son fils, sa fille, sa mère et ses autres parents.

Mais on ne peut pas ignorer l'inévitable. Sa mère dit qu'elle envisage de vendre sa maison lorsqu'il tombera malade, pour payer le traitement. Son fils montre du doigt le cimetière du quartier, et demande si un jour il y trouvera son père.

"J'avais l'ambition d'être un grand homme d'affaires, un riche homme d'affaires noir dans cette communauté", a indiqué Mazibuko. "A présent, tout ce que je veux, c'est vivre, vous savez?"

LA REALITE, ARTICLE DE JOURNAL IV

Pour les sujets d'une étude haïtienne, la gratuité des soins liés au SIDA a un prix, par Nina Berstein
New York Times, 6 juin 1999.

Un arrangement en apparence simple est offert aux malades pauvres qui quittent les trottoirs sales pour entrer dans la clinique moderne de recherche sur le SIDA, dirigée par Cornell Medical College à Port-au-Prince, à Haïti.

"Nous voulons vous faire subir une analyse de sang parce que vous habitez une zone où le SIDA peut être courant"; c'est ce que dit la version anglaise du formulaire d'acceptation de la clinique. Nous vous fournirons des médicaments si vous tombez malade et n'avez pas les moyens de faire face aux soins".

Cependant, la transaction n'est pas aussi simple qu'elle paraît. De nombreux Haïtiens qui se rendent à la clinique deviennent aussitôt des patients et sujets de la recherche médicale financée par les Etats-Unis, et les conditions qui sont mauvaises pour leur santé sont parfois les meilleures pour les résultats de la recherche.

Le conflit est particulièrement vrai dans le cadre de la recherche terriblement tentante de Cornell à Haïti, une étude des partenaires sexuels dont un seul est infecté par le virus du SIDA. Les chercheurs, essayant de gagner du temps pour mettre au point un vaccin, analysent le sang des deux partenaires, notamment ceux qui ne sont pas infectés et qui continuent d'être exposés au virus par le biais des rapports sexuels non protégés. Ils essaient de savoir si certaines personnes possèdent contre l'infection à VIH des protections naturelles qui pourraient être reproduites sous forme de vaccin.

Les Haïtiens sont de parfaits sujets de recherche, dans une large mesure parce qu'ils ne reçoivent pas le genre de soins qui est maintenant courant dans les pays développés. Le préservatif est peu utilisé à Haïti pour des raisons culturelles et autres. Les antirétroviraux qui réussissent à éliminer le virus ne sont pas disponibles, sauf pour les patients très riches, et ne sont pas inclus dans la promesse faite par Cornell de fournir les médicaments.

Près de 20 ans après que Cornell a ouvert la clinique, cette dernière assure quelques-uns des meilleurs traitements du SIDA disponibles dans ce pays ravagé par l'épidémie, luttant contre d'innombrables maladies provoquées par le SIDA. Mais, il s'agit là d'un niveau de soin plus faible que celui que les malades reçoivent couramment dans les institutions américaines, y compris l'hôpital affilié à Cornell à New York City.

Si la recherche était effectuée aux Etats-Unis, les experts s'accordent à dire que les médecins seraient obligés de prescrire des antirétroviraux et de fournir les conseils les plus efficaces possibles contre les rapports sexuels non protégés.

Les questions morales que posent les travaux de Cornell parmi les pauvres de Haïti sont au cœur d'un débat à l'échelle globale sur la recherche en matière de SIDA, qui fait tourner les organisations internationales de la santé.

Le SIDA existe partout, mais l'Afrique se voile la face,
New York Times, 1999.

Mercy Makhalemele a su qu'elle était séropositive lorsqu'elle était enceinte de son deuxième enfant. Elle avait 23 ans, était mariée depuis cinq ans et fidèle à son mari. Elle a pleuré pendant tout le chemin du retour des consultations prénatales, mais pendant près d'un an, elle a eu trop peur d'en parler à quelqu'un.

Quand elle a fini par le dire à son mari, il l'a jetée à terre, cognant sa tête contre un fourneau allumé et la brûlant sérieusement au poignet, a-t-elle indiqué. Ensuite, il l'a jetée dehors, refusant de croire qu'il lui avait transmis le virus. Le jour suivant, il s'est rendu au magasin de chaussures qu'elle gérait. Devant tout le monde, il lui a dit en criant de prendre toutes ses affaires, qu'il n'avait rien à faire avec quelqu'un qui porte le VIH, le virus responsable du SIDA.

Ses employeurs l'ont renvoyée cet après-midi-là.

"Mon histoire", dit-elle à un groupe de femmes qui se sont réunies récemment pour un déjeuner, "n'est pas seulement la mienne". Si vous parlez à d'autres femmes, dans quatre-vingt dix pour cent des cas vous entendrez la même chose. Vous n'aurez pas 50 histoires différentes. Nous rejeter ne va pas résoudre le problème lié à cette maladie. Cela va tout simplement nous déprimer. Alors s'il vous plaît, acceptez-nous tout simplement".

L'épidémie du SIDA est présente partout en Afrique subsaharienne. Dans plusieurs pays, une personne sur quatre est à présent infectée par le virus, et mourra probablement dans les dix ans qui viennent. La maladie submerge les hôpitaux, modifiant le visage des lieux de travail et faisant des orphelins. Mais allez dans un village pour demander si quelqu'un a le SIDA et la réponse sera probablement non, il n'y a que le paludisme ou la tuberculose ou la diarrhée.

Il est difficile de trouver quelqu'un qui avoue publiquement sa séropositivité au VIH. Beaucoup emportent leur secret dans la tombe, tellement grande est la stigmatisation. La discrimination contre les personnes porteuses du virus existe dans une certaine mesure dans la plupart des pays du monde. Mais les spécialistes disent que le problème est d'une gravité particulière en Afrique où peu a été fait pour étudier ou combattre la stigmatisation.

La honte qu'éprouvent les gens et le traitement qu'ils subissent entre les mains de leurs communautés ont des conséquences profondes pour les efforts de lutte contre la propagation du virus et de traitement des malades, affirment les spécialistes. D'une part, cela empêche les gens de chercher à savoir s'ils ont le SIDA ou pas, et de l'autre, cela pousse même les personnes qui se savent infectées à agir comme tout le monde, et peut-être même à propager la maladie. A titre d'exemple, une mère qui cherche à cacher son statut de séropositive au VIH peut ne pas être disposée à utiliser le lait maternisé afin d'aider à empêcher la transmission à son enfant, si les autres mères de son village pratiquent l'allaitement maternel.

La crainte d'être découverts peut également empêcher les gens de rechercher des services de quelque nature qu'ils soient. En Afrique du Sud, les structures réservées aux malades du SIDA restent souvent pratiquement vides, même s'il y a un grand besoin de l'assistance qu'elles offrent.

SESSION 6

Les impératifs fondamentaux auxquels doivent faire face les hommes et les femmes.

i. Objectif

Susciter une prise de conscience des questions juridiques et morales qui influent sur la vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

ii. Durée

2h 45 mn

iii. Supports/Équipement

1. Questionnaires pour chacun des cinq impératifs fondamentaux sur les données de base et les statistiques.
2. Cinq feuilles de papier avec une déclaration sur chacune.
3. Rétroprojecteur
4. Transparents
 - 9 – Transmission de la mère à l'enfant
 - 10 – Allaitement maternel.
 - 11 – Avortement
 - 12 – Information du partenaire
 - 13 – Discrimination

iv. Méthodologie

1. Travail de groupe
2. Susciter le contradiction
3. Réflexion participative

v. Déroulement

1. Le facilitateur répartit les participants en cinq groupes et donne à chaque groupe une déclaration à examiner, en tenant compte des réalités contextuelles de leur situation géographique. Les déclarations sont les suivantes:
 - **Groupe I:** Une femme enceinte découvrant sa séropositivité au VIH doit commencer la prise d'AZT dès la 14^e semaine de sa grossesse, puisque ce traitement réduit de 66 pour cent les risques de transmission de la mère à l'enfant. Le coût d'un tel traitement s'élève à 800 dollars.
 - **Groupe II:** Les femmes vivant avec le VIH/SIDA ne doivent pas nourrir leurs bébés au sein étant donné que ceci comporte 15 pour cent de risque de transmission du virus de la mère à l'enfant.
 - **Groupe III :** Les femmes vivant avec le VIH/SIDA doivent immédiatement se faire avorter dès qu'elles apprennent qu'elles sont enceintes.
 - **Groupe IV:** Le docteur doit informer le mari de sa patiente de son statut sérologique sans pour autant en informer la femme.

- **Groupe V:** Les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent être isolées/mises en quarantaine car la survie de la collectivité est plus importante que l'exercice des droits de la personne.
- 2 Le facilitateur demande à chaque groupe de choisir un animateur chargé de faciliter la discussion et de faire un exposé lors de la séance plénière. L'exposé ne sera fait que s'il y a consensus au sein du groupe. Ainsi, l'exercice permet aussi de développer les capacités des participants à réaliser un consensus.
 - 3 Les exposés et discussions de groupe se déroulent par étapes :
 - Le groupe I présente son exposé sur la réponse à l'impératif fondamental qu'il a eu à examiner (Transmission de la Mère à l'Enfant).
 - Avant d'ouvrir les discussions au niveau du groupe, le facilitateur remet un petit questionnaire sur le thème de l'impératif fondamental considéré, et demande aux participants de le remplir individuellement et de se noter eux-mêmes (5 - 10 minutes par questionnaire).
 - Le facilitateur donne les réponses lors de la séance plénière en les utilisant comme point d'entrée de la discussion de groupe. La discussion prend fin au bout de 15 mn. Le facilitateur fait la synthèse des questions soulevées en se servant du transparent qu'il faut (par exemple: Transparent 9 pour la transmission de la mère à l'enfant).
 - On reprend le processus pour chacun des impératifs fondamentaux restants: allaitement maternel, avortement, information du partenaire, discrimination et stigmatisation.
 -

Notes au facilitateur, Session 6

- Il y a cinq impératifs fondamentaux à examiner: la transmission de la mère à l'enfant, l'allaitement maternel, l'avortement, l'information du partenaire et l'accès aux ressources/discrimination.
- Il est très important pour le facilitateur de lire et d'assimiler à fond les notes au facilitateur, pour une utilisation efficace des questionnaires en tant que point d'entrée de la discussion de groupe.
- Etant donné que nombre de ces questions restent controversées et que les informations issues de la recherche sur le terrain sont encore insuffisantes, le facilitateur devra présenter le débat moral sans parti pris. Il faudra laisser aux participants la latitude d'adopter toute approche pertinente à leurs réalités contextuelles.
- Les notes détaillées pour chacun des impératifs fondamentaux sont jointes en annexe.
- Les questionnaires pour chacun des impératifs fondamentaux sont également joints en annexe.

Déclaration Un

Une femme enceinte constatant sa séropositivité au VIH doit commencer la prise d'AZT dans la 14^{ème} semaine de sa grossesse, puisque ce traitement réduit de 66 pour cent les risques de transmission de la mère à l'enfant. Le coût d'un tel traitement s'élève à \$800.

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL I

Transmission de la mère à l'enfant

1. Près de _____ du million d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH dans le monde ont eu la maladie par transmission maternelle au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et au cours de l'allaitement.

50%
10%
90%

(Source: Prevention Strategies and Dilemmas – Marcel Bianco)

2. En 1994, le Protocole 076 a prouvé qu'on pouvait effectivement prévenir la transmission de la mère à l'enfant en administrant de l'AZT aux femmes séropositives au VIH à partir de la 14^{ème} semaine de grossesse, puis par intraveineuse pendant l'accouchement, et enfin au nourrisson pendant les six premières semaines de vie. Le taux de réussite de la prévention de la transmission était de _____ .

16%
66%
6%

(Source: Women's Vulnerability and AIDS – Adriana Gomez and Deborah Meacham)

3. Bien que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ait déclaré qu'il y a _____ justification valable de la santé publique pour le test obligatoire, un grand nombre de pays continuent d'imposer cette pratique à des groupes particuliers d'individus, composés de prisonniers, travailleurs du sexe, résidents étrangers, travailleurs migrants et femmes enceintes.

Peu de
Une forte
Aucune

Déjà en 1987, l'OMS déclarait que le test VIH aux fins d'identifier des individus particuliers devait comporter un consentement libre et informé, être confidentiel et suivi de conseil.

(Source: AIDS in the World – Mann, Tarantola, Netter; v.1, pag.561)

4. En 1991 déjà, _____ pays autorisaient des restrictions excessives sur les personnes infectés par le VIH, telles que l'hospitalisation forcée, l'isolement et la quarantaine pour les personnes infectées par le VIH.

Aucun
Deux
Dix-sept

(Source: AIDS in the World – Mann, Tarantola, Netter; v.1, pg. 561)

5. En 1988, dans l'ancienne Union Soviétique, quatre millions de femmes enceintes étaient ciblées par un programme de test obligatoire. Parmi les femmes testées, _____ femmes séropositives au VIH ont été identifiées.

60 000
6 000
6

(Source: AIDS in the World – Mann, Tarantola, Netter; v.1, pg. 561)

6. L'ONUSIDA affirme que l'efficacité coût-prix d'un court traitement du régime antirétroviral (SCARVE) pour les femmes enceintes varie en fonction des taux de prévalence du VIH.

a) En Tanzanie, le SCARVE pourrait coûter moins de _____ par infection au VIH évitée (la moitié du coût de l'apport de supplément pour éviter la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire.)

\$600
\$6000

b) En Thaïlande, où il y a une forte prévalence, le coût par infection évitée serait de _____ (un peu plus du double du coût annuel des soins à un enfant atteint du SIDA.)

\$280
\$2800

(Source: HIV and Infant feeding: Guidelines for Decision-making, UNICEF, UNAIDS, WHO)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

DILEMMES ETHIQUES: Transmission de la mère à l'enfant

- Qui décide? L'Etat? Le couple? Ou plus particulièrement la Femme?

- L'application massive du protocole 076 veillera-t-elle à ce que soient garantis les droits de la femme, tels que l'information et les services?

- Sinon, les études pilotes dans quelques pays en développement ne serviront-elles qu'à prouver à d'autres dans les pays nantis que le traitement marche effectivement, et qu'il faut commercialiser l'AZT?

IMPERATIF FONDAMENTAL

Transmission de la mère à l'enfant

Selon les estimations de l'ONUSIDA, près de 2,7 millions d'enfants de moins de 15 ans sont morts du SIDA en 1998 déjà. Il y a jusqu'à 1600 enfants dans le monde quotidiennement infectés par le VIH, dont plus de 90 pour cent par transmission maternelle. Les taux d'infection des femmes enceintes dans nombre de pays africains restent élevés, par exemple 43 pour cent à Francistown, au Botswana. Les taux parmi les mères jeunes sont particulièrement alarmants: 13 pour cent d'adolescentes enceintes âgées de 15 à 19 ans en Afrique du Sud; 28 pour cent au Botswana. Dans bien des cas, les femmes ignorent leur séropositivité. Dans une ville du Kenya, par exemple, une seule femme parmi l'échantillon aléatoire de 63 femmes dont les tests ont été positifs au VIH savait qu'elle était séropositive. (Source – Prevention of Perinatal HIV transmission by Maria de Bruyn)

En 1994, le Protocole 076 a prouvé qu'on pouvait effectivement prévenir la transmission de la mère à l'enfant en administrant de l'AZT (zidovudine) aux femmes séropositives au VIH à partir de la 14^{ème} semaine de grossesse, puis par intraveineuse pendant l'accouchement, et enfin au nourrisson pendant les six premières semaines de vie. Dans l'étude initiale réalisée aux Etats-Unis, le taux de transmission a chuté de 23 pour cent chez les femmes non traitées à 8 pour cent chez les femmes ayant reçu le traitement (par exemple, un taux de prévention de la transmission de la mère à l'enfant de 66 pour cent)

Questions:

1. **Le protocole 076 implique le dépistage de toutes les femmes enceintes avec leur consentement informé.** Cela n'est ni simple, ni réalisable, étant donné que les ministères de la santé de nombreux pays ne reconnaissent pas à l'individu le droit de prendre des décisions concernant sa santé. La pratique consiste à laisser au docteur le soin de prendre de telles décisions. Le dépistage lors des visites prénatales chez les femmes enceintes est déjà obligatoire dans certains pays comme le Chili et la Malaisie, et d'autres gouvernements envisagent de prendre une telle mesure.
2. **Le dépistage massif accompagné de conseil avant et après le test exige un investissement considérable, non seulement pour couvrir le coût du test, mais aussi du personnel et de l'infrastructure pour un conseil efficace.** Ce n'est qu'avec un tel conseil qu'une femme pourra ensuite prendre elle-même la décision, sans pression ni coercition. En 1997, 13 projets de recherche en Afrique se sont penchés sur l'acceptabilité du conseil et du dépistage volontaires. La moyenne de l'acceptabilité globale était de 65 pour cent, allant de 33 pour cent à 95 pour cent. En outre, il faut faire précéder une politique de dépistage d'une infrastructure d'apport de soins aux personnes infectées par le VIH et à leurs familles.
3. **Etant donné que le coût de l'AZT reste très élevé – environ \$800 pour l'administration de ce protocole,** il semble qu'il ne serve à rien de dépister les femmes si elles ne peuvent pas bénéficier du traitement, à cause du manque de moyens financiers.
4. **Il faut entreprendre plus de recherches pour produire des données sur l'existence ou non d'effets négatifs de ce traitement chez la femme.** Etant donné que le traitement à base de monothérapie pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA ne sont recommandés nulle part au monde, parce qu'il produit une résistance rapide à l'AZT, pourquoi faudrait-il appliquer ce traitement à toutes les femmes enceintes? Avec l'arrivée de la trithérapie, (analogues et inhibiteurs de protéases alliés à l'AZT), le traitement à base de monothérapie se fait plus rare dans les pays industrialisés.
5. **La question qui se pose est de savoir qui est réellement protégé, dans ces cas-là? le groupe mère-enfant, ou juste le nourrisson?**

6. **Certaines sociétés pharmaceutiques ont offert de fournir l'AZT pour des études pilotes sur les femmes enceintes dans certains pays en voie de développement, et des accords gouvernement-secteur privé ont été déjà signés dans plusieurs pays.** Cela soulève quelques questions d'ordre éthique. Par exemple, si les études pilotes sont réalisées avec des dons de médicaments, et que les résultats prouvent effectivement une réduction de la transmission, ces pays pourront-ils payer et offrir le traitement à toutes les femmes enceintes qui en ont besoin?

La question de la transmission de la mère à l'enfant pose un certain nombre de **dilemmes d'ordre éthique**:

- Qui décide: L'Etat? Le couple? Ou plus particulièrement la femme?
- L'application massive du protocole 076 veillera-t-elle à ce que soient garantis les droits de la femme, tels que l'information et les services?
- Sinon, les études pilotes dans quelques pays en développement ne "serviront-elles" qu'à prouver à d'autres dans les pays nantis que le traitement marche effectivement, et qu'il faut commercialiser l'AZT?

Note:

- *Selon les conclusions de certaines études, les femmes enceintes recevant des multivitamines ainsi que l'utilisation d'agents antibactériens plus efficaces pendant le travail pourrait réduire davantage la transmission verticale, tandis que la combinaison d'une coupe césarienne élective et d'un court traitement à l'AZT réduit le risque d'infection du nouveau-né à moins de un pour cent. (Source – Picard 1998)*
- *Il y a peu de temps, des essais ont montré que le Viramune® (nevirapine) réduisait efficacement et sans danger la transmission de la mère à l'enfant. Un régime simple, peu coûteux, consistant en une dose orale de Viramune prise par une femme infectée au VIH pendant le travail, et une autre au nouveau-né dans les trois jours suivants la naissance, était presque deux fois aussi efficace dans la réduction de la transmission de la mère à l'enfant du VIH qu'un court traitement au ZDV (zidovudine, AZT, Retrovir®. (Source – Boehringer Ingelheim September 1999)*

Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

Déclaration Deux

Une femme vivant avec le VIH/SIDA ne doit pas nourrir son enfant au sein, étant donné que cela comporte 15 pour cent de risques de transmission du virus de la mère à l'enfant.

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL II

L'allaitement maternel

1. En 1992, l'analyse de six études dont une sud-africaine a indiqué que la contribution de l'allaitement maternel à la transmission périnatale est de _____.

