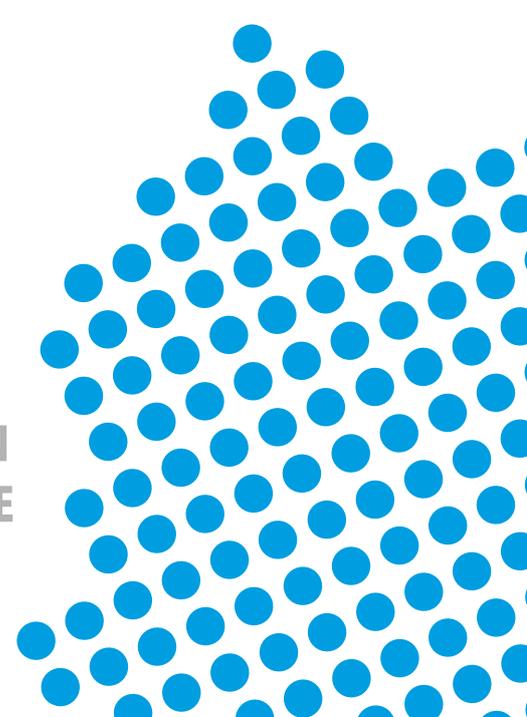


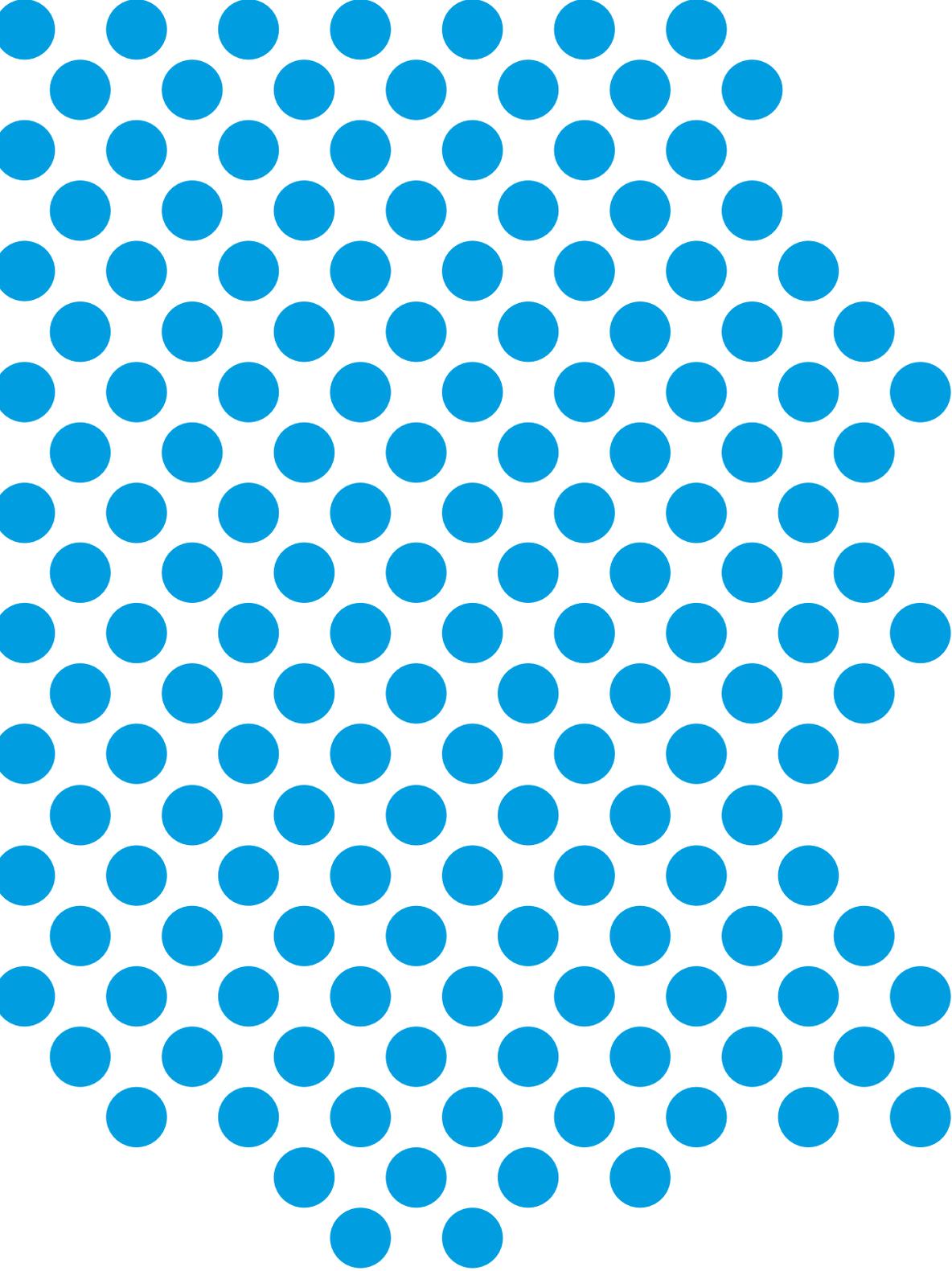


LES FEMMES S'EXPRIMENT

LE RÔLE DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH
DANS LA LUTTE MONDIALE CONTRE LE SIDA

RÉALISER LES DIX OBJECTIFS DE LA DÉCLARATION
POLITIQUE SUR LE VIH ET LE SIDA DE L'ASSEMBLÉE
GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES DE 2011







LES FEMMES S'EXPRIMENT

LE RÔLE DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH
DANS LA LUTTE MONDIALE CONTRE LE SIDA

RÉALISER LES DIX OBJECTIFS DE LA DÉCLARATION
POLITIQUE SUR LE VIH ET LE SIDA DE L'ASSEMBLÉE
GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES DE 2011

ONUSIDA / JC2416F (version française, décembre 2012)

Version originale anglaise, UNAIDS / J2416E, décembre 2012 :

Women out loud: How women living with HIV will help the world end AIDS.

Traduction - ONUSIDA

Copyright © 2012.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Tous droits de reproduction réservés.

Toute reproduction de graphiques, tableaux, cartes et extraits est libre de droits en cas d'utilisation éducative, non commerciale et sans but lucratif, sous réserve de la mention suivante : ONUSIDA + année. Pour les photos, la source doit être mentionnée comme suit : ONUSIDA/nom du photographe + année. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction - à des fins de vente ou de diffusion non commerciale - doivent être adressées à l'Unité de production de l'information, par courriel, à: publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ISBN 978-92-9253-002-0 (NLM classification: WC 503.6)

publications@unaids.org www.unaids.org ONUSIDA 20 avenue Appia, CH-1211 Genève 27 Suisse
T (+41) 22 791 36 66 F (+41) 22 791 48 35

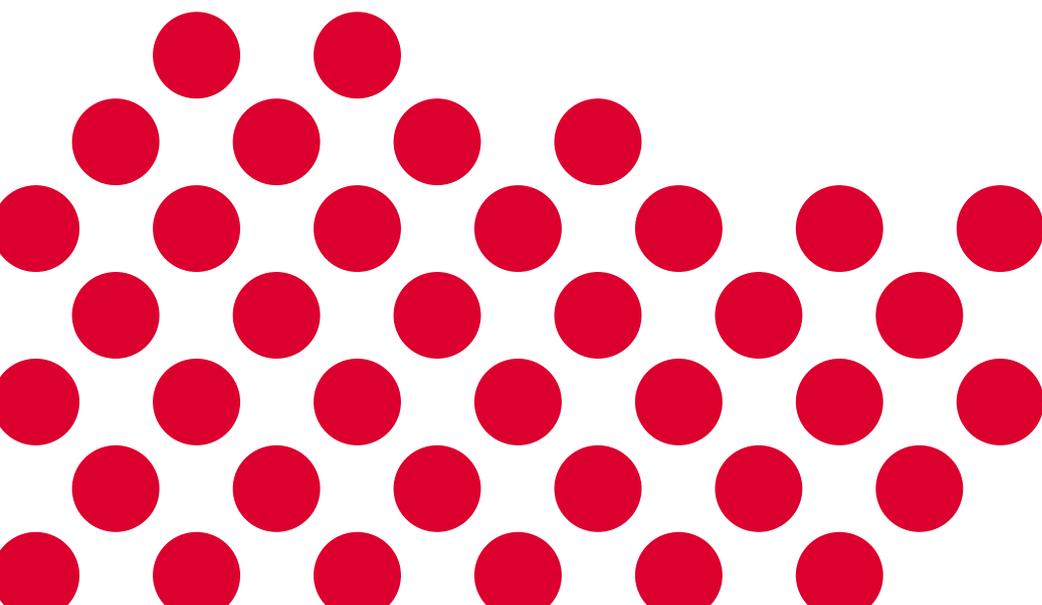


TABLE DES MATIÈRES

RÉDUIRE LA TRANSMISSION SEXUELLE	8
PRÉVENIR LE VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES	18
ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH CHEZ LES ENFANTS ET MAINTENIR LEURS MÈRES EN VIE	26
PERMETTRE À 15 MILLIONS DE PERSONNES D'ACCÉDER À UN TRAITEMENT	34
ÉVITER LES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE	42
PARER À L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES	50
ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES	60
ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION	68
ÉLIMINER LES RESTRICTIONS LIÉES AU VIH EN MATIÈRE D'ENTRÉE, DE SÉJOUR ET DE RÉSIDENCE	78
RENFORCER L'INTÉGRATION DE LA RIPOSTE AU VIH	86