40%
14%
4%

(Source: Review of Current Research on Breast Milk & MTCT of HIV – UK NGO-AIDS Consortium 1998.)

2. En février 1998, une étude thaï indiquait que le risque de transmission périnatale était réduit de _____ lorsqu'on administrait un court traitement à l'AZT aux femmes enceintes pendant leur 34^{ème} semaine de grossesse, et si l'allaitement maternel leur était interdit à la naissance du bébé.

5%
50%
15%

(Source: Synopsis of Bangkok Short Course Perinatal ZDV Trial – Mastro T – PROCARE Email list 27 February 1998)

3. Le Directeur de l'Obstetrics and Gynaecology de Makerere University School en Ouganda affirmait récemment que près de 30 pour cent des bébés nés de mères infectées sont infectés par l'allaitement. Dans les zones rurales, _____ de l'ensemble des bébés mourront à cause de l'eau insalubre utilisée dans le lait maternisé.

50%
85%
20%

(Source: Prevention of Perinatal HIV Transmission, Maria de Bruyn)

4. L'UNICEF a noté qu'environ _____ heures par mois pouvaient être consacrées à la toilette et à la préparation des repas pendant les trois premiers mois où on élève un enfant.

15
50
100

(Source: WHO/UNAIDS/UNICEF Technical Consultation on HIV & Breastfeeding: Report of Meeting – Geneva, April 1998)

5. En Zambie, le revenu moyen des familles est inférieur à \$100 par mois. Le coût d'approvisionnement d'un nourrisson avec la formule la moins chère de lait en poudre s'élève à _____ par mois.

\$16
\$36
\$66

(Source: HIV and Breastfeeding, an Old Controversy, Z. Gelow)

6. Le coût du lait maternisé pour un enfant en Ouganda est d'environ _____ fois le revenu annuel moyen des familles rurales.

1/2

1/3

1 1/2

(Source: Breastfeeding and HIV - Weighing Health Risks- M Specter – New York Times, 19 August 1998)

7. Les fabricants d'aliments pour bébés ont suggéré en juillet 1997 d'approvisionner gratuitement les mères en Thaïlande, dans le cadre d'un projet pour enfants nés de PVVIH. Vingt cinq pour cent des mères ont reçu des échantillons gratuits, alors que seules _____ étaient séropositives.

10%

2%

50%

(Source: Rundall P. – Implications for Commercial Exploitation U.K. NGOs AIDS Consortium 1998)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

DILEMMES ETHIQUES: L'allaitement maternel

- Edward Mbidde, directeur de Uganda Cancer Institute, déclarait: "Qu'est-ce qui est pire? – Laisser un bébé mourir du SIDA quand on peut le sauver, ou laisser le bébé venir au monde juste pour être orphelin dans une société qui a été accablée par la mort?"⁷³
- Frerichs avance que c'est une question de droits de la mère contre droits de l'enfant – le droit de l'enfant à vivre, ou le droit de la mère de garder confidentielle sa séropositivité au VIH, par exemple son droit à la dignité⁷⁴

⁷³ Spectre M. "Breastfeeding & HIV: Weighing Health Risks" – New York Times, 19 August 1998

⁷⁴ Rights of the mother vs. The Rights of the child – SEA-AIDS email list, 11 February 1997.

IMPERATIF FONDAMENTAL

Allaitement maternel et VIH/SIDA

Etant donné la difficulté économique que comporte l'application du Protocole 076 dans les pays pauvres à forte incidence de IH/SIDA, des études utilisant de plus faibles doses d'AZT ont été initiées. Ces études ont testé l'effectivité de la transmission en commençant un traitement dans la 34^{ème} semaine de grossesse, et en utilisant des groupes de contrôle qui ont reçu un placebo. L'étude sur ce traitement à court terme s'est terminée en février 1998 en Thaïlande sur des résultats favorables. Selon ses conclusions, le risque de transmission périnatale a été réduit de 50 pour cent. Cependant, pour garantir l'efficacité de ce traitement, il est impératif que les femmes n'allaitent pas leurs enfants. Les nourrissons ne reçoivent pas de traitement dans ce régime.

Le VIH-1 a été décelé aussi bien dans les fractions sans globules que dans les lymphocytes du lait maternel.⁷⁵ La transmission par le lait maternel pourrait augmenter si la mère a connu une séroconversion récente, a des plaies ou des gerçures autour des mamelons, et si l'enfant a une poussée dentaire ou une pathologie orale/buccale. En 1992, il est ressorti d'une analyse portant sur six études, dont une effectuée en Afrique, que l'allaitement maternel contribue à la transmission périnatale à 14 pour cent. Dans les études africaines, 4 à 20 pour cent des nourrissons étaient infectés au bout de 3 mois, probablement à cause de l'allaitement maternel prolongé.⁷⁶

Il a été constaté que les nourrissons de mères séronégatives au VIH ont été infectés après avoir été nourris au lait maternel par une nourrice séropositive, et à partir des réserves de lait maternel non pasteurisé provenant de donatrices non dépistées.⁷⁷ Dans l'ensemble, il a été estimé que l'allaitement par une mère séropositive au VIH accroît d'environ 15 pour cent les risques de transmission à l'enfant.

Questions:

1. Les essais AZT dans les pays en voie de développement ont suscité beaucoup de débats concernant l'éthique de l'utilisation de contrôles placebo.⁷⁸ La justification qui a été donnée, c'est que les essais contrôlés par placebo peuvent aider à évaluer s'il vaut mieux avoir des régimes plus courts, qui peuvent être appliqués de façon réaliste, que pas de traitement du tout. cependant, il est important que les participants à l'essai comprennent vraiment ce qu'est un placebo. Une participante en Côte d'Ivoire ne savait pas, un an plus tard, si elle avait reçu de l'AZT ou un placebo. Au cours de la Conférence internationale sur le SIDA, en 1998, il a été signalé que certaines femmes participant à un essai en Thaïlande n'avaient pas réellement compris pourquoi le médicament leur avait été administré, ni pourquoi le traitement a brusquement cessé.
2. En mai 1998, le programme commun OMS/UNICEF/ONUSIDA a annoncé de nouvelles lignes directrices qui soutiennent les substituts au lait maternel pour les mères séropositives. Ces directives soulignent la nécessité d'assurer l'accès à des quantités suffisantes de substitut au lait maternel appropriés au plan nutritionnel, et appuient le besoin d'appliquer des mesures pour faire en sorte que l'allaitement maternel ne soit pas

⁷⁵ Broadhead – Tropical doctor 1996

⁷⁶ Lyall EGH, UK Consortium 1998; Kreiss J in Acta Paediatr 1997

⁷⁷ UNICEF/WHO/UNAIDS – A Guide for Health care Managers and Supervisors

⁷⁸ Lurie P and Wolfe in the New England Journal of Medicine 1997

compromis pour les femmes séronégatives (par exemple, le respect du Code international de commercialisation des substituts au lait maternel).

3. Il y a quatre facteurs en particulier qui font qu'il est difficile pour les femmes séropositives au VIH dans la plupart des pays en développement d'éviter l'allaitement:

- Le manque d'accès à l'eau salubre pour la préparation des substituts. En Ouganda, il a été constaté que "Vingt-sept pour cent des bébés nés de mères infectées seront infectés par l'allaitement maternel. Dans les zones rurales, quatre vingt cinq pour cent des bébés mourront à cause de l'eau insalubre utilisée dans le lait maternisé."⁷⁹
- Le temps que cela nécessite: l'UNICEF a noté que 49 à 56 heures par mois pouvaient être consacrées à la toilette et la préparation des aliments pendant les trois premiers mois du nourrisson.
- Les frais supplémentaires. Un an d'approvisionnement en lait artificiel coûterait au Viêt-Nam plus que le PIB du pays.⁸⁰ Les coûts du lait maternisé commercial pour nourrisson sont l'équivalent de 31 pour cent du salaire urbain mensuel minimum au Pakistan, et 84 pour cent au Kenya.
- Les facteurs sociaux affectent également la décision d'allaiter. La recherche zimbabwéenne a montré que les femmes ne sont pas les seules à prendre la décision d'allaiter ou pas. Cette décision est influencée par de multiples facteurs socioculturels, telles que l'attitude du père, la croyance selon laquelle l'allaitement est important pour renforcer le lien mère-enfant, la conviction selon laquelle une bonne mère est une mère qui allaite, etc.

Curtis, de la BMA Foundation for AIDS, a fait remarquer que "Les fabricants de lait maternisé souhaitent ardemment obtenir une sorte d'aval de la santé publique internationale pour une publicité basée sur le message selon lequel l'alimentation au lait maternisé sauvera les bébés du SIDA... Le message global qui se dégagera sera que l'allaitement maternel provoque le SIDA, par conséquent, les mères conscientes doivent l'éviter." en Thaïlande, dans le cadre d'un programme gouvernemental ciblant les enfants des femmes vivant avec le VIH/SIDA, plus de 25 pour cent des mères ont reçu des échantillons gratuits, alors que seules 2 pour cent étaient reconnues séropositives au VIH.⁸¹

Alors qu'il y a de plus en plus de mesures de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, on peut assister à une recrudescence du nombre d'enfants nés de mères vivant avec le VIH. De nouvelles questions liées à ce scénario émergent déjà:

- Edward Mbidde, directeur de Uganda Cancer Institute, déclarait: "Qu'est-ce qui est pire? – Laisser un bébé mourir du SIDA quand on peut le sauver, ou laisser le bébé venir au monde juste pour être orphelin dans une société qui a été accablée par la mort?"
- Frerichs avance que c'est une question de droits de la mère contre droits de l'enfant – le droit de l'enfant à vivre, ou le droit de la mère de garder confidentielle sa séropositivité au VIH (par exemple, son droit à la dignité).⁸²

⁷⁹ Chief of Obstetrics and Gynaecology in Makerere University

⁸⁰ Report of the Global HIV/AIDS epidemic – UNAIDS 1997

⁸¹ Rundall P – AIDS Newsletter 1997

⁸² Rights of the mother vs. the rights of the child – SEA – AIDS 11 February 1997

Note:

Il est nécessaire de faire glisser l'attention de la focalisation sur l'enfant à la focalisation sur la mère. L'amélioration du bien-être, de la santé et de la survie de la mère contribuera finalement davantage à l'amélioration de la santé et de la survie de l'enfant. Dans ce contexte, la vulgarisation et l'amélioration des services de santé reproductive en général est vitale. Les options les moins coûteuses de réduction de la transmission périnatale – apport vitaminique, soin d'éviter les procédures invasives pendant l'accouchement, modification des pratiques liées à l'allaitement (substituts traditionnels au lait maternel, tels que bouillies d'arachide en Zambie, de sorgho au Zimbabwe, de haricot en Inde, approvisionnement auprès des banques de lait maternel où les donatrices sont dépistées pour le VIH) – méritent en conséquence d'être davantage soulignées et soutenues.

Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

Déclaration Trois

Une femme vivant avec le VIH/SIDA doit se faire avorter lorsqu'elle apprend qu'elle est enceinte.

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL III

L'avortement

1. a) Sur les 50 millions d'avortements provoqués par an dans le monde, _____ sont illégaux.

1/2

1/3

2/5

- b) Près de _____ de l'ensemble des avortements se font en dehors du système médical.

50%

75%

25%

(Source: Unwanted Pregnancy, HIV/AIDS and Unsafe Abortion, by Radhakrishna, Gringle and Greenslade – Women's Health Journal, February 1997)

2. A Maurice, l'avortement est illégal, quel que soit le cas, même s'il s'agit de viol ou d'inceste. En 1992, _____ de décès maternels étaient liés à des complications à la suite d'un avortement clandestin.

14%

24%

44%

(Source: Women in Law & Development (WILDAF) Info Practice for the 43rd Session of the Commission on the Status of Women, March 1999)

3. Dans les pays en voie de développement, seules _____ de femmes vivent dans des états où l'avortement est légal lorsqu'il s'agit de sauver la vie d'une femme.

60%

10%

30%

(Source: Unwanted Pregnancy, HIV/AIDS and Unsafe Abortion - Radhakrishna, Gringle and Greenslade)

4. Chez la femme dont la séropositivité au VIH est avancée, la grossesse comporte le risque d'accélérer sa propre progression vers le SIDA. Dans une étude réalisée auprès de femmes tribales de l'Inde vivant avec le VIH/SIDA,

- a) _____ des femmes ayant subi durant le premier trimestre un avortement légal et sûr, sans aucune complication, sont mortes.

16%

60%

96%

- b) _____ sont mortes avec une grossesse de 30 à 34 semaines de gestation.

14%
41%
4%

c) Vingt-sept pour cent des femmes vivant avec le VIH/SIDA mais qui n'étaient pas enceintes sont mortes dans l'intervalle de l'étude, par comparaison avec les _____ de femmes enceintes vivant avec le VIH/SIDA.

17%
56%
83%

d) L'étude a signalé un résultat négatif pour les grossesses, qui a eu pour effet des naissances vivantes avec des maladies définissant le SIDA diagnostiquées chez _____ des nourrissons décédés dans les six semaines qui ont suivi .

28%
82%
58%

(Source: AIDS in Pregnancy among Indian Tribal Women-Kumar, RD Rizvi and A. Khurana)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

DILEMMES ETHIQUES: L'avortement

- Faut-il réviser les lois sur l'avortement pour les rendre moins restrictives, en particulier dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA?

- Faut-il que le droit de mettre un terme à la grossesse, aux motifs de l'infection au VIH, soit expressément formulé par un amendement de la législation en vigueur?

- Faut-il que le système de santé soit plus sensible aux adolescentes implacablement confrontées au triple danger de l'infection au VIH, la grossesse non désirée, et l'avortement risqué?

- Faut-il revoir le code de conduite des prestataires de soins, pour garantir une plus grande sensibilité à l'égard des femmes infectées au VIH voulant se faire avorter?

IMPERATIF FONDAMENTAL

Avortement et VIH/SIDA

Selon les estimations de l'ONUSIDA, les nouvelles infections au VIH/SIDA sont disproportionnellement élevées chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans. Ce même groupe présente les taux les plus élevés au monde de grossesses non désirées entraînant un chevauchement potentiellement important au plan épidémiologique du risque sanitaire. Environ 2 millions de femmes dans les pays en voie de développement subissent chaque année des avortements clandestins dangereux.⁸³ Cela parce que dans ces pays, près d'un tiers des femmes vivent dans des pays où l'avortement n'est autorisé que pour sauver la vie d'une femme. Même lorsque les lois sur l'avortement sont moins restrictives, les services d'avortement ne sont pas toujours accessibles pour les femmes, et notamment les adolescentes.

La demande de services d'avortement pourrait connaître une forte augmentation, avec le nombre accru de femmes qui découvrent leur séropositivité au VIH, et comprennent le risque de transmission de la mère à l'enfant. Même aujourd'hui, certaines femmes cherchent à se faire avorter quand elles découvrent qu'elles ont le VIH. C'est parce que les femmes dans les pays où l'épidémie est mature se rendent compte que lorsqu'une femme a un VIH avancé, la grossesse comporte le risque d'accélérer sa propre évolution vers le SIDA.

Cependant, une étude de l'IPAS lors du Forum sur la santé reproductive des adolescents, 1997, a conclu que 47 pour cent des professionnels des prestations sanitaires pensent que la plupart des prestataires de soins refuseraient de donner des soins liés à l'avortement à une adolescente, s'ils savaient qu'elle avait le VIH/SIDA. Deux problèmes se dégagent pour expliquer cette situation:

1. Les valeurs et attitudes des prestataires de services sanitaires vis-à-vis de la sexualité des adolescents. Celles-ci sont fondées sur le processus de socialisation qui a jusqu'ici tourné autour de la construction sociale de la sexualité.
2. La désinformation concernant le mode de propagation du virus du VIH/SIDA.

Berer et Ray soulignent que lorsque les femmes positives au VIH cherchent à se faire avorter médicalement, elles sont souvent éconduites par les prestataires. Cette attitude est particulièrement nuisible pour les adolescentes, les poussant à poursuivre des pratiques dangereuses d'avortement.

Etrangement et à l'inverse, il y a aussi la preuve anecdotique de femmes positives au VIH à qui on a donné des informations fausses/ insuffisantes concernant le VIH/SIDA pour les convaincre d'accepter de se faire avorter, en particulier dans les pays en voie de développement où les prestataires de soins constatent un fort taux de mortalité infanto-juvénile chez les enfants nées de femmes positives au VIH.

⁸³ Blum R – Journal of the American Medical Association

Note:

Les travailleurs et activistes du développement auront encore pour tâche de faire pression pour:

- ***Le droit de la femme enceinte à l'information juste.*** Il faudra répondre à la culpabilité de la femme vis-à-vis de la transmission du VIH/SIDA à son enfant, et donc le fait qu'elle envisage l'avortement, par des informations justes pour permettre un choix informé dénué de culpabilité, concernant la mise d'un terme à la grossesse. Il faut faire savoir aux femmes que 76 pour cent d'entre elles ne vont pas transmettre le VIH à leurs enfants, même sans la prise d'AZT pendant la grossesse.
- ***Le droit à l'autonomie, l'intégrité et la protection de leur corps.*** Il faudra revoir les lois sur l'avortement et les rendre moins restrictives, en particulier dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA. Faut-il que le droit de mettre un terme à la grossesse, aux motifs de l'infection au VIH, soit expressément formulé par un amendement de la législation en vigueur?
- ***L'accès des adolescentes aux services, conformément au droit à la santé.*** Il faudra revoir et modifier les services pour protéger les adolescentes qui sont implacablement confrontées au triple danger de l'infection au VIH, la grossesse non désirée, et l'avortement risqué.
- ***Un code de conduite des prestataires de soins,*** surtout lorsqu'ils apportent ces services à des femmes infectées au VIH voulant se faire avorter. Il faudra renforcer et défendre fermement le droit de vivre.

Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

Déclaration Quatre

Le docteur doit informer le mari ou les parents de la séropositivité d'une femme vivant avec le VIH/SIDA, sans informer les femmes d'abord.

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL IV

Information du partenaire

1. a) En Côte d'Ivoire, dans le cadre d'un projet pilote de l'ONUSIDA, _____ des femmes ont refusé le test du VIH.

50%
20%
5%

- b) _____ des femmes testées ne sont pas venues prendre les résultats.

50%
5%
20%

- c) _____ des femmes positives au test n'ont pas informé leurs partenaires du résultat.

25%
50%
5%

(Source – Relevance of Current Trials to Breastfeeding Policy and Practice – Vande Pierre)

2. _____ des centres de MST à Delhi ont une fiche de contact ou une feuille de renseignement pour aviser le partenaire.

0%
50%
80%

(Source- NACO-Study to Map Patterns of Risk Behaviour in the State of Delhi)

3. Une étude de 1993–94 sud-africaine sur plus de 700 patients infectés au VIH qui avaient suivi des séances de conseil dans un groupe de service pour le SIDA, a constaté que plus de _____ n'avaient pas parlé à leur conjoint ou partenaire régulier de leur séropositivité au VIH.

6%
60%
20%

(Source: New York Times-December 4, 1998)

DILEMMES ETHIQUES: Information du partenaire

- La femme/l'homme doit-elle/il avoir le droit d'être informé/e du statut HIV de son partenaire, étant donné en particulier les données concernant les discordances au sein des couples?

- Cette information confidentielle doit-elle être partagée, et comment doit-on s'y prendre?

- Qui doit s'en charger?

- Cela va-t-il forcément enfreindre la relation conseiller-client?

- Qu'en est-il du droit à la confidentialité?

IMPERATIF FONDAMENTAL

Information du partenaire et VIH/SIDA

La question de la information du partenaire est une question multidimensionnelle. En 1993, Oleary et Cheney avaient noté que "Parmi tous les dilemmes d'ordre personnel et éthique auxquels sont confrontés les personnes vivant avec le VIH, les plus difficiles sont ceux liés à la grossesse et à la maternité." Pourquoi en est-il ainsi? Il en est ainsi parce que, bien qu'il y ait eu des tentatives faites par les mouvements des femmes pour veiller à ce que la reconnaissance du fait d'être une "vraie femme" dans une relation émane du concept d'être capable d'aimer et d'être aimé sans avoir nécessairement un enfant; la plupart des sociétés continuent de croire que pour être de "vraies femmes", les femmes doivent devenir mères. Cela étant, la question de la information du partenaire est particulièrement ardue pour la femme. Les problèmes auxquels elle se heurte sont les suivants:

- Avoir des enfants demeure une question centrale, même si je suis positive au VIH. Comment cela sera-t-il possible, si mon mari apprend ma séropositivité?
- Si mon partenaire apprend que je suis séropositive, il va me traiter de prostituée.⁸⁴ Comment ferais-je face au rejet?

Une étude intitulée "Les femmes entre la maternité et le SIDA," effectuée par Cristine S. Cabral de l'Institut de Santé Publique de Rio de Janeiro, conclut ceci: "Il y a à l'évidence conflit entre cette maladie, qui est toujours fatale, et le désir de maternité, ce qui reflète l'éternel conflit entre la vie et la mort. Pour ces femmes, la maternité n'est pas seulement un moyen de se construire une identité et d'avoir un rôle social, mais aussi un moyen de réaliser l'un des rêves les plus importants. Ne pas pouvoir être mère est source d'intense souffrance psychologique, et cela peut même sérieusement affecter leur santé, ce qu'il faudrait prendre en compte en apportant les soins et les conseils aux femmes positives au VIH.³

EN Côte d'Ivoire, dans le cadre d'un projet pilote de l'ONUSIDA sur la thérapie combinée pour les femmes enceintes, 20 pour cent des femmes ont refusé de subir des tests. 50 pour cent des femmes testées ne sont pas revenues, et 50 pour cent des femmes positives aux tests n'ont pas informé leurs partenaires de ce résultat.⁸⁵

Ce ne sont pas seulement les femmes qui éprouvent des difficultés à informer leurs partenaires de leur séropositivité au VIH. Les hommes non plus n'informent pas leurs partenaires. Ce dernier scénario est plus préoccupant, étant donné que la construction sociale de la sexualité excuse la promiscuité sexuelle chez les hommes. Le cas d'une femme au fin fond du Honduras illustre ce point. Son mari ne lui a pas appris sa séropositivité au VIH avant leur mariage, bien qu'il savait parfaitement que sa première femme était morte du SIDA. Sa mère et sa sœur le savaient, de même que le pasteur de leur église. Tout le monde savait, sauf elle. Selon Helen Jackson, directeur exécutif de SAIFAIDS, "Dans une famille, il est plus probable que le mari soit le premier infecté. Il est possible que la femme reste un certain temps avant d'être infectée." Cet aspect a été clairement démontré dans les études sur les discordances au sein des couples, au Zimbabwe et en Zambie. En Zambie, plus d'un tiers des

⁸⁴ Le VIH/SIDA est toujours considéré comme une maladie des hommes gay, des prostitués et des consommateurs de drogues injectables.

⁸⁵ Van de Perre – Relevance of Current Trials To Breast feeding policy and practice. – 12th International AIDS Conference, Geneva 1998)

couples observés étaient discordants. Le plus fréquent, c'était le mari positif et la femme négative.⁸⁶

Les problèmes qui se posent ici sont les suivants:

- La femme/l'homme doit-elle/il avoir le droit d'être informé/e du statut HIV de son partenaire, étant donné en particulier les données concernant les discordances au sein des couples?
- S'il faut partager cette information confidentielle, comment doit-on s'y prendre?
- Qui doit s'en charger?
- Cela va-t-il forcément entraver la relation conseiller-client?
- Qu'en est-il du droit à la confidentialité?

Les questions posées sont sensibles, et demandent d'être soigneusement analysées à travers des informations publiques et un débat conséquent. Cela est essentiel pour prévenir la prise de décisions uniformes par nos décideurs et planificateurs. Le jugement récent de la Cour Suprême de Bombay, en Inde, remettant en question le droit d'une PVVIH de se marier, en est un bon exemple. Un article sur cette affaire est inclus dans ce document.

Un dossier d'informations préparé par Women in Law and Development in Africa (WILDAF) pour la 43^{ème} session de la Commission sur la condition de la femme, contient les déclarations suivantes: "En fin de compte, malgré leur rhétorique, les états africains ont souvent en matière de VIH/SIDA des politiques et pratiques non compatibles, non positives, et discriminatoires. Au Zimbabwe, par exemple, le ministère de la Justice a élaboré un projet de loi, qui propose un maximum de 20 ans fermes d'emprisonnement pour toute personne affectée par le VIH/SIDA qui en infecte sciemment d'autres, **exclusion faite des épouses**. Etant donné que les femmes mariées sont le groupe à plus haut risque pour la transmission du VIH, et que les maris ne sont pas concernés par ce projet, on ne peut que dire que cette proposition est une moquerie."

Note 1

L'impératif fondamental, c'est qu'avant d'élaborer et d'appliquer des lois ou jugements sur la information du partenaire, il est nécessaire de mettre en place des conseils appropriés et efficaces, ainsi qu'une information juste sur l'épidémie.

Note 2

La question de la "information du partenaire" est différente de celle de la "notification obligatoire", qui fait du VIH/SIDA un délit à déclarer obligatoirement. La notification obligatoire doit être comprise comme l'obligation d'informer les autorités sanitaires concernées, dans le but de déterminer le nombre de cas et leurs variables, en vue des activités préventives du programme. Avec la notification obligatoire, l'identité individuelle n'est pas importante. Elle constitue plutôt une information d'intérêt épidémiologique qui est importante, comme par exemple l'âge, le lieu d'origine, la profession, le mode de transmission. Les informations données aux autorités sanitaires doivent être anonymes et confidentielles. Outre les autorités sanitaires, il faut également aviser les partenaires sexuels. La législation a donné plusieurs interprétations de la définition des "contacts" d'une personne ayant le VIH, autorisant parfois la notification aux membres de la famille qui ne courent aucun risque de contagion. Cela constitue une violation inutile du droit du patient à la vie privée. A des fins épidémiologiques, seule la information du partenaire de la personne séropositive se justifie. Il faut également aviser les parents ou tuteurs de mineurs, étant donné que cela est nécessaire pour assurer le traitement. Dans tous les cas, toute notification aux

⁸⁶ Dr. M. Sichone, Chef du Central Board of Health, Zambie, Octobre 1997

contacts doit se faire dans un esprit de respect des droits de la personne et dans le contexte de la prévention.

Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

Les victimes du VIH doivent-elles se marier?

Indian Express News Service, 14 novembre 1999

Selon des statistiques récentes, le nombre de séropositifs au VIH en Inde est de 3,5 millions. En tête de ces cas vient Maharashtra. La maladie affiche un changement paradigmatique dans le transfert des zones urbaines aux zones rurales, de la population à haut risque à la population générale, passant des travailleurs migrants aux femmes attendant dans les villages. Toujours selon ces statistiques, une personne séropositive au VIH sur quatre est une femme.

A la lumière de ces faits, faut-il donner aux victimes du VIH un droit non entravé de se marier, même en révélant toute la vérité à leurs conjoints respectifs. Si non, où doit on s'arrêter, et comment légiférer sur ces restrictions?

Les magistrats de la Cour Suprême de Bombay, le Juge M.B. Ghodeswar et le Juge S. Radhakrishnan, doivent prononcer un jugement crucial sur ces questions dans la semaine qui vient, à l'ouverture du tribunal, sur une pétition déposée par le Collectif des Avocats au nom de deux clients séropositifs au VIH, que nous appellerons A et C.

Selon le plaidoyer des pétitionnaires, étant donné que la Cour Suprême avait, dans l'affaire 'Mr. X contre Hôpital Z,' jugé que le mariage pour les personnes infectées par le VIH était un droit suspendu, ils voulaient une "clarification" de la Cour Suprême selon laquelle "à condition qu'il y ait révélation totale et consentement informé," les malades du VIH pouvaient se marier.

Mais les nombreux débats, à maints égards, ont débouché sur une affaire "Hommes séropositifs au VIH contre droit des femmes à la santé publique," dans laquelle le substitut du Procureur Général D.Y. Chandrachud et l'activiste des droits de la femme Flavia Agnes ont rejeté les conclusions des pétitionnaires, représentés par les conseils Anand Grover et C.U. Singh.

Chandrachud a soutenu devant les magistrats que les faits qui leur étaient présentés pour examen étaient très minces. "La loi ne doit pas profiter à des gens qui sont susceptibles de l'utiliser à mauvais escient," dit-il, ajoutant que les handicaps socio-économiques des femmes, là où il y a la pauvreté et l'analphabétisme, en ont fait une classe extrêmement vulnérable à l'exploitation. "Il ne suffirait pas seulement de au futur mari je suis séropositive au VIH, et d'en rester là."

Se fondant sur les limites du consentement, où la Section 375 du TPI dispose que les rapports sexuels entre un homme et son épouse ne constituent pas un viol, aucun "consentement" autre que le mariage n'est envisagé aux termes de cette section, a souligné Chandrachud. Il a admis que bien que le simple acte de célébrer un mariage ne fût pas un délit aux termes de la Section 269/270 (propagation des maladies infectieuses) du TPI, personne ne pouvait demander carte blanche pour la non applicabilité de cette section.

DECLARATION CINQ

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent être isolées/mises en quarantaine, car la survie de la collectivité est plus importante que l'exercice des droits de la personne.

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL V

La discrimination

1. On considère que les femmes de la Région Asie-Pacifique ont _____ fois plus de risques que les hommes d'attraper le VIH/SIDA, à cause de leur plus grande vulnérabilité sociale et biologique.

Deux

Cinq

Dix

(Source: Banque mondiale 1993)

2. Après un dépistage positif, les femmes attrapent généralement les maladies liées au SIDA _____ que les hommes.

Plus tôt

Plus tard

(Source: Women's Vulnerability and AIDS –Gomez and Meacham)

3. En 1995 au Chili, le ratio hommes/femmes des cas de SIDA a chuté de 31:1 à _____.

25:5

15:5

10:5

(Source: CONSIDA 1997)

4. Dans une étude KAP (Connaissances, aptitudes, perception) effectuée en Colombie, _____ des personnes consultées déclaraient ne pas savoir exactement comment se protéger contre les MST et le SIDA.

91%

61%

21%

(Source: Sexual Conduct in the Adult Population, Profa Milia – Bogota Seguro Social Vol. 3, 1994)

5. Dans la même étude, le pourcentage de femmes déclarant utiliser le préservatif avec leurs partenaires est de _____.

14%

4,1%

41%

(Source: PROFAMILIA (1994))

6. Comme l'indiquent clairement les études de la discordance chez les couples hétérosexuels au Zimbabwe et en Zambie, jusqu'à _____ des couples observés étaient discordants (le plus fréquent étant l'homme positif et la femme négative).

1/3

1/5

1/4

(Source: Key Problems Facing Women in the Concept of HIV/AIDS in South Africa – Helen Jackson)

7. Une étude IPS au forum sur la Santé reproductive des adolescents, 1997, a constaté que _____ de professionnels ont déclaré que la majorité des prestataires de soins refuseraient d'apporter les soins liés à l'avortement si l'adolescente avait le VIH/SIDA.

17%

47%

7%

(Source: Unwanted Pregnancy: HIV/AIDS and Unsafe Abortion – Radhakrishna, Gringle and Greenslade)

8. Une étude récente effectuée par le YRG Centre sur les PVVIH a constaté que parmi les répondants, qui avaient été victimes de violences, _____ avaient vécu cette violence dans la famille, et 21,4% dans la communauté.

12,3%

80,1%

50,5%

(Source: Challenges Facing People Living with HIV/AIDS – Solomon and Sathiamoorthy)

9. Dans la même étude, lorsqu'ils ont révélé leur séropositivité aux prestataires de soins, _____ des répondants ont soutenu avoir fait l'objet de discrimination de la part de ces prestataires.

37%

80%

5%

Source: Challenges Facing People Living with HIV/AIDS – Solomon and Sathiamoorthy)

10. L'étude sur les comportements à haut risque effectuée par NACO dans l'Etat de Kerala, en Inde, indique que les consommateurs de drogues injectables, lorsqu'ils sont repérés par la police de Trivandrum, sont _____.

Conduits vers des centres pour drogués

Conseillés par la police et rendus à leurs familles

Battus

11. Selon les conclusions récentes d'une études menée par l'Université de Californie, _____ des professionnels de la santé à travers le monde ont refusé des soins au moins à une personne infectée par le VIH.

39%

12%

7%

Source: Challenges Facing PLWHAS– Solomon and Sathiamoorthy)

12. Les mutilations génitales féminines sont une pratique sanctionnée par la société dans de nombreuses régions de l'Afrique. dans certains pays, _____ femmes sur 10 ont eu au moins une partie de leurs organes sexuels extérieurs enlevée.

4
7
9

(Source: WILDAF: Information Packet prepared for the 43rd Session of the Commission on the Status of Women, March 1999)

13. Une étude zimbabwéenne de 1997 a constaté que _____ personne(s) sur 10 s'occupant d'un(e) malade du SIDA étai(en)t prête(s) à admettre qu'elle(s) s'occupai(en)t de quelqu'un qui a cette maladie.

1
5
8

(Source: New York Times – December 4, 1998)

ACCES

1. Malgré le niveau de participation élevé du gouvernement dans les soins de santé, la plupart des Etats africains continuent de pâtir des conditions liées à l'insuffisance de l'infrastructure. En Ethiopie, il n'y a que _____ (hôpitaux y compris) pour servir 55 millions d'individus.

2 200
22 000
220 000

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

2. Les femmes sont les plus durement touchées par les coupes dans les services de santé et les frais imposés. En Afrique de l'Ouest, où les PAS ont provoqué une montée en flèche des taux d'inflation à 300 pour cent dans les années 1990, et celle du sous-emploi à 80 pour cent, le revenu per capita s'est effondré d'une moyenne de \$1000 en 1970 à _____ en 1995.

\$500
\$700
\$300

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

3. Dans des pays comme le Zimbabwe, où 86 pour cent des femmes vivent dans les zones rurales, les femmes doivent fréquemment marcher pendant _____ ou plus pour rejoindre un service de consultation.

30 minutes
Une heure
Trois heures

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

4. En Afrique du Sud, il y a environ _____ personnes pour un docteur dans les anciens homelands.

3 000
13 000
30 000

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

5. Les programmes de récupération des coûts dans lesquels il est demandé aux gens de participer au coût des préservatifs qu'ils achètent et utilisent ont en fait dissuadé de l'utilisation des préservatifs. Au Zimbabwe, où la récupération des coûts des préservatifs a été introduite en 1993, le nombre de préservatifs distribués dans les centres médicaux du site de surveillance a diminué de _____.

25%
50%
75%

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

DILEMMES ETHIQUES: La discrimination

- Devons-nous adopter l'approche de la santé publique qui consiste à préserver la santé au prix de l'élimination des malades?
- La survie de la collectivité est-elle plus importante que l'exercice des droits et libertés individuels?

IMPERATIF FONDAMENTAL

Discrimination et stigmatisation

Le VIH/SIDA est un "problème prismatique", parce qu'il explore nos faiblesses sociales et économiques les plus graves. En effet, les personnes vivant avec le virus voient une résurgence des inégalités sociales, combinées à la peur de la sexualité et à la mort: avec le temps qui passait, nous croyions avoir commencé à vaincre les discriminations fondées sur le sexe et sur la classe. L'épidémie a fait réapparaître ces disparités.

La discrimination est à la fois une cause et une conséquence de l'épidémie. Examinons les points suivants sous l'éclairage de cette déclaration.

1. En 1987, il y avait dans une ville du Honduras des travailleurs de l'industrie du sexe positifs au VIH, qui étaient persécutés par la police. Nous ne savons pas où ils se trouvent maintenant. Dans la rue, les gens crient après les ménagères qui sont infectées, et après leurs enfants.

(Source: New Forms of Control Over Women's Bodies, by Rocio Tabora)

2. Dans le nord du Honduras, une surveillante de la production d'une usine âgée de 20 ans tombait régulièrement malade. Sa patronne l'envoya faire un test de VIH. Le jour où elle apprit qu'elle était séropositive au VIH, la société la licencia avec ses indemnités. Elle a un fils. Pensionnaire chez sa tante, elle reste cloîtrée dans la maison

(Source: New Forms of Control Over Women's Bodies, by Rocio Tabora)

3. Une femme de 24 ans travaillant dans une maquila a été renvoyée lorsque les résultats de son test ont été connus. Elle a également été questionnée sur une éventuelle sortie avec quelqu'un d'autre travaillant dans l'entreprise

(Source: New Forms of Control Over Women's Bodies, by Rocio Tabora)

4. Une femme de 42 ans ayant cinq enfants est veuve depuis un an. Elle déclare: "Je travaillais seulement comme lingère dans les maisons. Quand les gens découvraient que j'avais le VIH, ils me demandaient de ne plus travailler pour eux. Ils ont pris la maison que nous avions louée, et on m'a demandé de porter des gants si j'allais laver du linge ailleurs. Tout s'est effondré. La famille de mon mari m'a enlevé ma fille cadette. Ils n'ont jamais accepté qu'il était mort du SIDA, et que ma fille aussi est atteinte. Parfois, j'ai envie d'en parler et d'exprimer mes sentiments, mais je ne peux pas, parce que j'ai peur d'être rejetée. Quand je rendais visite à ma famille, on me donnait de l'eau dans un verre fêlé. Ils disaient à mes enfants de ne pas m'étreindre ou me toucher. Je ne peux plus retourner les voir. Quand j'ai eu un herpès, ils ont dit qu'ils allaient m'amener à l'hôpital pour mourir, et qu'à ma mort, ils n'allaient pas me ramener à la maison..."

(Source: New Forms of Control Over Women's Bodies, by Rocio Tabora)

5. "Nous savons que le VIH n'affecte pas de la même manière les hommes et les femmes, mais nous n'en savons toujours pas assez, en vérité... ce sont toujours les

hommes qui participent en majorité aux essais cliniques. Les médicaments obtiennent leur licence d'après les essais sur les hommes. Il n'y a pas eu d'essais à grande échelle explorant la manière dont ces médicaments affectent les femmes en particulier. Tout ce que nous savons, c'est que les femmes ont plus de problèmes de reins et d'existence par rapport aux hommes".

(Source: Joan Manchester)

6. Nous avons appris les cas de mineurs qui, après avoir survécu à une fausse séropositivité, ne sont pas autorisés à fréquenter convenablement l'école, ou ont été interdits d'accès à l'école.

(Source: Mothers and AIDS in the Dominican Republic, by Bethania Betances)

7. Lori, enceinte de cinq mois, a appris qu'elle était séropositive au VIH. "En fait, on ne m'a pas réellement dit quoi que ce soit. C'était tout juste "Vous avez 24 heures pour décider si vous voulez avorter ou pas." Toutes les personnes à qui j'ai parlé ont dit que je devais avorter... Et à ce jour, je ne pense pas que j'ai jamais abordé la question. Je la mets en quelque sorte sur le compte du passé, et j'essaie de ne pas y penser.

Depuis maintenant longtemps, nous n'avons pas cessé de dire que les hommes et les femmes séropositives au VIH ont vécu des expériences terribles. Elles ont connu les violences sexuelles, les avortements forcés, les stérilisations forcées, l'accès insuffisant aux contraceptifs et à l'avortement, ou même à une césarienne. Comme l'ont fait remarquer les femmes de l'ICW," Nous avons dit quels étaient les problèmes et les besoins, mais nous n'avons pas été entendues parce que c'est une évidence anecdotique".

L'histoire de la santé publique a été marquée par des attaques contre les droits et la dignité de la personne. Nombre des mesures traditionnelles pour lutter contre les épidémies, telles que le dépistage et la notification obligatoires, la surveillance et la quarantaine, donne priorité à la survie de la collectivité, et de ce fait créent de sérieux obstacles pour l'exercice des droits de la personne. L'approche de la santé publique est essentiellement axée sur la protection de la santé du public, au prix de l'élimination des malades. L'épidémie du VIH/SIDA constitue une gageure pour les politiques de santé à notre époque. Son apparition à la fin du 20^{ème} siècle demande que soient considérées les répercussions potentielles des politiques et programmes de santé publique dans le contexte des droits de la personne.

Note:

Une première étape importante consiste à nouer un dialogue entre la section santé et la section droits humains, pour reconnaître la synergie qu'il y a entre elles, et d'assurer le suivi de tout cela en coordonnant les actions vers un objectif commun, profitant des diverses compétences, stratégies et sphères d'influence de chacun de ces secteurs. A titre d'exemple, les spécialistes de la santé peuvent promouvoir un débat actif et une législation sur les questions d'égalité, d'accès, de dignité qui leur permettraient de réaliser leurs objectifs.

Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

SESSION 7

Le rôle de la loi et le rôle des médias

i. Objectif

Renforcer la connaissance du rôle de la loi et des médias dans la mise en exergue des questions de droits humains qui sont au cœur de l'épidémie de VIH..

ii. Durée

1 heure 30 minutes

iii. Supports/Équipement

Article de journal sur le problème du VIH/SIDA

iv. Méthodologie

Réflexion participative

v. Déroulement

1. Le facilitateur distribue aux participants un article récent sur l'impact du VIH/SIDA sur la planification nationale du développement, et leur demande en plénière de commenter l'article en faisant ressortir ses forces et ses faiblesses.
2. Le facilitateur se sert des débats sur l'article pour mettre en exergue le rôle de la loi ainsi que le rôle des médias dans la promotion des conseils sur le VIH et les droits de la personne, en liant les aspects macro et micro.
3. Le facilitateur oriente les discussions vers un accord par le groupe de travailler ensemble sur:
 - a) la nécessité de combiner anecdotes et preuves empiriques
 - b) la nécessité de combiner l'aspect normatif et l'aspect réel
 - c) la nécessité de combiner expériences cognitives et expériences émotionnelles
 - d) la nécessité de constituer un ensemble de littérature faisant état des violations des droits humains des PVVIH.

Notes au facilitateur, Session 7

- Voici un exemple de la façon dont l'article peut être analysé.
Analyser le présent article pour son style de rédaction – force, politique du langage du VIH, est-il bon ou mauvais? Que feriez-vous pour l'améliorer?

A. Points forts

L'impact de l'épidémie a été bien mis en évidence par:

- L'insistance sur la manière dont un siècle et demi de progrès ont été renversés, par exemple la prolongation de la survie de l'enfant qui est inversée.
- La mise en vedette du Botswana comme exemple de pays qui, bien que n'étant pas en guerre, perd encore 20 ans d'espérance de vie tout juste en l'espace de cinq ans.
- Le lien entre la question des orphelins face au SIDA et la santé et l'immunisation.
- La mise en exergue des dilemmes ayant trait aux financements par les donateurs, où les fonds pour lutter contre les stéréotypes existants en matière de sexualité ne sont pas faciles à obtenir.
- L'introduction de la question sensible de la transmission de la mère à l'enfant, sans se montrer alarmiste.
- La proposition de solutions aux problèmes posés – par exemple, des projets de groupes de pairs.
- Le fait de ne pas employer des mots comme "mortel", "maladie meurtrière", etc.

B. Points faibles

- L'examen stéréotypé de l'impact macro du VIH aurait pu être poussé un peu plus, en faisant ressortir la dimension de genre de la discussion.
 - L'analyse des questions liées à la transmission de la mère à l'enfant et à l'allaitement reste incomplète. Quelques mots sur cette situation factuelle l'aurait rendue complète.
 - L'article ne fait pas ressortir la focalisation sur les droits humains.
 - Les liens entre les questions macro et micro ne sont pas ressortis clairement.
- Les points d'intervention pour la discussion sur l'Impact sur le Développement sont annexés.
 - Sont également annexés des notes sur le rôle de la loi et le rôle des médias, à lire pour faciliter la discussion.

Le SIDA est rendu responsable de l'inversion des gains en matière de santé dans les pays les plus pauvres, par Barbara Crossette

New York Times, 1^{er} décembre 1998

L'explosion du SIDA dans les pays les plus pauvres du monde, ou de l'infection au virus qui en est la cause, est en passe d'inverser un demi siècle de progrès visant à rendre la vie plus saine pour les enfants, selon les déclarations du Directeur du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. "Les implications sont tout à fait extraordinaires", affirme Carole Bellamy, Directeur Exécutif de l'UNICEF. "Dans 23 pays, pour une grande part en Afrique subsaharienne, nous assistons déjà à une quasi inversion des progrès réalisés dans la survie de l'enfant.

"De plus en plus d'enfants meurent, et ils meurent plus tôt, même si les programmes d'immunisation pourraient avoir plus de succès", a-t-elle déclaré. "Le fait est que les améliorations qui étaient faites sont en train d'être inversées. Pas seulement ralenties. Inversées."

Les experts des Nations Unies pensent désormais que la pandémie du SIDA, conjuguée à la vulnérabilité croissante de millions de familles à cause des troubles et de la violence associés aux guerres civiles, force les agences qui s'occupent de l'enfance à repenser les priorités et à introduire de nouveaux programmes.

"La pandémie frappe le plus durement, à ce stade, en Afrique australe et orientale," disait Ms. Bellamy la semaine dernière avant son départ pour une conférence de presse à Londres, avant la Journée des Nations Unies pour le SIDA qui devait avoir lieu le mardi, au cours de laquelle l'Organisation mondiale de la santé ainsi que le programme commun baptisé ONUSIDA, dans lequel participe l'UNICEF, ont rendu publics de nouveaux chiffres sur le SIDA.

"Le Botswana, par exemple, perd 20 ans d'espérance de vie tout juste en l'espace de cinq ans", affirme Ms. Bellamy. "Ce n'est pas un pays en conflit, ou un pays en guerre. C'est un pays stable."

Au cours de la conférence de presse, les experts du SIDA ont annoncé que le nombre de cas, à l'échelle mondiale, de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine, responsable du SIDA, a augmenté de 10 pour cent en une année, atteignant 33,4 millions.

Pour l'UNICEF, le problème du SIDA soulève un éventail d'autres problèmes. Le nombre d'orphelins monte en flèche, a déclaré Ms. Bellamy. Il est prévu, et ce sont des calculs au pifomètre, qu'il va augmenter à 40 millions d'ici à l'an 2020."

Dans huit pays subsaharien plus de 25 pour cent d'enfants de moins de 15 ans ont déjà perdu au moins un parent, dit-elle. Ces enfants ont une probabilité plus grande que d'autres d'abandonner l'école, et une probabilité plus faible d'être emmenés dans des centres de consultation pour être vaccinés.

Parce que le SIDA frappe plus durement le groupe des 10 à 24 ans, l'UNICEF, essentiellement identifiée aux programmes pour la prime enfance, devra se concentrer davantage sur l'éducation sexuelle des adolescents, déclare-t-elle, une chose qui n'est pas toujours bien vue par les docteurs. La crainte de la transmission du virus du SIDA oblige également l'UNICEF à modifier, dans une certaine mesure, sa forte préférence pour l'allaitement maternel.

"Nous ne voulons pas rouvrir le débat sur l'allaitement comme étant la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre enfant, sauf, oui, si vous l'ouvrez exceptionnellement sur le thème de la transmission de la mère à l'enfant." a déclaré Ms. Bellamy. "Ce n'est pas quelque chose que l'on peut ignorer."

Ms. Bellamy a affirmé que parce que les 7 000 nouvelles personnes quotidiennement infectées sont des jeunes, le meilleur espoir d'enrayer la progression rapide de la maladie se trouve dans la création de programmes accélérés d'éducation, et dans la promotion des projets de groupes de pairs.

"C'est là un rayon d'espoir," a-t-elle déclaré. L'avenir est entre les mains des adolescents, et s'il pouvait y avoir plus d'efforts, des conseils, informations et services vraiment très concentrés, des programmes axés sur les adolescents, il y aura des possibilités de contrôler cette pandémie."

Impact sur la planification nationale du développement

Les maladies associées au SIDA sont déjà la deuxième cause principale des décès pour cause de maladies infectieuses dans le monde en développement, et pourraient bientôt être responsables de la moitié des décès toutes causes confondues d'ici l'an 2010, selon les estimations.⁸⁷ Ce genre de mortalité/morbidité a des répercussions certaines sur la planification nationale du développement. Les inducteurs d'un modèle de développement centré sur la personne montrent déjà des signes nerveux de vulnérabilité dans certains pays, en particulier ceux où l'épidémie VIH/SIDA est mature.

Féminisation de la pauvreté et augmentation des ménages ayant une femme à leur tête

- La recherche sur l'impact du VIH/SIDA est en cours dans nombre de pays, mais peu d'études ont examiné le genre comme une variable dans la mesure de l'impact de l'épidémie sur les ménages et la communauté⁸⁸.

Sécurité alimentaire

- Dans les communautés où les femmes sont chargées de l'agriculture de subsistance, lorsque la femme est infectée, la production de cultures destinées à la consommation locale baisse, avec pour conséquence une diminution générale des provisions alimentaires du ménage.⁸⁹

Accès à l'éducation

- Quand des infections opportunistes commencent à survenir, s'il n'y a pas d'accès aux médicaments, la maladie se prolonge et les filles sont souvent retirées de l'école avant les garçons pour effectuer des tâches ménagères lorsque la réduction des ressources du ménage ne permet pas de recruter de l'aide.⁹⁰

Violence sexuelle

- Conséquence de la perte de revenu due à la maladie de l'homme soutien de famille, les femmes et les enfants doivent chercher d'autres sources de revenu. La recherche a montré que les adolescentes peuvent être particulièrement vulnérables, à cause de l'échange de leurs faveurs contre de l'argent ou d'autres ressources.⁹¹

Santé de la reproduction

- D'autres preuves laisse penser que l'épidémie favorise une tendance à la baisse de l'âge nuptial des jeunes femmes, étant donné que les hommes que les hommes recherchent des femmes plus jeunes pour se protéger de l'infection, et que les familles sont en quête de la protection économique que procure le mariage de leurs filles à des adultes financièrement

⁸⁷ World Bank: Confronting AIDS: Public Priority in a Global Epidemic – Electronic Journal Sept. 26, 1998.

⁸⁸ Source: (1) Rapport de Consultation sur l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les ménages, Chiangmai, Thaïlande, 22-24 septembre 1995. (2) Taking Stock on Gender and HIV/AIDS, by Whelan and Rao Gupta. (3) Economic Implications of AIDS in Asia, by Bloom and Lyons

⁸⁹.Reference: The Implications of AIDS for the Agricultural Sector in Lao PDR, by Anthony M. Zola.

⁹⁰ Reference: Study of the Economic Impact of Fatal Adult Illness from AIDS and Other Causes in sub-Saharan Africa, conducted jointly by the World Bank and the University of Dar es-Salaam

⁹¹. REFERENCE: The Socio-Economic Impact of HIV and AIDS on Rural Families in Uganda: An Emphasis on Youth, by Daphne Topouzis.

stables. Ce phénomène a des conséquences profondes, en termes d'accès des jeunes filles à l'éducation, d'accès réduit aux ressources productives, de dépendance économique à l'égard du partenaire masculin, et de la mauvaise santé reproductive découlant des rapports sexuels et maternités précoces.

Abandon et dénuement

- En cas de décès de l'homme chef de famille, des études ont montré comment les femmes sont confrontées à une tragique série de circonstances, en termes de perte du soutien social des membres de la famille, d'ostracisme de la part de la communauté, et d'absence de protection juridique pour hériter des terres et des propriétés. Des exemples ont été cités, dans lesquels la belle-famille peut rendre la femme responsable de la mort de son mari, et refuser de l'accepter elle et ses enfants dans le système de soutien familial. D'autres exemples ont été cités, dans lesquels les membres de la famille incitent le mari séropositif asymptomatique de quitter sa femme également infectée et de s'en trouver une autre.⁹²

Un refus des choix

Tous les facteurs ci-dessus doivent être considérés en tenant compte du fait que bien que les femmes participent de façon productive dans les secteurs formel et informel de l'économie, il y a des disparités fondées sur le sexe dans l'accès des femmes et des hommes aux ressources productives telles que la terre, les biens immobiliers, le crédit, l'emploi, la formation et autres services.

Pour ce qui concerne les conditions liées au traitement du VIH, l'homme est souvent premier à maints égards, et le plus souvent, le mari décède avant sa femme. Il peut également se passer du temps avant que la femme ne soit infectée, comme le montrent clairement des études de discordance chez les couples au Zimbabwe et en Zambie. En Zambie, pas moins d'un tiers des couples étudiés étaient discordants, le plus fréquent étant l'homme positif et la femme négative. Toutes les économies de la famille ont été dépensées pour le traitement du mari. Il est aussi plus probable qu'il ait un emploi rémunéré et bénéficie de l'aide médicale. Il a été constaté que lorsque la femme tombait malade plus tard, il n'y avait pas d'argent ni de couverture de l'aide médicale.⁹³

En conséquence, les initiatives préventives sont vitales. Les interventions préventives devront comprendre

- Des efforts modifiant les situations sociales et économiques qui empêchent certaines personnes de se protéger du VIH/SIDA. Ces efforts pourraient comprendre des programmes sur les rapports de sexe, sur les questions liées à la pauvreté, etc., des programmes visant à améliorer l'accès aux ressources de développement, conformément au principe de l'équité (se concentrant essentiellement sur les questions des liées à la problématique hommes-femmes et à la pauvreté).
- Des efforts visant à réduire la discrimination et à permettre aux personnes vivant avec le VIH/SIDA d'adopter des comportements responsables relativement à leur sexualité. (ces programmes devront se focaliser sur le principe de l'inclusion, plutôt que de l'exclusion, par exemple l'apport de conseils et soutien aux

⁹² Reference: Studies of household and community responses to HIV and AIDS in India, Tanzania and Thailand by Aggleton, Bharat, Leshabari and Singhanetra-Renard

⁹³ Source Helen Jackson SAIFAIDS – Key Problems facing Women in the Context of HIV/AIDS in S. Africa

personnes vivant avec le VIH/SIDA dans une perspective qui tienne compte des sexes (spécificités.)

Les femmes continuent d'être considérées comme les vecteurs de l'infection, et non comme des personnes ayant droit à des ressources suffisantes pour les soins médicaux. "Au Brésil comme dans beaucoup d'autres pays, les femmes sont traitées comme si elles n'avaient pas de sexe ou de sexualité. Personne ne s'est préoccupé de l'impact de la maladie ou même de l'impact de son traitement sur le cycle hormonal des femmes; aucune priorité n'a été accordée au conseil ou à la recherche de méthodes contraceptives sans danger qui protégeaient également contre le VIH; et aucun investissement technologique n'a été fait pour conseiller les femmes séropositives au VIH qui désiraient avoir un enfant."

Le nombre de cas de SIDA chez les femmes brésiliennes a doublé entre 1990 et 1998, et le SIDA est aujourd'hui la principale cause de décès chez les femmes de 15 à 49 ans, dans la plus grande ville du Brésil.⁹⁴ La cause fondamentale de cette situation est la discrimination fondée sur le sexe.

La discrimination en matière d'accès aux ressources se manifeste dans d'autres domaines aussi. Malgré l'incidence terrible du VIH/SIDA dans les pays en voie de développement, l'UNICEF estime que seuls 10 pour cent des 2 milliards de dollars de dépenses annuelles au titre de la prévention du SIDA parviennent à ces pays.⁹⁵

En conséquence, une focalisation sur les droits de l'homme est essentielle pour le succès de toute stratégie de lutte contre le VIH/SIDA. Cette focalisation revêt une signification encore plus grande dans une époque où, dans les pays les plus pauvres du monde, les dépenses de santé et d'éducation représentent une infime part du produit intérieur brut, par comparaison avec le remboursement de la dette. Les crises financières asiatiques ont provoqué des coupes sombres dans les dépenses du secteur social de pays qui avaient pendant longtemps lourdement investi dans la santé et l'éducation. Cela, combiné à la soudaine dévaluation des monnaies nationales, a placé nourriture, médicaments et autres produits essentiels hors de portée de franges importantes de la population. Même au Japon, la crise économique a engendré une catégorie de plus en plus grande de nouveaux pauvres qui ne sont couverts par aucune sorte d'assurance maladie. Désormais, il est partout évident que les approches de la santé basées sur l'équité et les droits sont compromises, à cause de l'environnement économique.

Et pourtant, il y a une importante synergie potentielle entre les programmes d'atténuation du SIDA et de lutte contre la pauvreté, en particulier ceux qui tiennent compte des sexes (spécificités). Les programmes de développement rural visant à améliorer l'accès des femmes aux moyens d'existence durables pourraient atténuer l'impact de l'épidémie. Par exemple, l'accès à l'eau salubre pourrait avoir un net effet sur le volume de temps que les femmes peuvent consacrer à d'autres activités productives, et aux soins aux malades et aux orphelins. De même; l'accès aux technologies qui allègent le travail, telles que les foyers économiques, les moulins alimentaires, augmentera le temps dont disposent les femmes pour supporter d'autres charges⁹⁶.

Le constat de la Banque mondiale selon lequel chaque adulte qui meurt réduit de 15 pour cent la consommation alimentaire par personne dans les ménages les plus pauvres implique que pour répondre à l'épidémie, les gouvernements nationaux devront utiliser les décès d'adultes et

⁹⁴ Source – Women Vulnerability and AIDS – Adriane Gomez and Deborah Meacham.

⁹⁵ Buchanan and Cernada 1996/97

⁹⁶ Source – The Implications of HIV/AIDS for rural development Policy and Programming – Daphne Topouzis.

les ratios de dépendance du ménage comme critère cible pour les programmes d'allégement de la pauvreté⁹⁷. Et en redéfinissant nos priorités en matière de dépenses publiques, nous devons nous montrer encore plus critique en les passant à la loupe des sexospécificités. Les femmes d'Asie vivant avec le virus expriment aujourd'hui silencieusement leur besoin de soutien pour rompre des liens violents, de soutien pour que leurs enfants soient placés dans des familles adoptives, de soutien pour l'accès au logement, de soutien pour l'accès aux hospices, et enfin de soutien pour l'accès à des moyens d'existence durables.⁹⁸

Le rôle de la législation

La notion de la législation en tant qu'instrument de changement social et de modification du comportement a fait l'objet d'un débat jurisprudentiel long et controversé. On ne compte plus les exemples de la manière dont la législation a été incapable de changer les comportements sociaux soit parce qu'elle a été ignorée, soit parce que son application a été sélective. Deux exemples particulièrement pertinents pour les femmes sont la question du viol et la violence familiale. Toutefois, parallèlement à cette notion, il y a une raison de croire que l'utilisation créative de la législation, fondée sur une appréciation de valeurs sociales complexes, pourrait être à même d'induire des changements, afin que soient minimisées, si ce n'est réduites, les violations des droits humains. En conséquence, la législation peut jouer un rôle important dans la quête de changement des valeurs et modèles sous-jacents de l'interaction sociale qui engendre la vulnérabilité au virus VIH.

La législation qui renforce les pouvoirs

Dans nombre de pays en développement, il existe des régimes juridiques qui renferment la dépendance économique des femmes, à travers des lois sur la propriété foncière et les biens matrimoniaux qui refusent aux femmes la possession autonome de biens, ou à travers des lois qui leur refusent l'accès à certaines formes d'emploi rémunéré. La réforme législative dans ce domaine pourrait avoir un certain impact sur l'indépendance économique des femmes, laquelle à son tour pourrait contribuer à rendre possible l'accès aux soins de santé et à réduire sa dépendance vis-à-vis de l'activité sexuelle comme source de revenu. De même, on peut promulguer des lois qui nécessitent ou exigent un niveau minimum de participation et de représentation des groupes socialement désavantagés, par exemple les femmes et les personnes vivant avec le VIH/SIDA, dans la prise de décisions. De telles lois, si elles sont appliquées dans leur véritable esprit, pourraient aider à renforcer les processus, ce qui rectifierait les déséquilibres sociaux. En outre, dans certains pays où les lois maintiennent certains comportements ou coutumes qui augmentent le risque de transmission du VIH, par exemple les pratiques traditionnelles nuisibles et les modèles nuptiaux traditionnels, l'abolition de ces lois peut provoquer une remise en cause des coutumes et valeurs qui les sous-tendent.

La législation protectrice

La législation peut aussi avoir une fonction protectrice, en vertu de laquelle elle peut être utilisée pour faire respecter les droits et intérêts de classes particulières d'individus, notamment celles vivant avec ou affectées par le VIH/SIDA. Aujourd'hui, l'interaction entre les droits humains et l'épidémie est de plus en plus reconnue. Lors d'une récente consultation sur le SIDA et les Droits de l'Homme, qui s'est tenue à Manille en juillet 1997, la coalition APCASO⁹⁹ sur les droits de l'homme convenait que "Le respect et le souci des droits de la

⁹⁷ Source – idem que pour le 6

⁹⁸ Source – She can Cope by Madhu Bala Nath

⁹⁹ Asia and Pacific Council of AIDS Service Organisations

personne, à tous les niveaux, doivent figurer au cœur de notre réponse collective à la pandémie." Le cadre conceptuel suivant a été discuté, faisant clairement ressortir l'interaction entre droits humains et VIH/SIDA.