AVANT-PROPOS

Les femmes représentent la moitié de la population mondiale mais beaucoup d'entre elles ne sont pas sur un pied d'égalité avec les hommes pour ce qui est de l'accès aux ressources. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne le VIH. La moitié des personnes vivant avec le VIH sont des femmes, mais celles-ci ne bénéficient pas des soins appropriés ou ne connaissent pas leur état sérologique. Malgré les nombreuses avancées dans le domaine, les femmes sont encore confrontées à des inégalités qui empêcheront d'exploiter le plein potentiel de la riposte au sida.

« *Les femmes s'expriment* » amplifie la voix des femmes vivant avec le VIH pour que leurs connaissances soient diffusées et fassent l'objet d'actions. Ceci est indispensable en vue de réaliser les 10 objectifs de la Déclaration politique sur le VIH et le sida des Nations Unies de 2011.

Le présent rapport a rassemblé des femmes vivant avec le VIH issues de divers horizons. Ces femmes sont grands-mères, épouses, mères, transsexuelles, migrantes ou étudiantes. Elles sont consommatrices de drogues, sont impliquées dans le commerce du sexe, ont été emprisonnées ou sont nées avec le VIH. Elles travaillent dans des réseaux locaux, des organisations non gouvernementales internationales, des universités ou auprès des Nations Unies. Elles se sont imposées en tant que leaders à part entière et sont la preuve vivante que les femmes vivant avec le VIH peuvent construire un avenir meilleur pour elles-mêmes, leurs proches et leurs communautés.

Ce rapport vient appuyer les efforts mis en œuvre par l'ONUSIDA pour renforcer la riposte au sida axée sur les femmes. Nous célébrons l'adhésion d'ONU Femmes à l'ONUSIDA en tant que 11e organisme coparrainant et espérons que la nouvelle plate-forme de dialogue pour les femmes vivant avec le VIH de l'ONUSIDA se fera leur interprète et renforcera l'influence de celles vivant avec le VIH dans le travail quotidien des Nations Unies.

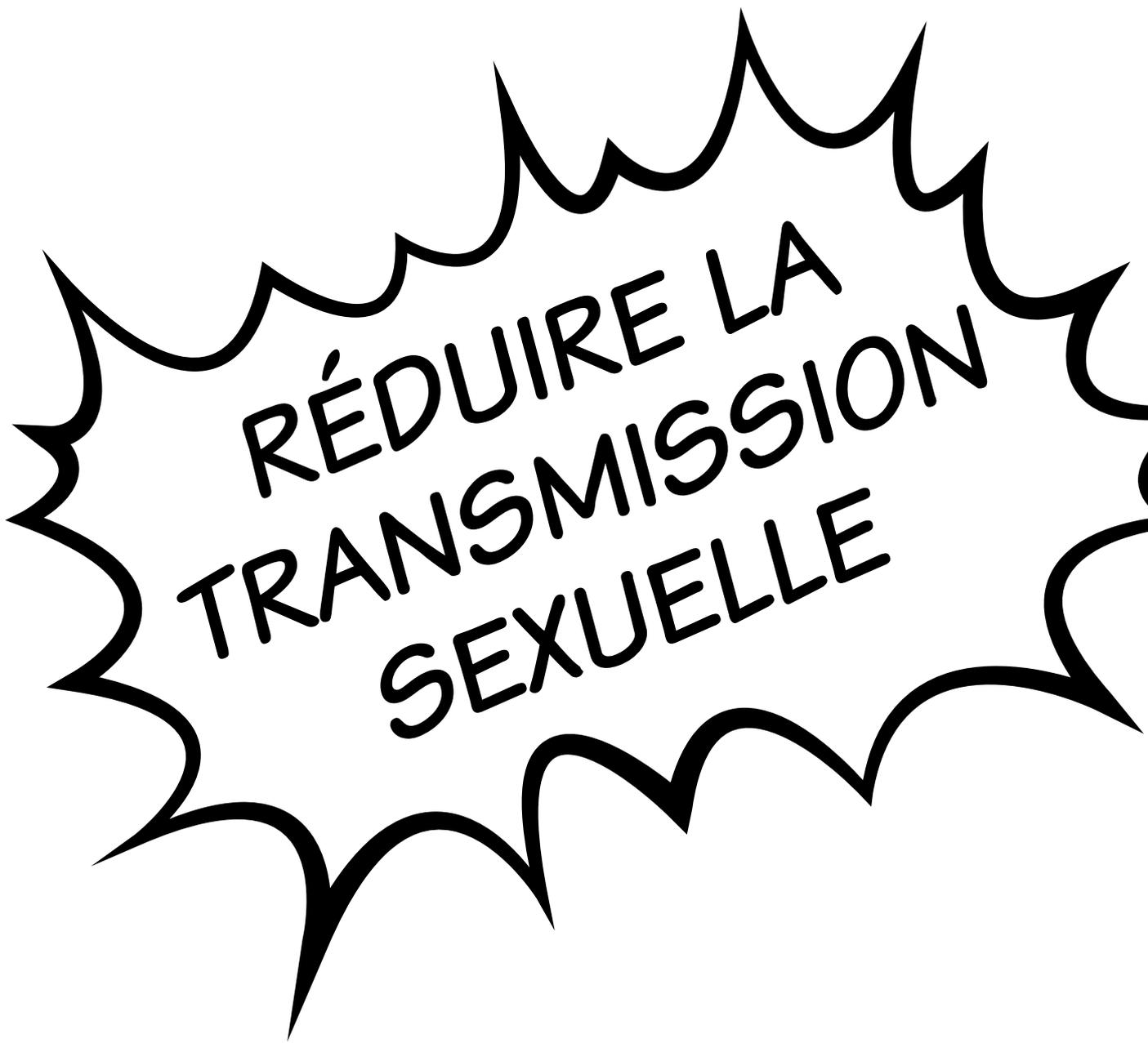
Il est de notre responsabilité commune de promouvoir les changements qui s'imposent en termes de lois, de politiques, de programmes et de pratiques, et de mettre fin aux violations des droits de l'Homme et aux inégalités entre les sexes qui favorisent la propagation du VIH. Or, cela n'est possible qu'avec la pleine participation des hommes et leur volonté de faire véritablement évoluer les choses.