L'impact de la législation dans son mode proscriptif sur la politique en matière de VIH/SIDA a souvent entravé plutôt qu'il n'a facilité l'application effective de la politique. Parmi ces lois figurent celles qui ont imposé des sanctions pénales contre la vente de préservatifs, ou celles qui ont conduit les travailleurs dans des programmes d'échanges de seringues à avoir peur d'être poursuivis pour complicité dans une activité illégale. Parmi les lois proscriptives figurent les lois sur la notification obligatoire de la séropositivité au VIH, les lois qui exigent les tests de VIH pour certains groupes de la population, etc. La nature coercitive de ces lois a en fait gêné les efforts de prévention en aliénant les personnes exposées au VIH et réduisant les chances qu'ils coopèrent aux efforts de prévention.

Le rôle des médias

Le rôle des médias dans le développement est décisif pour:

- Une meilleure connaissance par les principaux partenaires des causes et conséquences socio-économiques de l'épidémie, se concentrant en particulier sur les impératifs fondamentaux qu'il faut discuter, grâce à une information juste et objective.
- Promouvoir le renforcement des alliances entre activistes, fonctionnaires de l'Etat, chercheurs, formateurs, etc., en jouant un rôle central dans l'élargissement du débat sur ces impératifs critiques pour que puissent être créés des environnements plus propices pour les PVVIH.
- Faire ressortir le glissement de la preuve par l'anecdote à la preuve par le reportage, avec une validité empirique. Cet aspect essentiel pour introduire des changements dans la vie des individus, puisque cela peut influencer la prise de décisions.

Les approches des droits de l'homme que prônent organisations multilatérales, gouvernements nationaux, activistes, organes de presse et partenaires juridiques ont commencé à avoir du succès, même dans un environnement macro d'appauvrissement des ressources monétaires. En Egypte, par exemple, les Groupes de réflexion sur les mutilations génitales féminines, composés d'activistes, de chercheurs, de docteurs et de féministes, a joué un rôle phare dans l'élargissement du débat sur la question sensible et épineuse des mutilations génitales féminines, créant un climat favorable à l'interdiction politique de ces pratiques. Au Brésil, le Conseil National des Droits de la Femme, rétabli en 1995, a travaillé en collaboration avec la Commission nationale de la population et du développement pour tenir en échec une disposition contre l'avortement au Congrès en 1996.

Des alliances similaires entre activistes et décideurs en Afrique du Sud ont débouché sur la Loi historique de 1997 sur le Choix de mettre fin à la grossesse, la première du genre en Afrique. Au Sri Lanka, un partenariat naissant entre des ONG et des législatrices réclame la légalisation des services d'avortement.

Madhu Bala Nath
Conseiller en Genre et VIH
ONUSIDA/UNIFEM

SESSION 8

Pistes futures

i. Objectif

Promouvoir la planification participative et développer des stratégies pour aider à faire face à la situation à l'échelle nationale et globale.

ii. Durée

45 minutes

iii. Supports/Équipement

Tableau mobile/marqueurs

iv. Méthodologie

Travail de groupe.

v. Déroulement

1. Le facilitateur demande aux participants d'exprimer en une seule phrase, comment il pense pouvoir aider à traiter la situation, dans leur position de force. Par exemple, "En tant que représentant d'une institution, je peux..." ou "En tant qu'organe de presse, nous pouvons..."
2. Suivant la technique du headlining, le facilitateur demande aux participants de faire des phrases commençant par l'expression " Et si nous " pour proposer des stratégies qui pourraient avoir une influence positive sur la vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Par exemple, "Et si nous consacrons une colonne aux questions liées aux rapports de sexe et au SIDA, dans un des grands quotidiens?", "Et si nous organisons pour les directeurs de publication des grands quotidiens des ateliers sur les rapports de sexe, le VIH et les droits de la personne?", "Et si nous intégrons les discussions sur les rapports de sexe, le VIH et les droits de la personne dans les modules de formation destinés aux décideurs et aux planificateurs?"
3. A la fin des contributions des participants, le facilitateur les répartit en groupes (par Etat ou par pays) et leur demande de traduire les idées dégagées grâce au headlining en un plan concret. Ce doit être un plan à court terme sur six mois, et qui soit réaliste, pratique et faisable. Le facilitateur demande aux participants de fixer les responsabilités ainsi qu'un horizon pour le plan de travail.

Notes au facilitateur, Session 8

- Un exemple de plan de travail qui devrait émerger de chaque groupe de cette session est annexé, pour guider le facilitateur.

PLAN DE TRAVAIL POUR LE ZIMBABWE

ACTIVITE	RESPONSABLE	HORIZON
Réunion pour faire connaître le module de Dakar avec les Institutions de formation	Martha	
Faire connaître le module aux collègues et à la communauté en général, à travers des articles informés	Luy Gina	
Partager l'information avec GWAPA (ancien CSW)	Martha	
Collecte de fonds pour un atelier de 2 jours, pour former et faire pression sur les médias et le partenaires du projet, ainsi que les membres du Forum sur le Genre	Tous	
Lancer une colonne mensuelle sur genre et VIH/SIDA. Créer des groupes de correspondance et incorporer le VIH/SIDA dans des pages santé existantes (hebdomadaires) Former le ministre et les responsables de la santé. Utiliser des spectacles radiophoniques et télévisuels Renforcer les pouvoirs des femmes vivant avec le VIH/SIDA. Faire circuler des directives sur le langage acceptable dans les rapports sur le VIH/SIDA. Intégration du genre dans les manifestations internationales – Journée Internationale de la Femme. Faire pression pour une formation sur le VIH/SIDA dans les Institutions de Formation	Gina Tous Ivy Martha Tous Tous Gina/Ivy Tous Tous	

SESSION 9

Evaluation et clôture

i. Objectif

Améliorer le déroulement et le contenu de l'atelier.

ii. Durée

30 minutes

iii. Supports/Equipement

Feuilles blanches et stylo

iv. Méthodologie

Réflexion et rédaction.

v. Déroulement

1. Le facilitateur demande aux participants de se détendre, de fermer les yeux et se mettre dans un état d'introspection, et de réfléchir sur le déroulement de l'atelier.
2. Au but d'une minute, il/elle leur demande d'écrire sur le papier leurs sentiments réels au sujet de l'atelier, des informations reçues, ainsi que des méthodologies utilisées et des stratégies dégagées.
3. Les participants n'ont pas besoin d'inscrire leur nom sur les feuilles.
4. Ensuite, le facilitateur clôture l'atelier en soulignant le sens de l'engagement à transcender les faits et les chiffres, et leur donner un visage humain pour que les droits humains restent le fondement de tout le travail effectué sur l'épidémie.

SECTION IV

LES ENSEIGNEMENTS DE L'ATELIER

LES ENSEIGNEMENTS

Les deux modules discutés dans ce manuel ont été expérimentés sur le terrain pendant un an. Le module intitulé "Préoccupations liées au genre concernant le VIH et le développement" a été expérimenté sur le terrain par le programme Genre et Développement du PNUD, dans le cadre de son programme de renforcement des capacités, avant d'être ensuite utilisé dans des ateliers d'orientation pour l'UNIFEM et ses partenaires dans huit pays, à savoir: Inde, Viêt-nam, Sénégal, Zimbabwe, Kenya, Nigeria, Mexique, et Bahamas. Le deuxième module, intitulé "Genre et VIH: une Approche par les droits humains", a fait l'objet de critiques d'un groupe de formateurs, avant d'être expérimenté sur le terrain dans un atelier organisé au Sénégal, auquel ont participé les représentants de sept pays: Inde, Viêt-nam, Sénégal, Zimbabwe, Kenya, Nigeria, Mexique et Bahamas. Ces expériences ont produit des enseignements très riches. Ces enseignements sont présentés ci-dessous du point de vue du facilitateur, et du point de vue des participants.

I. ENSEIGNEMENTS DU POINT DE VUE DU FACILITATEUR

a) Localisation de l'atelier

Au cours des deux ateliers, il a été constaté qu'il est utile de localiser l'activité loin du lieu de travail des participants proposés. Cela permet une participation plus pleine, qui est utile étant donné la méthode utilisée pour envisager le processus d'apprentissage. Il a été constaté que lorsque les ateliers sont organisés trop près du lieu de travail des participants, ils ont tendance à associer cet engagement à leurs obligations officielles et privées. Cela a pour effet une participation réduite aux ateliers après les pauses déjeuner.

En conséquence, il est recommandé d'organiser les ateliers loin des lieux de travail des participants, ou de réaménager la programmation des activités pour que les ateliers commencent tôt et comprennent autant de sessions que possible avant le déjeuner.

b) Choix des participants

Le choix des participants à ces ateliers est crucial pour garantir la réalisation des objectifs. Les ateliers sont conçus pour développer une nouvelle perception de l'épidémie, qui intègre les dimensions de genre du développement. Ils offrent de nouvelles informations à deux sortes de participants: **ceux qui ont travaillé sur le genre, mais pas sur le VIH, et ceux qui ont travaillé sur le VIH mais pas sur le genre.**

Dans certains pays, quelques-uns parmi les participants avaient déjà effectué des travaux approfondis sur le genre et sur le VIH, et donc n'ont pas tiré grand chose de leur participation à l'atelier. Comme le dit l'un d'eux, l'atelier était d'un "trop bas niveau".

Il est donc recommandé de procéder soigneusement à la sélection des participants, pour que règne pendant toute la durée de l'atelier une dynamique synergique.

c) Module I: Session 3

Les deux modules contiennent des exercices qui favorisent le renforcement du consensus par le biais de discussions de groupes (voir pages 43 à 50). Dans certains ateliers, il a été constaté que lorsqu'un groupe n'arrivait pas à un consensus, son exposé était remis à plus tard. Cependant, il s'est avéré très difficile de placer cet exposé à un point ou un autre de l'atelier, essentiellement pour deux raisons:

Cela perturbait le déroulement de l'atelier en étant incluant avant ou après un autre exercice

Cela entraînait une certaine frustration de la majorité des membres du groupe qui étaient d'accord sur la question, mais ne pouvaient pas exprimer leur pensée en plénière, parfois à cause de l'opinion divergente d'un seul membre.

Il est donc recommandé d'entretenir la capacité de renforcement du consensus par cet exercice, en faisant preuve d'une certaine discrétion.

d) Module I: Session 4

L'exercice intitulé "Silhouettes démographiques" (page 51) s'est avéré être un outil vivant qui améliore la participation d'une manière très efficace. Cependant, l'exercice est long et peut être quelque peu ennuyeux dans les pays où l'épidémie est mature, et où ces informations relatives à l'impact sur les ménages n'offrirait probablement pas de nouvelles idées. Les ateliers ont permis de constater qu'on pouvait moduler cet exercice de manière à réunir les deux étapes décrites dans cet outil en une seule.

Il est donc recommandé que le facilitateur évalue la base des connaissances des participants, eu égard à l'impact de l'épidémie sur les ménages, avant de mener cet exercice.

e) Considérations d'ordre éthique

Se conformant aux principes du partenariat et de la participation, la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) aux ateliers s'est avérée extrêmement enrichissante. Cependant, d'un point de vue éthique, il est important que les PVVIH soient longuement briefés sur l'objet de l'atelier.

Il est donc recommandé que les organisateurs de l'atelier rencontrent les PVVIH avant le démarrage, pour leur expliquer les objectifs. Il est aussi recommandé de verser des honoraires aux personnes qui viennent témoigner. Ils sont alors respectés comme des personnes ressources qui enrichissent la base des connaissances des participants, en partageant leurs propres témoignages.

f) Durée

Comme le montre le programme des deux ateliers, le temps alloué à chaque session laisse peu de latitude à la flexibilité. Le calendrier est donc plutôt serré, et un feed-back des participants disait que l'atelier aurait dû s'étendre sur un intervalle de temps plus long. Tout en acceptant et appréciant à sa juste valeur cette préoccupation, il est utile de garder à l'esprit que la participation réelle des décideurs clés n'est possible que sur de courtes périodes de temps, étant donné

leurs calendriers officiels surchargés. De même, les implications des coûts d'une journée supplémentaire méritent d'être considérées.

Il est recommandé que le programme des ateliers soit modifié, en fonction du temps dont disposent les participants. La durée suggérée dans ce manuel est d'une efficacité-coût optimale.

g) Co-facilitation

Un seul facilitateur peut conduire l'atelier. Cela tend à maintenir les dépenses au minimum. Cependant, on a constaté qu'il est utile (en particulier pour l'atelier de deux jours) de faire participer une personne ressource 'nationale' ou 'locale' comme co-facilitateur. C'est là une mesure qui va dans le sens du renforcement des capacités locales dans ce domaine. Il est donc recommandé que, chaque fois que possible, les ateliers encouragent la co-facilitation en se servant de personnes ressources locales.

h) Evaluation

Les neuf ateliers organisés avant fin 1999 ont adopté une méthode d'évaluation ouverte, qui ne suivait aucun format spécial. Cela parce que les ateliers visaient à faire vivre aux participants une expérience émotionnelle, cognitive et réflexive, qui, pensait-on, serait difficile à saisir sur des échelles de mesure rigides allant d'insatisfaisant à excellent, ou de un à cinq. On a demandé aux participants de noter et de traduire leurs sentiments sans restriction. Cependant, un point de vue exprimé soulignait qu'une évaluation formelle aurait été utile. Dans certains ateliers, les formulaires d'évaluation sont distribués dès le début, pour que les participants puissent noter leurs jugements sur les divers aspects de chaque session pendant le déroulement de l'atelier. Le facilitateur doit accorder un temps spécial pour que cette sorte d'évaluation structurée soit vraiment efficace.

Il est donc recommandé que le facilitateur discute cette question avec les participants avant le démarrage de l'atelier, et réponde à la demande du groupe en conséquence.

Un échantillon de formulaire d'évaluation est annexé.

i) Utilisation stratégique des modules

Il a été constaté que ces modules sont plus efficaces lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'un processus élargi, plutôt que comme une tentative unique (comme la "conclusion du match)." Après le premier atelier, trois groupes principaux ont été formés (renforcement des pouvoirs grâce à l'information, renforcement des pouvoirs grâce aux droits humains, et renforcement des pouvoirs grâce au renforcement des capacités), et la section ci-dessous illustre l'impact des ateliers.

Activités du groupe sur le Renforcement des pouvoirs grâce à l'information

Nous avons reçu à l'heure actuelle des rapports sur la recherche à assise communautaire concernant les dimensions de genre du VIH/SIDA, effectuée par des groupes de différents pays tels que le Mexique, l'Inde, le Zimbabwe et le Sénégal. Voici quelques-unes des conclusions intéressantes qui ont été tirées de quelques rapports.

Les conclusions des rapports de la recherche à assise communautaire sont novatrices, et offrent d'excellentes opportunités de conseil auprès des gouvernements nationaux. Au Mexique par exemple, l'équipe de chercheurs a développé des instruments qui ont servi à identifier et à mesurer les niveaux de dépression, le peu de respect de soi, la violence et l'impact de tous ces facteurs sur la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels protégés. Le rapport s'est penché sur la question de la garantie de l'accès au traitement par le biais de la formulation de politiques à partir d'une perspective sexospécifique. Bien que la politique de santé du Mexique garantisse aux PVVIH le libre accès aux antirétroviraux, les femmes continuent d'être désavantagées, étant donné qu'elles sont en majorité dans le secteur informel, alors que l'accès à l'AZT n'est possible que par l'intermédiaire du secteur formel.

Une autre innovation est l'information produite par IWID, en Inde, selon laquelle les femmes n'ont eu accès à la connaissance des aspects protecteurs de l'utilisation du préservatif qu'après avoir été infectées. Cette information devrait aider les agences de développement à réexaminer la cible de leur IEC. La question d'un meilleur approvisionnement en médicaments peu chers pour les infections opportunistes, et le besoin d'une attention accrue pour les femmes seules qui essuient le plus fort de l'épidémie, sont également intéressants du point de vue politique et programmatique.

Au Sénégal, les efforts ont porté sur l'étude de l'impact des mythes et pratiques de la société sénégalaise sur l'épidémie du VIH/SIDA. Les résultats de l'étude brisent les perceptions stéréotypées, par exemple, en ce qui concerne la sexualité et la connaissance de son corps, il n'y a pas une grande différence entre les personnes instruites et les analphabètes. En outre, la connaissance de leur corps par les travailleurs du sexe était beaucoup plus faible que celle des ménagères. Par ailleurs, la nécessité de promouvoir un processus de désapprentissage a été également mise en évidence de manière tout à fait catégorique. Il est vital de désapprendre les mythes sociaux existants, avant de pouvoir introduire un nouvel apprentissage sur le VIH/SIDA. Par exemple, l'opinion courante au Sénégal, selon laquelle "les femmes excisées ne peuvent pas être satisfaites par un seul homme", ou bien "la femme qui se refuse à son mari n'aura jamais de bons enfants, car le comportement de la mère pendant l'acte sexuel est décisif pour l'avenir de l'enfant."

La recherche au Zimbabwe se concentre sur l'impact socio-économique du SIDA sur le ménage, et suggère aux ONG et au gouvernement national des orientations précieuses pour les changements de politiques, et des orientations pour la planification. Cette recherche s'est focalisée sur le domaine des ajustements auxquels se livrent les ménages et les communautés en matière d'affectation de leurs ressources aux activités de production et de consommation face au VIH/SIDA, et le bien-être global qui en découle. Très peu de preuves substantielles sur cet aspect existent au Zimbabwe, comme l'a révélé la recherche sur la littérature, et en conséquence, ce genre d'exploration permet de combler cette lacune.

Par exemple, une découverte indiquait que les prestataires de soins à domicile ont besoin de programmes éducatifs organisés, mettant particulièrement l'accent sur les signes et symptômes du VIH/SIDA, la confidentialité partagée, le pronostic des maladies, la prévention

de l'infection croisée, et le conseil. Une autre découverte qui pourrait contribuer au dialogue de politique générale a trait à la nécessité de centrer les initiatives IEC sur "la manière de faire face", plutôt que sur "la manière de prévenir", étant donné la maturité de l'épidémie au Zimbabwe. L'étude a montré que le soutien aux PVVIH même au sein de la famille est plutôt "ambivalent", et pas solide ni inconditionnel.

Voici quelques observations précieuses tirées du rapport: le changement des rôles des sexes, par exemple dans les industries autrefois à prédominance masculine, (les femmes font maintenant de la menuiserie, puisque les hommes tombent malades et meurent); le fait que les femmes soient considérées comme étant plus courageuses et plus ouvertes que les hommes, pour ce qui concerne la révélation de leur séropositivité au VIH – les hommes préfèrent mourir en silence; et le besoin pressant chez les PVVIH de travailler plus dur pour laisser de l'héritage à leurs enfants. Ces résultats peuvent fournir quelques pistes aux ONG zimbabwéennes sur la manière de répondre aux besoins de renforcement des capacités des PVVIH dans le pays.

Tous ces résultats seront discutés avec les décideurs officiels ainsi qu'avec les représentants de la société civile, dans des ateliers sur le conseil. Le potentiel considérable d'influencer la politique nationale est sorti de la recherche dans tous les pays.

Activités du groupe sur le Renforcement des pouvoirs grâce aux droits de la personne

Nous avons récemment reçu un feedback sur les travaux effectués par les journalistes qui ont participé au module sur "Rapports de sexe, VIH et Droits Humains". Les participants ont pris les enseignements de l'atelier et ont intégré dans leurs articles les dimensions VIH et genre. Les entretiens et articles qui vont suivre illustrent le type d'activités menées depuis l'atelier.

Lydia Cacho:

"Après avoir travaillé pendant trois ans sur les rapports de sexe et le VIH, j'étais usée et lasse de ce travail. L'atelier m'a apporté des informations nouvelles, présentées d'une manière humaine. Cette participation m'a permis de me requinquer, et a réveillé mon désir de travail sur ces questions."

Le profil de Lydia Cacho ci-dessous nous donne une idée de l'impact potentiel de l'atelier sur Genre, VIH et Droits Humains. Ms. Cacho a participé à l'atelier organisé dans le cadre de l'initiative commune, intitulé "Réponses sexospécifiques pour s'attaquer aux défis du VIH/SIDA." Elle a participé à l'atelier en qualité de représentante de l'agence de presse mexicaine CIMAC. CIMAC est une agence de presse multimédia comprenant 800 femmes journalistes de divers pays d'Amérique Latine et des Caraïbes. Après avoir pris part à l'atelier en 1999, au Sénégal, Ms. Cacho est retournée au Mexique, où elle a pu catalyser ce qui suit:

- A orchestré une formation sur le journalisme axé sur les rapports de sexe, utilisant certains des outils pédagogiques qui ont été utilisés dans l'atelier du Sénégal. (Ms. Cacho a utilisé les jeux de rôles pendant la formation à cause de l'impact que cet outil a eu sur elle pendant l'atelier du Sénégal. Ms. Cacho a été désignée animatrice de groupe, et elle a décidé de faire jouer le rôle de la femme par un homme, et vice versa. Après cette session, Ms. Cacho s'est entretenue avec l'homme qui a joué le rôle féminin, et lui a demandé: "Quelle impression cela vous a fait, d'être une femme? Les larmes aux yeux, l'homme répondit: "J'aurais voulu pouvoir demander pardon à ma mère pour la violence qu'elle a subie.")
- A été lauréate du Prix National du Journalisme 1999 pour le Mexique, Rosario Castellanos, pour l'article qu'elle a écrit pour "La Crisis".
- A rédigé dix articles sur les implications du VIH/SIDA en Afrique pour les rapports hommes-femmes et les droits humains. Les articles ont été cités par plus de quinze grands quotidiens par le biais de CIMAC on line.
- Un quotidien politique mexicain, "La Crisis", a publié l'un de ses articles sur l'épidémie. Cela était extrêmement important, en raison du fait que tous les politiciens mexicains lisent ce journal.
- A écrit un article intitulé "Enfrentarlo O Morir" pour *Novedades*, un grand quotidien mexicain, sur l'impact de l'épidémie en Afrique.
- Au Mexique, de nombreuses personnes ont appelé Ms. Cacho pour la féliciter pour son travail, notamment le Secrétaire Général du Gouverneur, le Directeur de l'Hôpital Social, et le Maire de Cancun.
- La radio la plus populaire de Puebla, au Mexique, a lu tous les articles écrits par Ms. Cacho sur l'épidémie.

Karen Wallace:

Ms. Wallace est une journaliste des Bahamas, qui a écrit des articles sur la vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Voici un extrait d'un article qu'elle a écrit après l'atelier sur "Alma", une mère de famille de 50 ans qui a quatre enfants et neuf petits-enfants. Elle vit avec le VIH depuis quatre ans, et se bat pour vaincre la stigmatisation dont elle fait l'objet.

"Le temps passé avec Alma me fait penser qu'à présent, les personnes vivant avec le VIH/SIDA n'ont rien d'autre à attendre que la mort. Ils sont licenciés, subissent l'ostracisme de la communauté, sont craints à cause de la méconnaissance de la maladie, et font l'objet de discriminations parce que stigmatisés. Bien qu'Alma ait vécu les nombreux aspects négatifs associés à la maladie mortelle, d'une certaine façon elle se bat pour rester positive chaque jour. Tel n'est pas le cas de toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Pour moi, la visite d'Alma a vraiment donné un visage au VIH/SIDA, et a changé mon attitude envers les personnes vivant avec la maladie. Grâce à Alma, j'ai renforcé mon engagement à faire connaître au public et à le sensibiliser davantage sur l'aspect humain des personnes vivant avec le virus, à travers tous les moyens de communication.

La journée passé avec Alma a été une expérience bouleversante, et avec sa permission, des extraits de nos discussions seront utilisés dans des exposés publics et des ateliers planifiés. Alma peut servir d'exemple pour faire comprendre à la communauté des entrepreneurs que les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont toujours employables, si on leur donne une chance d'être des personnes productives.

Le temps passé avec Alma a été enregistré sur cassettes vidéo et audio. Les entretiens sont en train d'être rassemblées pour des émissions d'informations et des programmes radiodiffusés et télévisés d'une demi-heure. Les informations ont été transcrites, et seront fusionnées avec des statistiques et autres données reçues pour diffusion nationale."

Pamela Philipose

Une façon novatrice de combiner preuve anecdotique et données empiriques, et de lier les questions macro et micro, a été fournie par une participante indienne à l'atelier. Pamela Philipose, de l'*Indian Express*, a conçu le "Tableau noir du SIDA", un moyen d'introduire la discussion sur genre, VIH/SIDA et droits humains en Inde. Vous trouverez quelques-uns de ses articles en annexe.

La démographie d'une maladie

The Indian Express, 21 Octobre 1999

Alors que l'Afrique subsaharienne représente deux tiers des personnes vivant avec le VIH/SIDA, un pays – le Sénégal – a connu plutôt du succès dans sa lutte contre la maladie.

Le Sénégal est une sorte d'énigme géographique et historique. Limité d'un côté par le désert du Sahara, et de l'autre par l'Océan Atlantique, cette petite république a été colonisée par la France pendant 200 ans, et est cependant à grande majorité de confession islamique.

Etant perché au bord de la côte nord-ouest de l'Afrique – le point le plus proche où l'Afrique touche le continent nord-américain – le Sénégal a été le théâtre de l'un des moments les plus sombres de l'humanité. Rendez-vous sur l'île de Gorée, à trois kilomètres de la capitale du Sénégal, le port de Dakar, et vous serez conduits à la Maison des Esclaves. C'est un vestige abominable du commerce des esclaves, qui a vu quelque 15 à 20 millions d'africains capturés et vendus pendant trois siècles – de 1536 à 1848. Six millions d'individus seraient mortes dans ce commerce.

Aujourd'hui, fort heureusement, le commerce des esclaves n'est plus qu'un horrible souvenir, mais la modernité est venue avec son cortège de nouvelles menaces. L'un des défis sociaux et médicaux les plus énormes auxquels est aujourd'hui confronté le Sénégal a trait à la pandémie du VIH/SIDA, qui a ouvert une brèche à travers tout le continent Africain. Environ deux tiers des personnes vivant avec le SIDA dans le monde vivent en Afrique subsaharienne.

La maladie a fait des ravages considérables dans des pays comme l'Ouganda, où des villages entiers ont été rayés de la carte, et où un quart des enfants ont au moins un parent frappé par le SIDA. Là-bas, les champs restent à l'abandon, à cause de la pénurie de main-d'œuvre adulte, et les femmes âgées doivent nourrir les nombreux enfants laissés orphelins par la maladie.

Et pas seulement en Afrique subsaharienne, Eunice Mafuabikwa, activiste/écrivain seniore originaire de Harare, Zimbabwe, a révélé qu'il est très rare dans son pays de rencontrer une famille qui n'ait pas connu de décès dû au SIDA.

Ce qui la trouble le plus à propos de cette situation, c'est que bien que le Zimbabwe soit sur le point d'être le pays qui a le plus grand nombre de cas de SIDA dans le continent africain, les comportements sociaux ont peu, ou pas du tout, changé. "L'attitude générale semble être que 'chacun doit mourir un jour où l'autre, de toute façon.' Les hommes continuent de se vanter de leur promiscuité sexuelle. Il y a même un proverbe local disant que "tout comme on reconnaît le taureau à ses cicatrices, on reconnaît l'homme aux maladies sexuellement transmissibles qu'il a attrapées!"

Il est donc réconfortant d'apprendre le remarquable succès du Sénégal dans sa lutte avec le spectre de la redoutable maladie, comme l'a révélé un atelier abrité à Dakar par l'UNIFEM, au début du mois courant. Cet atelier faisait partie d'un projet pilote de deux ans de l'UNIFEM

sur les interventions axées sur les sexospécificités en matière de VIH/SIDA, englobant six pays – Zimbabwe, Sénégal, Mexique, Bahamas, Inde et Viêt-Nam.

Les tentatives du Sénégal pour traiter ce problème sont devenues d'une importance vitale – pas seulement pour le continent africain, mais pour le reste du monde, qui ne sait toujours pas grand chose de l'impact social de la maladie.

Selon le Dr. Ibrahima Ndoye, coordonnateur du programme national du Sénégal sur le VIH/SIDA, qui s'est adressé aux participants à l'atelier, le pays qui affichait un taux de prévalence de un pour cent en '91-'92, doit lutter contre un taux de prévalence de 10 à 20 pour cent chez les groupes à haut risque. "Mais ce chiffre est bas, si l'on considère que dans plusieurs pays de la région, il est supérieur à 50 pour cent," déclare Ndoye.

La collecte de données a été considérée comme une contribution essentielle dans la gestion du VIH/SIDA. "Nous avons accru la surveillance de la maladie à travers des études scientifiques, médicales et épidémiologiques – aujourd'hui, le Sénégal possède, avec la Thaïlande et l'Ouganda, une très bonne banque de données, qui aide à apporter une focalisation au programme, soutient Ndoye.

Parallèlement à la banque de données, les autorités ont également pris le soin de nettoyer les banques de sang. Alors que nombre de pays subsahariens n'ont tout simplement pas l'infrastructure sanitaire requise pour garantir des transfusions sans risque, au Sénégal le dépistage strict du VIH est obligatoire.

Il est intéressant de noter que les guides spirituels ont été encouragés à participer au programme national de lutte contre le SIDA. Comme le dit Ndoye, "Nous sommes à 95 pour cent musulmans, et 5 pour cent catholiques, et nous avons impliqué nos chefs religieux dans notre campagne. Ils ont particulièrement contribué à lutter contre la stigmatisation traditionnellement associée à la maladie."

Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA essaie consciencieusement d'atteindre les jeunes. Selon Ndoye, il est vital qu'au cours des 10 prochaines années, des jeunes de 10 à 25 ans dans tous les pays en développement soient sensibilisés au problème.

Le Sénégal a par ailleurs constaté qu'aucun programme de lutte contre le VIH/SIDA ne peut réussir sans la participation et le renforcement des pouvoirs des femmes. La société sénégalaise étant polygame, les femmes se trouvent souvent dépourvues de pouvoir sexuel.

Aster Zaoude, Conseillère Régionale du Programme, UNIFEM, Sénégal, a souligné qu'au Sénégal, le mari joue un rôle extrêmement fort dans les rapports sociaux. "Nous avons noté qu'à ce qu'il semble, le problème majeur est qu'alors que la plupart des femmes connaissent les dangers de l'épidémie, elles ne savent pas comment négocier des rapports sexuels protégés," déclare Zaoude.

C'est ici que les expériences récentes du préservatif féminin ont ajouté une nouvelle dimension à la lutte contre le SIDA au Sénégal. Le Dr. Penda Ndiaye, de l'Institut d'Hygiène Sociale de Dakar, a conduit une étude sur l'utilisation du préservatif féminin par les femmes locales, parmi lesquelles des travailleuses du sexe. Ces préservatifs ont été bien acceptés, et même en grande demande. Selon l'étude, le préservatif féminin aidait apparemment les femmes à avoir un certain contrôle sur leur sexualité, dans une société qui les a toujours considérées comme des partenaires passives dans l'acte sexuel.

Les experts sont de plus en plus de l'opinion selon laquelle le facteur risque le plus important pour le VIH/SIDA n'est pas plus l'activité sexuelle ou la consommation de drogues, que l'impuissance socio-économique. Puisqu'on peut prévenir l'infection, les personnes qui sont instruites et ont accès à l'information prennent généralement les précautions nécessaires. En conséquence, les femmes, étant donné leur absence d'autonomie tant économique que sexuelle, sont plus vulnérables à la maladie.

Madhu Bala Nath, Conseillère de l'UNIFEM en matière de VIH et Genre, qui a préparé l'atelier de Dakar, pense qu'étant donné qu'un nombre croissant de femmes sont affectées par le VIH/SIDA – environ 43 pour cent des adultes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes – on ne saurait assez souligner la dimension de genre de la lutte contre la maladie.

Nath affirme, "D'une part, la campagne contre le SIDA ne s'est pas suffisamment polarisée sur les femmes, et d'autre part, le mouvement des femmes n'a tout simplement pas traité suffisamment les questions liées à la sexualité, ou considéré le VIH/SIDA comme un problème de femmes."

Le Tableau Noir du SIDA

- Selon l'ONUSIDA, sur 33,4 millions de personnes vivant avec le SIDA dans le monde, 22,5 millions vivent en Afrique subsaharienne – dont la moitié des femmes
- L'espérance de vie dans certains pays d'Afrique sévèrement touchés a été écourtée de 10 ans, à cause de la maladie.
- En Ouganda, un quart des enfants vivent dans des familles dans lesquelles un parent au moins a le SIDA.
- Les situations de conflit social n'ont fait qu'accroître la rapidité de la progression de la maladie. Au Rwanda, avant la guerre, seuls deux pour cent de la population étaient affectés par le VIH/SIDA. Ce chiffre s'élève aujourd'hui à trente pour cent.
- Sur les \$2 milliards affectés au VIH/SIDA dans le monde, une part écrasante de quatre-vingt-dix pour cent est consacrée à la recherche et aux tests.

Suffisance irrationnelle, peurs irrationnelles

The Indian Express, 22 octobre 1999

L'épidémie de VIH/SIDA en Inde est en grande partie invisible, parce que la société n'est pas prête à faire face à la maladie

"Pas de VIH/SIDA s'il vous plaît, nous sommes indiens. Nous aimons également nos femmes." Quelque part, la société indienne semble avoir intériorisé la sagesse reçue selon laquelle les africains sont de mœurs légères, mais pas les indiens. En conséquence, si le SIDA peut être un problème pour eux tous, nous n'avons vraiment pas à nous en soucier.

Cependant des données internationales battent en brèche cette suffisance. Selon les preuves dont nous disposons, l'Asie du Sud et du Sud-Est est l'épicentre de l'épidémie de VIH, la plupart des nouvelles infections proviendraient de cette région. En réalité, l'impact de la maladie sur l'Asie pourrait être pire que celui sur l'Afrique subsaharienne, parce qu'elle semble se propager à un rythme plus rapide. Depuis 1994, pratiquement tous les pays de la région ont vu les taux de prévalence du VIH plus que doubler.

A ce jour, on pense que 6,4 millions d'individus sont affectés par la maladie, dans une région où 60 pour cent de la population sont sexuellement actifs. L'Inde est jugée particulièrement vulnérable, avec quelque 3 à 5 millions d'infections au VIH. Selon les chiffres officiels, en fin 1998, le pays comptait 78 904 infections au VIH, et 6 386 cas de SIDA, mais les chiffres réels étaient probablement beaucoup plus élevés.

Madhu Bala Nath, conseillère de l'UNIFEM sur le VIH et le genre, déclare: "Nous avons devant nous un pays où il y a une forte prévalence de la maladie dans au moins quatre régions – le Nord-est, le Tamil Nadu, Maharashtra, et Andhra Pradesh. Nous avons devant nous un pays où une large part de la population se trouve dans la catégorie des sexuellement actifs."

Nath par ailleurs critique le point de vue selon lequel l'Inde devrait se concentrer sur la lutte contre le paludisme et la tuberculose, plutôt que le SIDA. "Ces distinctions ne sont plus de mise. L'année dernière, 30 pour cent des cas de tuberculose à travers le monde étaient liés au SIDA," affirme-t-elle.

Nath trouve que les sociétés africaines sont plus pragmatique sur cette question. "alors que nous supposons que nos facteurs sociaux et culturels empêcheront le SIDA de prendre des proportions pandémiques, je trouve que l'Afrique est plus réaliste sur ces questions."

C'est un réalisme qui pourrait certainement servir de leçon à l'Inde. le coup de balai sombre et brutal des décès dus au SIDA pendant la fin des années 1980 et le début des années 1990 a poussé des pays comme l'Ouganda et la Tanzanie à mettre en place des systèmes qui pourraient, à la longue, enrayer la rapide progression de la maladie. Les premiers signes d'une volte-face du VIH apparaissent. Les taux de prévalence chez les femmes enceintes en Ouganda et ceux parmi les jeunes en Tanzanie ont chuté de 40 et 60 pour cent.

Changer les attitudes sociales et la politique gouvernementale en direction du VIH/SIDA, dans une culture où la maladie est associée à une stigmatisation générale, est certes une entreprise ardue. Mais quelque part en chemin, il semble que nombre de pays africains commencent à se rendre compte que sans une approche de la maladie fondée sur les droits humains, il sera impossible de s'opposer à son règne.

Le réseau ougandais sur Loi, Ethique et VIH/SIDA a initié un processus de révision de la loi, pour sauvegarder les droits humains des personnes vivant avec le virus, et recommandé que la

recherche biomédicale, ainsi que les essais de médicaments et de vaccins du pays soient régis par des normes éthiques. Le réseau soutient que les services de tests, de conseils et de traitement des personnes affectées par le SIDA doivent être fournis dans un souci de sensibilité et de professionnalisme.

De même, le Comité intersectoriel zimbabwéen sur le SIDA et l'emploi a élaboré un code national sur le SIDA et la sécurité, ainsi que la formation et les prestations de chômage pour les personnes affectées.

Tout à fait à l'opposé, l'Inde est restée totalement indifférente à ces questions. Comme le faisait remarquer Anand Grover, du Collectif des avocats, dans un article récent, "Le nombre de cas de tests obligatoires, d'isolement de personnes vivant avec le VIH/SIDA, de violation du secret, de discrimination et de harcèlement est en rapide progression partout dans le pays." Il a soutenu qu'il y a un besoin urgent de réforme législative, pour promulguer de nouvelles lois et pour la formation des avocats, défenseurs des droits et institutions para-judiciaires sur les questions clés. Selon ses propres termes, "Jusqu'ici, le gouvernement indien n'a pas développé un environnement légal sensible et propice pour traiter de l'épidémie."

Tout individu frappé par le VIH/SIDA est littéralement entraîné vers le fond par la stigmatisation et la discrimination qu'il subit. Dans son étude récente sur le thème "Discrimination, stigmatisation et déni pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA", Shalini Bharat de l'Institut des Sciences Sociales de Tata, à Mumbai, relate un à un les cas de patients soumis à des traitements réservés aux lépreux du temps de la Bible.

Barhat cite le cas d'un homme mort du SIDA, dont le corps n'a pas été autorisé à retourner dans son village près de Bangalore. Peu de jours après, la communauté locale avait chassé sa veuve hors du village, l'accusant d'être "porteuse de SIDA."

Ce n'est pas seulement dans les milieux ruraux de l'Inde que l'on rencontre des traitements aussi cruels et mal informés. Selon Barhat, préjugés et stigmatisation sont présents à tous les niveaux de la société. Dans les hôpitaux, les patients se voient régulièrement refuser le traitement et l'accès aux installations communes comme les toilettes. Même dans la mort, ils ne sont pas épargnés. Les corps des malades du SIDA sont systématiquement recouverts de plastique.

La situation sur le lieu de travail n'est pas tellement meilleure. Les renvois arbitraires, et la suppression des prestations liées à la santé et à l'assurance sont la norme. Au sein de la famille, les liens se brisent, entraînant l'abandon du conjoint et la séparation. Comme le note Barhat, la peur de l'opprobre de la société, la culpabilité, et le désespoir empêchent souvent l'accès des membres infectés à l'aide et au soutien. Elle écrit: "La discrimination et la stigmatisation ainsi que le déni liés au VIH/SIDA, sont généralisés et profonds, et affectent la volonté de l'individu de lutter et de réchapper du SIDA." En retour, cela rend la maladie invisible et aggrave la progression silencieuse du VIH/SIDA dans le pays.

La réponse populaire à la maladie est essentiellement une peur irrationnelle, basée sur des connaissances insuffisantes et une culture du silence concernant la sexualité. En vérité, il faudra d'abord s'attaquer à cette peur et ce silence, si l'on veut vaincre le SIDA en Inde.

Comme le dit Nath, "Jusqu'ici, nous nous sommes focalisés sur la prévention plutôt que les soins. En faisant des soins le point d'entrée, on sensibilise les gens à la maladie. Dans tous les cas, les soins sont essentiels lorsqu'il s'agit de gérer une maladie comme celle-ci, qui est si étroitement liée au comportement humain."