Comme en témoigne ce rapport, le leadership des femmes, les capacités de résistance et les bonnes pratiques visant à transformer nos sociétés sont désormais généralisés. Il convient dès lors d'encourager davantage la pleine participation des femmes à la riposte au VIH et de recueillir des données plus fiables afin de suivre les progrès réalisés en rapport avec les femmes. Cela implique une action concertée en vue de promouvoir et de protéger les droits des femmes et des personnes vivant avec le VIH. Lorsque toutes les femmes s'expriment, nous devons les écouter avec attention, nous montrer solidaires et nous engager à passer de la parole aux actes.

Michelle Bachelet, Directrice exécutive, ONU Femmes

Jennifer Gatsi-Mallet, Directrice exécutive, Réseau namibien pour la santé des femmes

Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA



RÉDUIRE LA
TRANSMISSION
SEXUELLE

1 MINUTE

Chaque minute, une nouvelle jeune femme est infectée par le VIH.

49 %

Les femmes représentent 49 % des adultes vivant avec le VIH.

× 13,5

Les professionnelles du sexe courent 13,5 fois plus de risque de vivre avec le VIH que les autres femmes.



OBJECTIF 1

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE D'ICI À 2015.

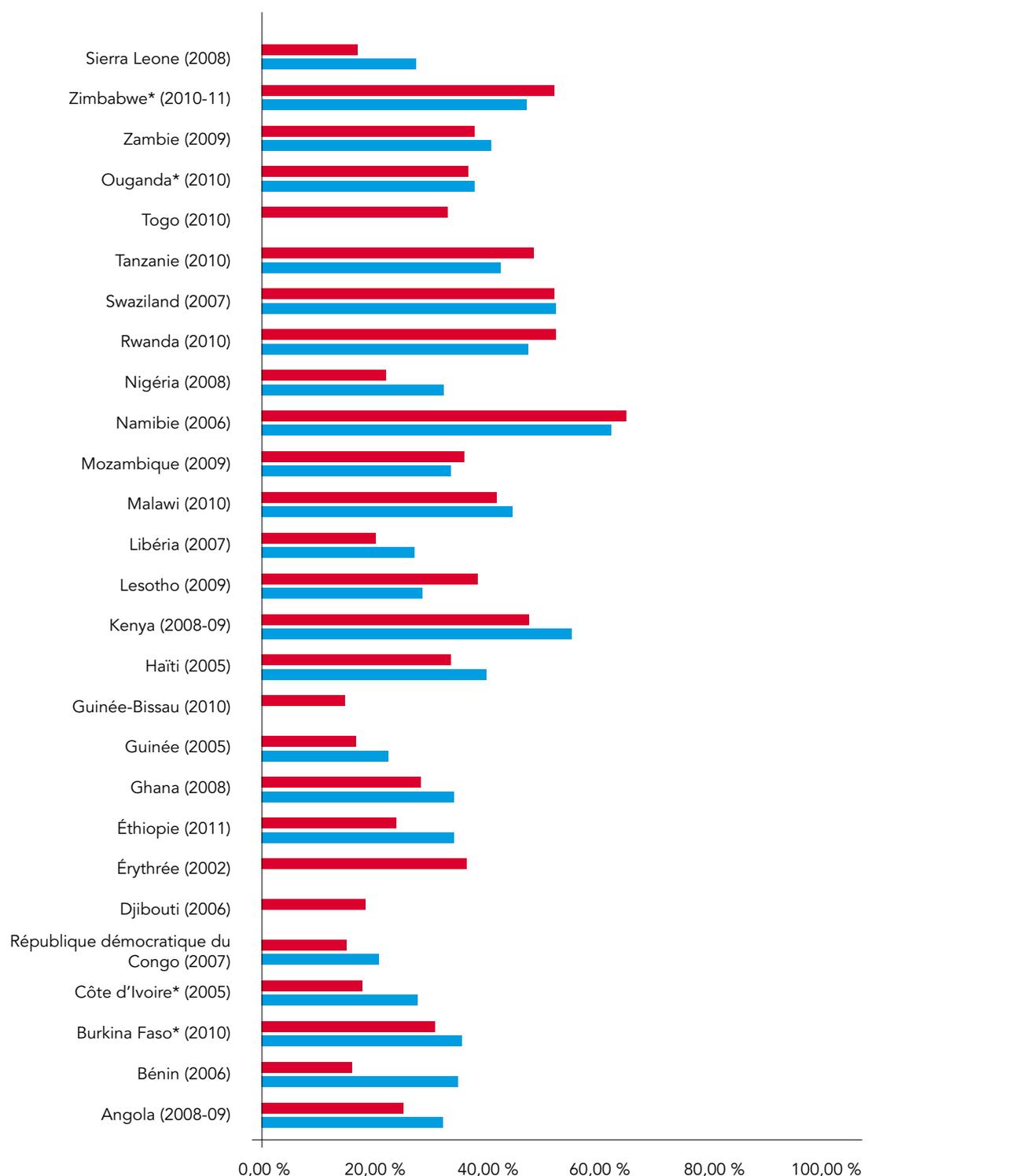
LES FEMMES REPRÉSENTENT 49 % DES ADULTES VIVANT AVEC LE VIH. DANS LA PLUPART DES RÉGIONS TOUCHÉES, COMME EN AFRIQUE ET AUX CARAÏBES, PRÈS DE 60 % DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SONT DES FEMMES.

Introduction

Au niveau mondial, les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont les plus vulnérables au VIH, le taux d'infection étant deux fois supérieur à celui des jeunes hommes, soit de 0,6 %. Cet écart est particulièrement marqué en Afrique subsaharienne, où 3,1 % des jeunes femmes vivent avec le VIH, contre 1,3 % des jeunes hommes. Chaque minute, une nouvelle jeune femme est infectée par le VIH. Les jeunes femmes représentent 22 % des nouvelles infections à VIH dans le monde (1), la voie sexuelle étant le principal mode de transmission de l'infection (2). Il reste encore beaucoup à faire pour s'assurer que les jeunes soient capables d'identifier correctement les modes de prévention de la transmission sexuelle du VIH (figure 1.1).

Même lorsque les jeunes ont une connaissance générale du VIH, les normes sexospécifiques néfastes font office d'obstacles qui empêchent les femmes de négocier l'usage du préservatif et de se protéger contre le VIH (3, 4, 5, 6). Des enquêtes démontrent que dans 12 des 19 pays pour lesquels des données sont disponibles, moins de 75 % des femmes pensent qu'une femme est dans ses droits de refuser d'avoir un rapport sexuel avec son mari si elle sait que celui-ci a des rapports sexuels avec d'autres femmes (figure 1.2). D'après une étude multi-pays de l'OMS en 2005 (7), il existe un lien étroit avec la violence. La proportion des femmes contraintes par la force d'avoir des relations sexuelles varie de 4 % à 46 % ; par ailleurs, 6 % à 59 % des femmes ont déclaré avoir été victimes d'actes de violence sexuelle commis par un partenaire. Ce taux élevé de rapports sexuels sous la contrainte est d'autant plus alarmant compte tenu de l'épidémie de sida et des difficultés auxquelles de nombreuses femmes sont confrontées pour se protéger contre l'infection à VIH.