Le Tableau Noir du SIDA

- Sur les 33,4 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde, 6,4 millions vivent en Asie. Depuis 1994, pratiquement tous les pays de la région ont vu leurs taux de prévalence plus que doubler.
- Une étude réalisée au Tamil Nadu indique que 82 pour cent des hommes infectés par des MST ont eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples au cours des 12 derniers mois, et que seuls 12 pour cent avait utilisé un préservatif.
- Une autre étude indienne révèle que 90 pour cent de la clientèle masculine des hommes travailleurs du sexe étaient mariés.
- Maharashtra, Tamil Nadu et Manipur représentent près de 77 pour cent du nombre total d'infections au VIH dans le pays.
- Quelque 75 pour cent des infections ont été contractés par transmission sexuelle, tandis que le sang et les produits sanguins représentaient sept pour cent, et les partages d'aiguilles encore sept pour cent.
- Cette propagation de la maladie des zones urbaines aux zones rurales est en hausse, à cause de la grande mobilité des populations. Le ratio ville/campagne était de 4:1. Au cours des cinq dernières années, la proportion rurale s'est inscrite en hausse dans le Nord de l'Inde.

Activités du groupe travaillant sur le Renforcement des pouvoirs grâce au renforcement des capacités

Un Guide de la documentation destiné aux ONG sur la manière de renforcer les pouvoirs des femmes pour négocier des rapports sexuels protégés a été préparé, en se fondant sur les expériences de première main des femmes sur le terrain. Le guide de la documentation a été adopté par les groupes de femmes des pays participants, et sera par la suite envoyé à un certain nombre d'ONG. L'étude de cas ci-dessous se trouve dans le guide de la documentation.

Le Projet SHIP à Sonagachi

Le Projet SHIP était une expérience d'intervention de la santé publique, en se focalisant sur la transmission des MST/VIH parmi les communautés vivant à Calcutta. Le projet a été lancé par l'OMS en 1992, en étroite collaboration avec l'Institut Indien d'Hygiène et de Santé Publique. Il a mis en place un centre des MST pour les travailleurs du sexe à Sonagachi, pour promouvoir la lutte contre la maladie et la distribution des préservatifs, conformément à l'approche à l'époque populaire qui consistait à cibler la prévention du VIH sur des groupes spéciaux particulièrement vulnérables. Cependant, au cours du projet, le centre d'intérêt s'est considérablement élargi au-delà de la lutte contre la maladie, pour traiter les questions structurelles des rapports de sexe, de classe, et de la sexualité. Comme précédemment mentionné, Sonagachi est une communauté où ont constamment lieu des négociations, et c'est probablement cet aspect qui a inspiré l'activité de contrôle du VIH en traitant la sexualité et les rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes.

La focalisation sur l'utilisation 'd'initiées' pour travailler avec leurs pairs et les motiver reflète l'idéologie qui sous-tend le projet. Au démarrage du projet SHIP, les membres de la communauté des travailleuses du sexe ont été invitées à servir d'éducatrices pour leurs pairs, d'assistantes des centres médico-sociaux, et de patientes de ces centres, dans les centres de MST du projet. Depuis le démarrage, SHIP s'est attaché à renforcer les capacités des travailleuses du sexe à remettre en question les stéréotypes culturels de leur société, et à renforcer leur connaissance du pouvoir et de celui qui le détient. Il cherche à le faire d'une manière démocratique et stimulante, cependant non conflictuelle.

Négocier avec soi-même

Le respect et la reconnaissance que le projet a apporté à ces éducatrices pour les pairs a transformé leur vie (communication personnelle, Calcutta 1999). Dès l'entame, le projet a clairement fait comprendre aux travailleuses du sexe qu'il ne fallait, en aucune façon, adopter une approche de 'réhabilitation'. Le projet n'était pas créé pour 'sauver' des femmes 'déchues'. Les éducatrices de pairs ont reçu chacune une blouse verte, et une carte d'identification du personnel, ce qui leur permettait d'être socialement reconnues. Une série d'activités de formation a été organisée, dans le but de promouvoir l'autonomie et la confiance en soi, et le respect au sein de la communauté. Les commentaires des éducatrices de pairs sont publiés dans un rapport du projet. L'une d'elles déclarait: "Le projet m'a permis d'affronter la société avec confiance" (rapport du Comité de Durbar Mahila Samanwaya, 1998), et une autre: "Cette blouse a changé ma vie, mon identité. A présent, je peux dire aux autres que je suis une travailleuse sociale, une travailleuse de la santé" (ibid).

Une fois que les travailleuses du sexe ont vu les résultats des discussions et les statistiques des études, elles pouvaient toucher du doigt leur vulnérabilité aux problèmes structurels, et celles qui, auparavant, se considéraient comme des 'pécheresses' et des 'femmes de mœurs légères' ont changé de façon de voir. Dans les discussions de focus group, les éducatrices pour les pairs déclaraient: "Pour nous, ce commerce est aussi un emploi. Pourquoi le gouvernement ne le reconnaîtrait-il pas? Qui dit que nous sommes des femmes faciles?"

Ce réveil est une transformation très importante que le projet a réalisé. Les travailleuses du sexe à Calcutta ont commencé à remettre en question les notions séculaires de péché et de condamnation, et s'évertuent à reconstruire leur identité. C'est peut-être là la première étape des négociations en vue de pratiques sexuelles protégées – une négociation avec soi-même.

Négocier avec les pairs

Bien que le projet SHIP ait connu un bon démarrage, le renforcement des pouvoirs de 65 éducatrices pour les pairs ne suffisait pas pour protéger 5 000 travailleuses du sexe vivant seules à Sonagachi des violations de leurs droits. Comment le projet pouvait-il rester concentré sur la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque, sans traiter cette question plus large des droits politiques? Des négociations avec elles-mêmes, elles sont passées à un autre niveau, : les négociations avec leurs pairs.

Les éducatrices pour les pairs ont commencé leur travail, allant d'une maison à une autre dans les quartiers des prostituées, armées d'informations sur la prévention des MST/VIH, du SIDA, et la manière d'accéder aux soins médicaux, ainsi que de documentation suggérant la façon de remettre en cause des structures de pouvoir qui favorisaient la violence. Le porte-à-porte prenait trois heures chaque matin. Chaque jour, les groupes d'éducatrices (4 par groupes) contactaient chacun entre 40 et 50 travailleuses du sexe, et 10 à 15 tenancières de bordels. Elles encourageaient les travailleuses du sexe à se rendre au centre d'hygiène sociale pour des bilans réguliers; elles se servaient de tableaux mobiles et de prospectus pour une dissémination efficace des informations sur les MST/VIH; elles amenaient des préservatifs pour les distribuer aux travailleuses du sexe.

Pendant que ces activités se poursuivaient, le projet est devenu mieux connu dans la communauté. Alors qu'initialement, le projet était une intervention ciblée visant à prévenir la propagation du VIH/SIDA, en utilisant une stratégie de promotion du changement des comportements, il est devenu clair pour toutes les personnes concernées que les obstacles majeurs au succès de sa mise en œuvre n'étaient pas tout simplement liés aux comportements. Ils avaient trait à la façon dont la sexualité est perçue dans la société, le refus par la société d'accepter le travail du sexe, les ambiguïtés juridiques concernant le travail du sexe. Tout cela est maintenant de plus en plus reconnu par la communauté, comme des éléments qu'il faut affronter, combattre et vaincre. Le travail du sexe est une occupation, et non une condition morale. Et parce que le travail du sexe est une occupation, il faut reconnaître les risques professionnels que sont les MST/VIH, la violence et l'exploitation sexuelles, devaient être reconnus comme tels, et maîtrisés.

Construire des alliances avec les clients

En 1993, au tout début du projet, les éducatrices pour les pairs ont effectué une étude auprès des babus (clients réguliers de longue date) (All India Institute of Hygiene and Public Health, 1997). L'étude a révélé que seuls 51,5 pour cent des clients avaient entendu parler du VIH/SIDA, mais même ce groupe ne savait pas comment utiliser des préservatifs. Seuls 1,5 pour cent en utilisaient régulièrement, et 72,7 pour cent n'en avaient jamais utilisé (ibid.). A la suite de l'étude, une réunion a été organisée, pour commencer à construire des alliances entre les travailleuses du sexe et leurs clients réguliers dans le but de promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque. Près de 300 clients y ont participé. Les discussions entamées à cette réunion ont débouché sur l'ouverture pour les clients de centres médico-sociaux fonctionnant l'après-midi, où ils pouvaient accéder gratuitement aux traitements, aux conseils et aux préservatifs. Des programmes socioculturels ont été mis en place pour introduire des messages adressés particulièrement aux clients sur les rapports sexuels protégés et le VIH/SIDA. Aujourd'hui, les clients ont formé un groupe de soutien appelé 'Sathi Sangha' ('Groupe d'Amis'). Ce groupe appuie les travailleuses du sexe pour motiver les nouveaux clients à faire usage de préservatifs, et appuie les efforts de ces dernières en vue d'éliminer la violence sexuelle dans la zone.

Le mouvement de Sonagachi est également intervenu avec succès dans l'élimination du trafic des enfants à l'ouest du Bengale. Les Conseils autorégulateurs créés en 1999 en sont le mécanisme d'application. Un grand nombre d'enfants qui avaient été vendus sont retournés chez eux, et de la sorte, l'organisation est en train de réduire le vice et la violence dans la société au sens large.

Dès 1996, la recherche du SHIP montrait des indicateurs différents (All India Institute of Hygiene and Public Health 1997; DMSC 1998). La connaissance des MST à Sonagachi s'est améliorée de 69 pour cent en 1992 à 97,4 pour cent en 1996; la connaissance du VIH/SIDA a grimpé de 30,7% en 1992 à 96,2 pour cent en 1996. L'utilisation du préservatif s'est emballé de 2,7 pour cent en 1992 à 81,7 pour cent en 1996. Les taux de prévalence du VIH/SIDA se stabilisaient à cinq pour cent, là où d'autres quartiers de prostituées du pays enregistraient un taux de 55 pour cent. En fait, le Telegraph, grand quotidien de la place, saluait Sonagachi comme 'le plus grand bordel de l'Asie' qui présentait un taux d'accroissement négatif du VIH/SIDA (Telegraph, 18 septembre 1995).

II. ENSEIGNEMENTS DU POINT DE VUE DES PARTICIPANTS

Les réponses et évaluations des participants à la fin de la formation ont mis en exergue les divers accomplissements et échecs des ateliers. Les réponses des participants ont été groupées ci-dessous, par rapport aux objectifs de l'atelier.

Objectif I: œuvrer pour une meilleure compréhension des préoccupations liées aux sexes dans la progression du VIH.

- "Avant de participer à cet atelier, je pensais que le VIH/SIDA n'était qu'un problème de santé, et s'il y avait un impact social, il n'avait rien à voir avec l'identité sexuelle. Pourquoi parler uniquement des femmes, alors qu'un plus grand nombre d'hommes étaient en train de souffrir? Ma perception a changé." (Dakar, Sénégal)
- "La rencontre a mis en lumière les préoccupations liées aux sexes dans le VIH/SIDA. L'outil d'analyse de la problématique hommes-femmes dans le VIH/SIDA est excellent. Il peut être utilisé au niveau des décideurs, des cadres moyens, et de la communauté." (Nairobi, Kenya)
- "L'atelier a fait pleinement ressortir l'impact de l'épidémie sur les hommes et les femmes, d'où le besoin pour les institutions fondées sur les rapports de sexe d'être plus productives." (Nairobi, Kenya)
- "Ce que j'ai surtout appris de l'atelier, c'est la nécessité et l'urgence de se focaliser sur la perspective sexospécifique du SIDA." (New Delhi, Inde)
- "Je vois la construction d'une plate-forme pour voir le problème femmes VIH dans une perspective de système intégré et pas seulement comme un problème de santé." (New Delhi, Inde)
- "La question des rapports de sexe dans le VIH/SIDA est devenue plus claire pour moi – c'est comme un cycle. C'est l'expression du fait que les femmes sont toujours du côté récepteur dans cette question – les statistiques sont alarmantes. Cela provoque en moi le désir de faire plus de recherche et d'assurer la dissémination des résultats des recherches déjà effectuées." (Lagos, Nigeria)
- "Nombre de données révélatrices et alarmantes m'ont profondément bouleversé. Je me sens plus sensible à tous les programmes de mobilisation de la communauté et camps de sensibilisation sur les rapports entre les sexes." (New Delhi, Inde)

Objectif II: Comprendre les dimensions complexes des défis que pose le VIH/SIDA, dans le cadre des droits humains, à la loupe du genre.

- "J'ai été sensibilisé à la question des rapports de sexe et des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA, en particulier par rapport aux femmes." (Nassau, Bahamas)

- "J'ai pu avoir une plus grande idée et une plus grande connaissance des rapports de sexe, du VIH/SIDA et des droits humains d'une perspective global." (Dakar, Sénégal)
- "C'est le premier atelier auquel j'ai participé qui m'a laissé avec de la motivation et de l'énergie à revendre pour contribuer à la sensibilisation des personnes aux Bahamas sur les rapports de sexe, le VIH/SIDA, et les droits humains." (Dakar, Sénégal)
- "Les aspects des rapports entre les hommes et les femmes sont à présent plus clairs dans mon esprit. Je suis maintenant armé pour savoir que dire, à qui le dire, comment le dire, et pourquoi." (Dakar, Sénégal)

Objectif III: Identifier des stratégies à même de s'adresser aux défis que pose le VIH/SIDA, sous l'angle des rapports de sexe et des droits de la personne.

- " L'atelier a été un moment de face-à-face avec les réalités du VIH/SIDA. En tant que chercheur, je constate que j'ai un rôle vital à jouer pour aider ces victimes, la société en général, et les femmes en particulier." (Lagos, Nigeria)
- "Il est nécessaire d'intervenir par des campagnes agressives, renforçant les capacités de tous les individus pour éviter et prévenir la maladie." (Lagos, Nigeria)
- "Je veux que la Broadcasting Corporation des Bahamas joue un rôle intégral en aidant à modifier la façon de voir les personnes vivant avec le VIH/SIDA." (Nassau, Bahamas)
- "Je pars d'ici gonflée à bloc, et plus déterminée à continuer à éduquer, diffuser sur l'ensemble du réseau, partager, et développer." (Dakar, Sénégal)
- Nombre de données révélatrices et alarmantes m'ont profondément bouleversé. Je me sens plus sensible et engagée à inclure la question des femmes et du VIH dans tous les programmes de mobilisation de la communauté et camps de sensibilisation sur les rapports de sexe."(New Delhi, Inde)
- Je pars d'ici inspirée pour faire plus d'articles, mieux informé sur les rapports de sexe et le VIH/SIDA." (Dakar, Sénégal)

Voici quelques suggestions qui ont été faites pour améliorer l'atelier:

- "Bon atelier, mais je pense que le niveau était trop bas" (New Delhi, Inde)
- "Dommage qu'il y ait eu moins d'hommes/de représentants de l'Etat qui ont participé à l'atelier." (New Delhi, Inde)
- "Je regrette seulement qu'il y ait eu moins d'hommes parmi les participants." (Harare, Zimbabwe)
- "Il faut plus de temps pour l'atelier. il faut aussi inclure les PVVIH en tant que participants." (Dakar, Sénégal)

- "J'aurais souhaité qu'il y ait davantage de matériel de lecture/référence." (Dakar, Sénégal)
- "Comment allons-nous impliquer plus activement les hommes dans ces problèmes humains? Cet aspect reste très difficile, et n'a pas été abordé en profondeur dans l'atelier." (Dakar, Sénégal)

FORMULAIRE D'EVALUATION

1. Que s'est-il passé dans l'atelier?

2. Les questions clés incluses dans cet atelier étaient les suivantes:

- L'analyse de la prévalence, des causes et des conséquences du VIH/SIDA, fondée sur le sexe.
- L'étude de la construction de la sexualité basée sur les rapports de sexe.
- L'analyse de l'impact du VIH/SIDA sur le ménage.
- L'examen de l'impact sexospécifique de l'épidémie sur les économies nationales.
- Un aperçu de la vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Indiquez celles qui vous ont le plus intéressé, et expliquez en quoi elles sont pertinentes pour votre travail.

Quelles autres questions auriez-vous voulu discuter dans cet atelier?

3. L'atelier a-t-il permis le renforcement de capacités quelconques?

4. Comment pensez-vous que vous allez utiliser les résultats de l'atelier?

5. Dans quels aspects des activités de suivi voudriez-vous participer?

SECTION V

ANNEXES

Prévalence – une analyse par sexe

1. Aujourd'hui, près de _____ sur les 33,4 millions d'adultes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes, et ce pourcentage est en progression.

- 21%
- 46%
- 11%

(Source: UNAIDS Global Data December 1999)

2. Sur les 16 000 nouveaux cas d'infections par jour, le pourcentage de femmes est de:

- 80%
- 50%
- 30%

(Source: UNAIDS Global Data December 1997)

3. Selon une tendance observée dans certains pays, le rapport homme/femme chez les personnes infectées par le VIH a commencé à s'égaliser à l'échelle globale. En Russie, le nombre d'hommes infectés dépasse à présent celui des femmes de _____ au lieu des 6:1 précédents

- 4:1
- 2:1

Au Brésil, le rapport homme/femme s'élevait à 16:1 en 1986. Les chiffres de 1997 indique un rapport de _____.

- 10:1
- 3:1

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1996)

4. En Thaïlande, où une combinaison de méthodes de prévention du VIH a réussi à abaisser les taux d'infection chez les hommes, la fréquence des visites prénatales a continué à augmenter régulièrement, de 0% en 1989 à _____ en 1995.

- 0,2%
- 23%
- 2,3%

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1996)

5. A Francistown, au Botswana, _____ des femmes enceintes ont eu des tests positifs dans un grand centre urbain de surveillance

- 2,3%
- 43%
- 10%

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1997)

6. Des données mexicaines récentes indiquent que 0,8 pour cent de l'ensemble des cas de SIDA signalés concernent des travailleuses du sexe, et _____ des ménagères.

- 9%
- 19%
- 90%

(Source: The Documentation of an Epidemic – Columbia University –Anne Akeroyd)

7. Chez les hommes, la prévalence de l'infection à VIH est le plus élevée dans la tranche des 25 à 35 ans, tandis que chez les femmes, elle est le plus élevée dans la tranche des _____

- 15 – 25 ans
- 35 – 45 ans

(Source: UNDP Issue Paper No. 10)

8. Au Zimbabwe, sur les 537 adolescents séropositifs, les filles sont plus nombreuses que les garçons de _____

- 3:1
- 2:1

(Source: Women AIDS Research Program – Department of Community Medicine – University of Zimbabwe)

Causes – une analyse par sexe

1. Les rapports hétérosexuels sont responsables de plus de _____ des infections globales chez les adultes.

- 17%
- 37%
- 70%

(Source: UNAIDS Fact Sheet, December 1996)

2. L'augmentation des cas de MST indique une augmentation des rapports sexuels non protégés. Selon les estimations de l'OMS, en 1995, il y avait 333 millions de cas de MST, dont 65 millions en Afrique subsaharienne, et 150 millions en Asie du Sud et du Sud-Est. La présence de MST augmente le risque de transmission du VIH _____.

- deux fois
- cinq fois
- dix fois

(Source: Health and Population Occasional Paper – ODA)

3. Alors que la prévalence du VIH chez les patients des hôpitaux atteints de MST était stable entre 1993 et 1994, les taux ont augmenté plus de _____ fois chez les patientes souffrant de MST au cours de la même période.

- deux
- cinq
- dix

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1996)

4. Dans certains villages de l'Ouganda, des discussions de focus group ont révélé que _____ hommes sur 22 présents avaient fait usage de préservatifs.

- 18
- 8
- 2

Parmi toutes les femmes de ces villages, _____ avaient vu un préservatif.

- 50%
- 15%
- 0%

(Source: UNDP's Study Paper No. 2 The Socio-Economic Impact of AIDS on Rural Families in Uganda)

5. Une étude de surveillance des comportements financée par l'USAID au Tamil Nadu, en Inde, indique que 82% des hommes atteints de MST avaient eu des rapports sexuels avec des partenaires multiples dans les 12 derniers mois, et seuls _____ avaient fait usage de préservatifs.

- 52%

- 22%
- 12%

(Source: Health and Population Occasional Paper – ODA)

6. Des recherches ont montré que nombre d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont également des rapports sexuels avec des femmes. Des études effectuées en Inde ont révélé que _____ des clients de sexe masculin des travailleurs du sexe seraient mariés.