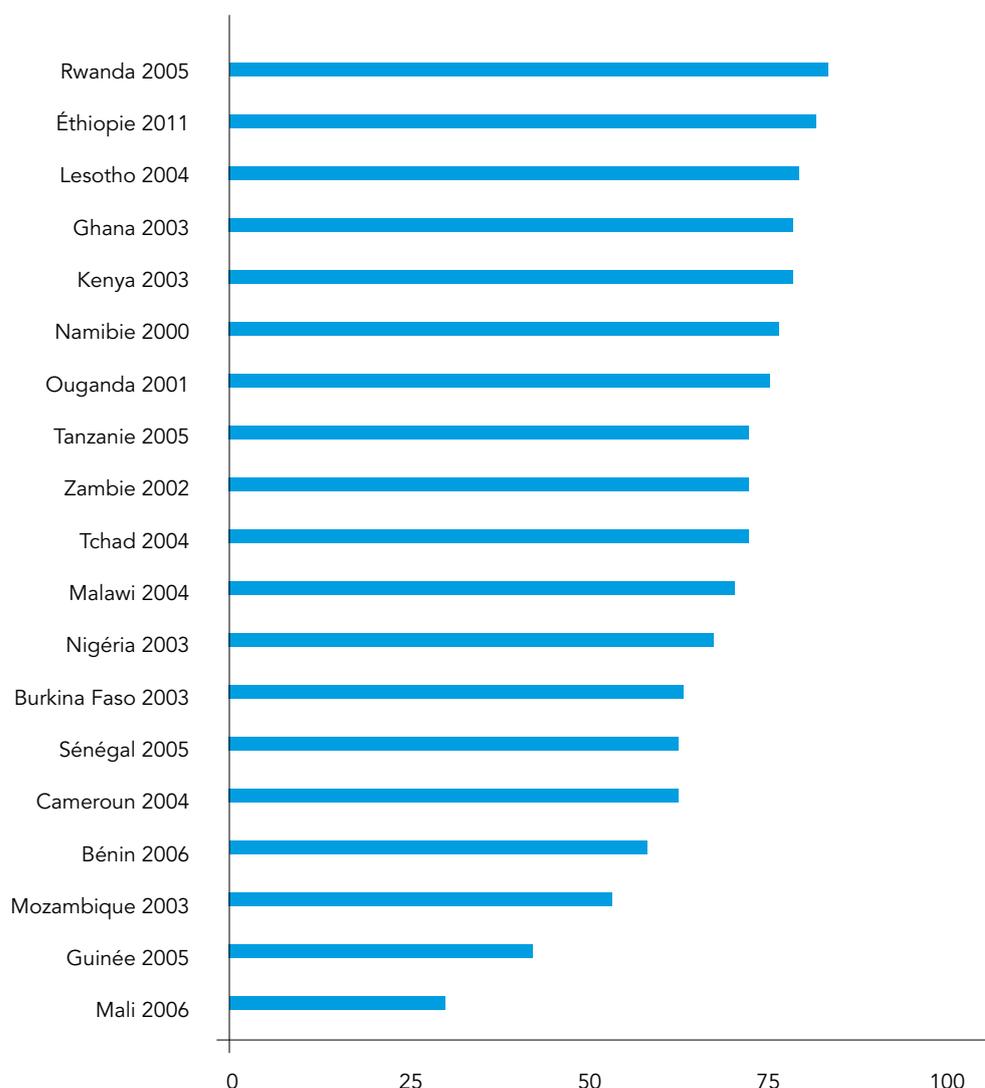
FIGURE 1.1. POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES ET DE JEUNES HOMMES DE 15 À 24 ANS QUI IDENTIFIENT CORRECTEMENT LES MODES DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH ET QUI REJETTENT LES PRINCIPALES IDÉES FAUSSES AU SUJET DE LA TRANSMISSION DU VIH ET DES ÉPIDÉMIES GÉNÉRALISÉES



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires et autres données issues d'enquêtes comportementales basées sur la population.

■ Pourcentage (femmes de 15 à 24 ans)
■ Pourcentage (hommes de 15 à 24 ans)

FIGURE 1.2. POURCENTAGE DE FEMMES ÉTANT D'ACCORD AVEC L'ÉNONCÉ SELON LEQUEL UNE FEMME EST DANS SES DROITS DE REFUSER D'AVOIR UN RAPPORT SEXUEL AVEC SON MARI SI ELLE SAIT QUE CELUI-CI A DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES PARTENAIRE



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 2000-2011

Fait intéressant, les attitudes des femmes vis-à-vis du refus d'avoir des rapports sexuels changent très peu entre les différents groupes d'âge, ce qui révèle des idées socialement et culturellement ancrées en ce qui concerne les attitudes et le comportement des hommes et des femmes.

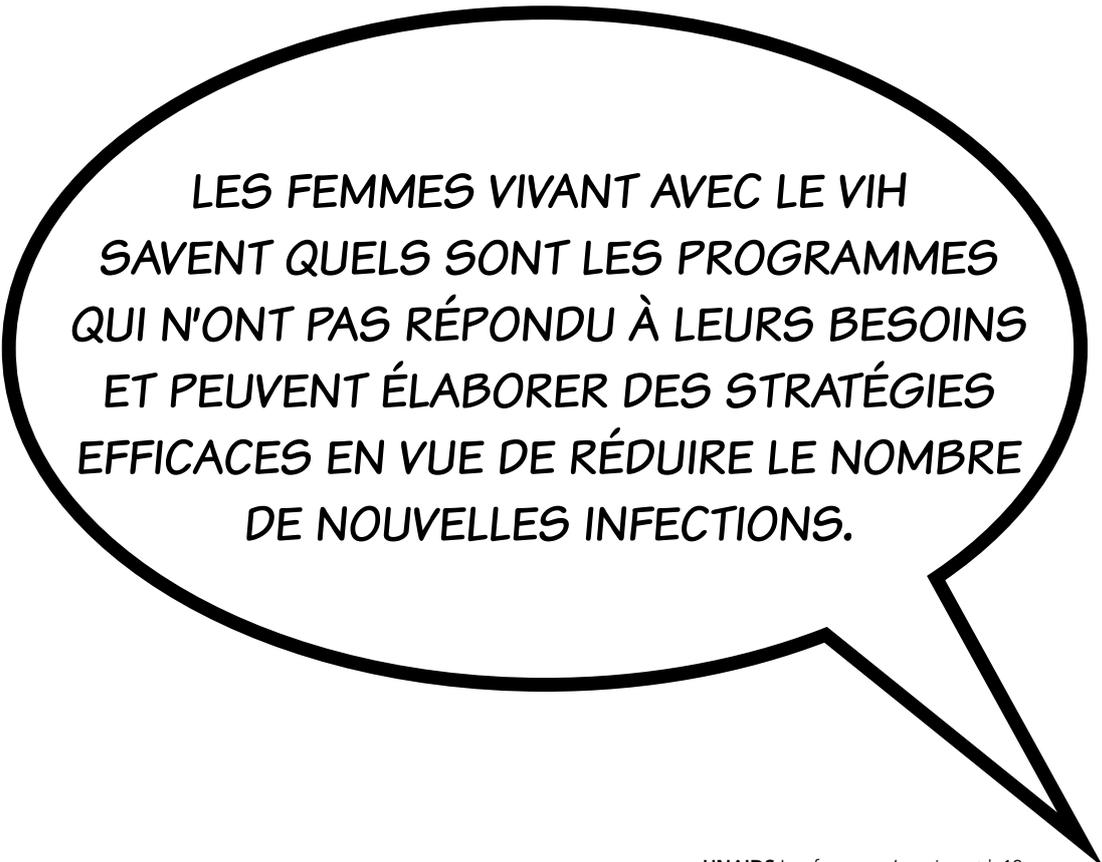
Par ailleurs, le manque d'autonomie économique rend les femmes plus vulnérables à la transmission sexuelle du VIH. Des études menées dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont démontré que les femmes financièrement autonomes négocient plus facilement l'usage du préservatif avec leur mari. Le fait d'avoir eu une expérience avec un partenaire susceptible d'être contaminé, le désir de conserver un bon statut social, la peur d'être contaminée par le VIH et les conseils et le soutien des parents incitent les femmes à réduire le risque perçu d'infection à VIH, malgré des

normes sexospécifiques contraignantes et des déséquilibres de pouvoir au sein du couple. À la lumière des conclusions établies, il semble que l'amélioration du statut économique et social des femmes peut limiter leur risque d'être infectées par le VIH en diminuant leur dépendance envers leurs partenaires masculins et en renforçant leur pouvoir de décision (8). Des études menées au Malawi sur le recours aux transferts de fonds chez les femmes en âge d'être scolarisées ont démontré que de tels transferts incitaient les femmes à réduire leurs comportements sexuels à risque à court terme et contribuaient aussi à diminuer le nombre de grossesses chez les adolescentes et l'activité sexuelle déclarée par les intéressées (9, 10).