- 90%
- 60%
- 20%

(Source: Review of "Best Practice" for Intervention in Sexual Health – Gordon and Sleightholme)

7. Selon les résultats d'une étude sur la communication entre époux dans certains pays en développement, 35 pour cent des femmes philippines n'ont jamais parlé de questions sexuelles avec leurs époux. En Iran, ce chiffre était de _____.

- 23%
- 53%
- 73%

(Source: UNDP Issues Paper No. 3)

8. Il a été signalé qu'en Ouganda, l'activité sexuelle commence entre 10 et 15 ans, et que l'âge moyen du premier rapport sexuel pour les garçons et les filles tourne autour de 15 ans. Un échantillon portant sur des filles uniquement a cependant révélé que le rapport sexuel avait lieu _____ l'âge de 15 ans.

- avant
- après

(Source: UNICEF SYFA ibid).

Des recherches à assise communautaire ont montré des résultats similaires en Asie, au Pacifique et en Amérique Latine ainsi qu'aux Caraïbes.

9. Selon les résultats d'une étude récente de SAKSHI, une ONG basée en Inde, _____des jeunes filles de 13 à 15 ans fréquentant l'école ont été victimes d'abus sexuels.

- 16%
- 60%
- 75%

(Source: She Can Cope – Nath)

10. Une étude sur les adolescentes en Afrique du Sud a montré que _____des jeunes filles avaient eu des rapports sexuels forcés.

- 17%
- 71%
- 50%

(Source: Taking Stock - Whelan and Rao Gupta ICRW.)

11. Il ressort des données recueillies par la chercheuse Anne Chao sur le Rwanda que plus la première grossesse ou le premier rapport sexuel est précoce, plus l'incidence de l'infection à VIH est _____.

- faible
- élevée

(Source: UNDP Issues Paper No. 8)

Conséquences – une analyse par sexe

1. Dans une étude chez les femmes vivant avec le VIH/SIDA, _____ avaient subi des violences.

- 6%
- 66%
- 96%

(Source: Partner Violence in joint HIV Substance Abuse – Krauss, Goldamt and Bula)

2. Selon les projections pour la Zambie et le Zimbabwe, à cause du SIDA, les taux de mortalité infanto-juvénile pourraient augmenter _____ d'ici 2010.

- cinq fois
- trois fois

(Source: UNAIDS Fact Sheet December 1996)

3. _____ des orphelins en Ouganda sont âgés de 10 à 19 ans. Cela a accru leur vulnérabilité aux abus sexuels

- 29%
- 40%
- 69%

(Source: UNDP Study Paper No. 2 The Socio-Economic Impact of AIDS on Rural Families in Uganda)

4. Dans l'état de Sao Paulo, le SIDA est devenu en 1992 la première cause de mortalité chez les femmes de 20 à 34 ans. Dans les zones rurales ougandaises, le SIDA a provoqué _____ décès sur 10 de femmes âgées de 20 à 44 ans.

- 3
- 5
- 7

(Source: UNDP Study Paper No. 2 The Socio-Economic Impact of AIDS on Rural Families in Uganda)

5. Lorsqu'une femme vivant dans une communauté rurale où les femmes s'occupent de l'agriculture de subsistance attrape le virus et tombe malade, les cultures destinées à la consommation du ménage vont _____.

- baisser
- augmenter

(Source: Social Impact of HIV/AIDS in Developing Countries – Danziger)

6. Pour combler le déficit de production alimentaire en cas par exemple d'impossibilité de recruter de la main-d'œuvre étrangère, à cause de l'appauvrissement des ressources économiques du ménage, d'après les preuves existantes dans le domaine de l'éducation _____ sont retiré(e)s de l'école.

- les jeunes filles
- les garçons

(Source: Orphans of the HIV/AIDS Pandemic – Levine, Michaels and Back)

7. Etant donné que les normes traditionnelles des rapports de sexe soutiennent le rôle principal de la femme pour le bien-être de l'enfant, la charge de s'occuper des 10 millions d'orphelins actuels du SIDA est susceptible de revenir aux _____

- hommes
- femmes

(Source: Orphans of the HIV/AIDS Pandemic – Levine, Michaels and Back)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
UNAIDS/UNIFEM,
New York, 1999

Etes-vous d'accord ou pas d'accord avec ce qui suit?

1. Dans un grand nombre de cultures, l'ignorance par la femme de la sexualité est un signe de pureté.¹⁰⁰
2. Les hommes n'aiment pas admettre leur ignorance, et donc ne cherchent pas à obtenir des informations pertinentes sur la prévention du VIH/SIDA.
3. La naissance d'un enfant confère à la femme sa propre valeur et son identité sociale; on comprend dès lors que les femmes aient des difficultés à admettre l'idée de rapport sexuel sans pénétration et l'utilisation de méthodes de protection telles que les préservatifs.
4. Le multi-partenariat est acceptable pour les hommes dans nombre de sociétés.
5. Les rapports homosexuels sont malheureusement stigmatisés par la société et souvent illégaux, et favorise donc l'incapacité de ces hommes à obtenir des informations et services visant à réduire leur propre vulnérabilité..¹⁰¹
6. La modestie et la virginité en tant que valeur sont un aspect central de l'image de la féminité.
7. Il n'y a pas de langage positif pour la sexualité. Par exemple, des femmes mexicaines à qui on a demandé de nommer les parties de leur corps ne pouvaient trouver d'autre mot pour dire vagin que "la partie".
8. Les stratégies de modification des comportements doivent s'attaquer aux normes socioculturelles si elles veulent être efficaces dans la prévention de la propagation de l'épidémie.¹⁰²

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère ONUSIDA/UNIFEM en Genre &
New York 1999

VIH

¹⁰⁰ A l'inverse, la connaissance de la sexualité et de la physiologie reproductive est signe de mœurs légères.

¹⁰¹ Il en va de même du travail dans l'industrie du sexe.

¹⁰² Par exemple, avoir des rapports sexuels avec une vierge peut soigner les MST, ou pour la conduite efficace et sans danger d'un camion, il faut évacuer la chaleur du corps en ayant des rapports sexuels tous les 400 kilomètres.

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL I

Transmission de la mère à l'enfant

1. Près de _____ du million d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH dans le monde ont attrapé la maladie par transmission maternelle au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et au cours de l'allaitement.

50%

10%

90%

(Source: Prevention Strategies and Dilemmas – Marcel Bianco)

2. En 1994, le Protocole 076 a prouvé qu'on pouvait effectivement prévenir la transmission de la mère à l'enfant en administrant de l'AZT aux femmes séropositives au VIH à partir de la 14^{ème} semaine de grossesse, puis par intraveineuse pendant l'accouchement, et enfin au nourrisson pendant les six premières semaines de vie. Le taux de réussite de la prévention de la transmission était de _____ .

16%

66%

6%

(Source: Women's Vulnerability and AIDS – Adriana Gomez and Deborah Meacham)

3. Bien que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ait déclaré qu'il y a _____ justification valable de la santé publique pour le test obligatoire, un grand nombre de pays continuent d'imposer cette pratique à des groupes particuliers d'individus, composés de prisonniers, travailleurs du sexe, résidents étrangers, travailleurs migrants et femmes enceintes.

Peu de

Une forte

Aucune

Déjà en 1987, l'OMS déclarait que le test VIH aux fins d'identifier des individus particuliers devait comporter un consentement libre et informé, être confidentiel et suivi de conseil.

(Source: AIDS in the World – Mann, Tarantola, Netter; v.1, pag.561)

4. En 1991 déjà, _____ pays autorisaient des restrictions excessives sur les personnes infectées au VIH, telles que l'hospitalisation forcée, l'isolement et la quarantaine.

Aucun

Deux

Dix-sept

(Source: AIDS in the World – Mann, Tarantola, Netter; v.1, pg. 561)

5. En 1988, dans l'ancienne Union Soviétique, quatre millions de femmes enceintes étaient ciblées par un programme de dépistage obligatoire. Parmi les femmes testées, _____ femmes séropositives au VIH ont été identifiées.

60 000

6 000
6

(Source: AIDS in the World – Mann, Tarantola, Netter; v.1, pg. 561)

6. L'ONUSIDA affirme que l'efficacité coût-prix d'un court traitement de régime antirétroviral (SCARVE) pour les femmes enceintes varie en fonction des taux de prévalence du VIH.

a) En Tanzanie, le SCARVE pourrait coûter moins de _____ par infection au VIH évitée (la moitié du coût de l'apport de supplément pour éviter la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire.)

\$600
\$6000

b) En Thaïlande, où il y a une forte prévalence, le coût par infection évitée serait de _____ (un peu plus du double du coût annuel des soins à un enfant atteint du SIDA.)

\$280
\$2800

(Source: HIV and Infant feeding: Guidelines for Decision-making, UNICEF, UNAIDS, WHO)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL II

L'allaitement maternel

1. En 1992, l'analyse de six études dont une africaine a indiqué que la contribution de l'allaitement maternel à la transmission périnatale est de _____.

40%

14%

4%

(Source: Review of Current Research on Breast Milk & MTCT of HIV – UK NGO-AIDS Consortium 1998.)

2. En février 1998, une étude thaï indiquait que le risque de transmission périnatale était réduit de _____ lorsqu'on administrait un court traitement à l'AZT aux femmes enceintes pendant leur 34^{ème} semaine de grossesse, et si l'allaitement maternel leur était interdit à la naissance du bébé.

5%

50%

15%

(Source: Synopsis of Bangkok Short Course Perinatal ZDV Trial – Mastro T – PROCARE Email list 27 February 1998)

3. Le Directeur de l'Obstetrics and Gynaecology de Makerere University School en Ouganda affirmait récemment que près de 30 pour cent des bébés nés de mères infectées sont infectés par l'allaitement. Dans les zones rurales, _____ de *l'ensemble* des bébés mourront à cause de l'eau insalubre utilisée dans le lait maternisé.

50%

85%

20%

(Source: Prevention of Perinatal HIV Transmission, Maria de Bruyn)

4. L'UNICEF a noté qu'environ _____ heures par mois pouvaient être consacrées à la toilette et à la préparation des repas pendant les trois premiers mois où on élève un enfant.

15

50

100

(Source: WHO/UNAIDS/UNICEF Technical Consultation on HIV & Breastfeeding: Report of Meeting – Geneva, April 1998)

5. En Zambie, le revenu moyen des familles est inférieur à \$100 par mois. Le coût de l'approvisionnement d'un nourrisson avec la formule la moins chère de lait en poudre s'élève à _____ par mois.

\$16

\$36

\$66

(Source: HIV and Breastfeeding, an Old Controversy, Z. Gelow)

6. Le coût du lait maternisé pour un enfant en Ouganda est d'environ _____ fois le revenu annuel moyen des familles rurales.

1/2

1/3

1^{1/2}

(Source: Breastfeeding and HIV - Weighing Health Risks- M Specter – New York Times, 19 August 1998)

7. Les fabricants d'aliments pour bébés ont suggéré en juillet 1997 d'approvisionner gratuitement les mères en Thaïlande, dans le cadre d'un projet pour enfants nés de PVVIH. Vingt cinq pour cent des mères ont reçu des échantillons gratuits, alors que seules _____ étaient séropositives.

10%

2%

50%

(Source: Rundall P. – Implications for Commercial Exploitation U.K. NGOs AIDS Consortium 1998)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL III

L'avortement

1. a) Sur les 50 millions d'avortements provoqués par an dans le monde, _____ sont illégaux.

1/2

1/3

2/5

- b) Près de _____ de l'ensemble des avortements se font en dehors du système médical.

50%

75%

25%

(Source: Unwanted Pregnancy, HIV/AIDS and Unsafe Abortion, by Radhakrishna, Gringle and Greenslade – Women's Health Journal, February 1997)

2. A Maurice, l'avortement est illégal, quel que soit le cas, même s'il s'agit de viol ou d'inceste. En 1992, _____ de décès maternels étaient liés à des complications à la suite d'avortements clandestins.

14%

24%

44%

(Source: Women in Law & Development (WILDAF) Info Practice for the 43rd Session of the Commission on the Status of Women, March 1999)

3. Dans les pays en voie de développement, seules _____ de femmes vivent dans des états où l'avortement est légal lorsqu'il s'agit de sauver la vie d'une femme.

60%

10%

30%

(Source: Unwanted Pregnancy, HIV/AIDS and Unsafe Abortion - Radhakrishna, Gringle and Greenslade)

4. Chez la femme dont la séropositivité au VIH est avancée, la grossesse comporte le risque d'accélérer sa propre progression vers le SIDA. Dans une étude réalisée auprès de femmes tribales de l'Inde vivant avec le VIH/SIDA,

- a) _____ des femmes ayant subi durant le premier trimestre un avortement légal et peu risqué, sans aucune complication, sont mortes.

16%

60%

96%

- b) _____ sont mortes avec une grossesse de 30 à 34 semaines de gestation.

14%
41%
4%

c) Vingt-sept pour cent des femmes vivant avec le VIH/SIDA mais qui n'étaient pas enceintes sont mortes dans l'intervalle de l'étude, par comparaison avec les _____ de femmes enceintes vivant avec le VIH/SIDA.

17%
56%
83%

d) L'étude a signalé un résultat négatif pour les grossesses, qui a eu pour effet des naissances vivantes avec des maladies définissant le SIDA diagnostiquées chez _____ des nourrissons décédés dans les six semaines qui ont suivi .

28%
82%
58%

(Source: AIDS in Pregnancy among Indian Tribal Women-Kumar, RD Rizvi and A. Khurana)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL IV

Information du partenaire

1. a) En Côte d'Ivoire, dans le cadre d'un projet pilote de l'ONUSIDA, _____ des femmes ont refusé le test du VIH.

50%
20%
5%

- b) _____ des femmes testées ne sont pas venues prendre les résultats.

50%
5%
20%

- c) _____ des femmes positives au test n'ont pas informé leurs partenaires du résultat.

25%
50%
5%

(Source – Relevance of Current Trials to Breastfeeding Policy and Practice – Vande Pierre)

2. _____ des centres de MST à Delhi ont une fiche de contact ou une feuille de renseignement pour aviser le partenaire.

0%
50%
80%

(Source- NACO-Study to Map Patterns of Risk Behaviour in the State of Delhi)

3. Une étude sud-africaine de 1993–94 réalisée sur plus de 700 patients infectés au VIH qui avaient suivi des séances de conseil dans un groupe de service pour le SIDA, a constaté que plus de _____ n'avaient pas parlé à leur conjoint ou partenaire régulier de leur séropositivité au VIH.

6%
60%
20%

(Source: New York Times-December 4, 1998)

QUESTIONNAIRE SUR L'IMPERATIF FONDAMENTAL V

La discrimination

1. On considère que les femmes de la Région Asie-Pacifique ont _____ fois plus de risques que les hommes d'attraper le VIH/SIDA, à cause de leur plus grande vulnérabilité sociale et biologique.

Deux
Cinq
Dix

(Source: Banque mondiale 1993)

2. Après un diagnostic positif, les femmes attrapent généralement les maladies liées au SIDA _____ que les hommes.

Plus tôt
Plus tard

(Source: Women's Vulnerability and AIDS –Gomez and Meacham)

3. En 1995 au Chili, le ratio hommes/femmes des cas de SIDA a chuté de 31:1 à _____.

25:5
15:5
10:5

(Source: CONSIDA 1997)

4. Dans une étude KAP (Connaissances, aptitudes, perception) effectuée en Colombie, _____ des personnes consultées déclaraient ne pas savoir exactement comment se protéger contre les MST et le SIDA.

91%
61%
21%

(Source: Sexual Conduct in the Adult Population, Profa Milia – Bogota Seguro Social Vol. 3, 1994)

5. Dans la même étude, le pourcentage de femmes déclarant utiliser le préservatif avec leurs partenaires est de _____.

14%
4,1%
41%

(Source: PROFAMILIA (1994))

6. Comme l'indiquent clairement les études de la discordance chez les couples hétérosexuels au Zimbabwe et en Zambie, jusqu'à _____ des couples observés étaient discordants (le plus fréquent étant l'homme positif et la femme négative).

1/3
1/5

1/4

(Source: Key Problems Facing Women in the Concept of HIV/AIDS in South Africa – Helen Jackson)

7. Une étude IPS au forum sur la Santé reproductive des adolescents, 1997, a constaté que _____ de professionnels ont déclaré que la majorité des prestataires de soins refuseraient d'apporter les soins liés à l'avortement si l'adolescente avait le VIH/SIDA.

17%

47%

7%

(Source: Unwanted Pregnancy: HIV/AIDS and Unsafe Abortion – Radhakrishna, Gringle and Greenslade)

8. Une étude récente effectuée par le YRG Centre sur les PVVIH a constaté que parmi les répondants, qui avaient été victimes de violences, _____ avaient vécu cette violence dans la famille, et 21,4% dans la communauté.

12,3%

80,1%

50,5%

(Source: Challenges Facing People Living with HIV/AIDS – Solomon and Sathiamoorthy)

9. Dans la même étude, lorsqu'ils ont révélé leur séropositivité aux prestataires de soins, _____ des répondants ont soutenu avoir fait l'objet de discrimination de la part de ces prestataires.

37%

80%

5%

Source: Challenges Facing People Living with HIV/AIDS – Solomon and Sathiamoorthy)

10. L'étude sur les comportements à haut risque effectuée par NACO dans l'Etat de Kerala, en Inde, indique que les consommateurs de drogues injectables, lorsqu'ils sont repérés par la police de Trivandrum, sont _____.

Conduits vers des centres pour drogués

Conseillés par la police et rendus à leurs familles

Battus

11. Selon les conclusions récentes d'une études menée par l'Université de Californie, _____ des professionnels de la santé à travers le monde ont refusé des soins au moins à une personne infectée par le VIH.

39%

12%

7%

(Source: Challenges Facing PLWHAS– Solomon and Sathiamoorthy)

12. Les mutilations génitales féminines sont une pratique sanctionnée par la société dans de nombreuses régions de l'Afrique. Dans certains pays, _____ femmes sur 10 ont eu au moins une partie de leurs organes sexuels externes enlevée.

4
7
9

(Source: WILDAF: Information Packet prepared for the 43rd Session of the Commission on the Status of Women, March 1999)

13. Une étude zimbabwéenne de 1997 a constaté que _____ personne(s) sur 10 s'occupant d'un(e) malade du SIDA étai(en)t prête(s) à admettre qu'elle(s) s'occupai(en)t de quelqu'un qui a cette maladie.

1
5
8

(Source: New York Times – December 4, 1998)

ACCES

1. Malgré le niveau de participation élevé du gouvernement dans les soins de santé, la plupart des Etats africains continuent de pâtir des conditions liées à l'insuffisance de l'infrastructure. En Ethiopie, il n'y a que _____ centres de soins, (hôpitaux y compris) pour servir 55 millions d'individus.

2 200
22 000
220 000

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

2. Les femmes sont les plus durement touchées par les coupes dans les services de santé et les frais imposés. En Afrique de l'Ouest, où les PAS ont provoqué une montée en flèche des taux d'inflation à 300 pour cent dans les années 1990, et celle du sous-emploi à 80 pour cent, le revenu per capita s'est effondré d'une moyenne de \$1000 en 1970 à _____ en 1995.

\$500
\$700
\$300

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

3. Dans des pays comme le Zimbabwe, où 86 pour cent des femmes vivent dans les zones rurales, les femmes doivent fréquemment marcher pendant _____ ou plus pour rejoindre un service de consultation.

30 minutes
Une heure
Trois heures

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

4. En Afrique du Sud, il y a environ _____ personnes pour un docteur dans les anciens homelands.

3 000
13 000
30 000

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

5. Les programmes de récupération des coûts dans lesquels il est demandé aux gens de participer au coût des préservatifs qu'ils achètent et utilisent ont en fait dissuadé de l'utilisation des préservatifs. Au Zimbabwe, où la récupération des coûts des préservatifs a été introduite en 1993, le nombre de préservatifs distribués dans les centres médicaux du site de surveillance a diminué de _____.

25%
50%
75%

(Source: A Snapshot of the Current Status of Women's Health in Africa – WILDAF, March 1999)

Préparé par:
Madhu Bala Nath
Conseillère en genre & VIH
ONUSIDA/UNIFEM