Les professionnelles du sexe peuvent également être particulièrement vulnérables au VIH (tableau 1.1). En effet, selon les données fournies par les pays, le taux de prévalence parmi cette population clé est supérieur à 20 % dans les capitales de certains pays. De plus, un examen récent des données fournies par 50 pays a révélé que les professionnelles du sexe courent 13,5 fois plus de risque de vivre avec le VIH que les autres femmes (11). Au niveau mondial, les éléments de preuve disponibles indiquent que les taux de prévalence du VIH peuvent atteindre 68 % au sein des communautés transsexuelles (12). Selon l'OMS, le terme générique « transsexuel » désigne les personnes dont l'identité de genre et/ou une expression de genre ne correspondent pas aux normes et aux attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été assigné à la naissance. Dans certains pays, le taux d'incidence parmi les personnes transsexuelles est de l'ordre de 3,4 à 7,8 pour 100 personnes-années (12). Aux États-Unis d'Amérique, les taux de nouvelles infections parmi les transsexuelles sont trois fois supérieurs à ceux des transsexuels (13).

Autonomisation des femmes

Nous sommes venus à reconnaître de plus en plus que les facteurs socioculturels alimentant les inégalités sexospécifiques influent de manière significative sur le risque d'infection à VIH. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne le rôle de l'activité sexuelle et son influence, d'une part, sur la transmission du VIH chez les femmes et, d'autre part, sur l'accès de ces dernières aux services et à l'aide sociale. Étant donné la vulnérabilité singulière des femmes au VIH, il est important de mieux comprendre les obstacles sexospécifiques en termes de transmission du VIH.



**LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH
SAVENT QUELS SONT LES PROGRAMMES
QUI N'ONT PAS RÉPONDU À LEURS BESOINS
ET PEUVENT ÉLABORER DES STRATÉGIES
EFFICACES EN VUE DE RÉDUIRE LE NOMBRE
DE NOUVELLES INFECTIONS.**

TABLEAU 1.1. PRÉVALENCE PARMIS LES PROFESSIONNELLES DU SEXE DANS LES CAPITALES, D'APRÈS LES DONNÉES FOURNIES PAR LES PAYS

>20 %

10-20 %

5-10 %

<5 %

Tchad	Ghana	Salvador	Afghanistan	Roumanie
Lettonie	Togo	Cap Vert	Bosnie-Herzégovine	Monténégro*
Nigéria	Cambodge	Érythrée	Japon	Arménie
Kenya	Djibouti	Estonie	Mongolie	Kazakhstan
République unie de Tanzanie	Burkina Faso	Algérie	Somalie	Timor-Leste
Maurice	Guyane	Lituanie	Soudan du Sud	Népal
Guinée	Sénégal	Indonésie	République tchèque	Argentine
Côte d'Ivoire	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Angola	Allemagne	Thaïlande
Ouganda	Burundi	Mauritanie	Sri Lanka	Panama
Niger		Portugal	Belgique	Géorgie
Guinée-Bissau		Haïti	Philippines	Nicaragua
Zimbabwe		Ukraine	Madagascar	Maroc
Rwanda		Myanmar	Bangladesh	Paraguay
Swaziland			Bulgarie	Pays-Bas
			Chine	Ouzbékistan
			Cuba	Honduras
			Espagne	Colombie
			Bolivie	Vietnam
			Pakistan	Kirghizstan
			Tunisie	Iran
			Mexique	Guatemala
			Serbie*	Suriname
			Azerbaïdjan	Tadjikistan
			Biélorussie	Jamaïque
			République démocratique populaire lao	

Source : Rapports d'activité soumis par les pays en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Afin de réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle d'ici à 2015, il est nécessaire d'augmenter l'accès des femmes et des filles aux services complets et non moralisateurs de prise en charge du VIH, et ce tout au long de leur vie. De même, les femmes et les filles doivent recevoir une éducation sexuelle plus approfondie à l'intérieur et en dehors du cadre scolaire. Il convient également d'élargir les services de santé adaptés aux jeunes qui encouragent les femmes à se protéger contre les risques de transmission du VIH (14, 15, 16). Selon de récentes études, la solution la plus rentable consiste à combiner des services et des programmes d'éducation sexuelle à grande échelle (17).

En outre, il est indispensable d'investir dans la recherche de techniques de prévention dont les femmes aient la maîtrise. Cela inclut les microbicides, la prophylaxie pré-exposition et post-exposition et les préservatifs féminins. De même, il convient de travailler avec des réseaux de femmes vivant avec le VIH et des organisations féminines pour garantir l'accès des femmes et des filles à ces techniques.

LES FEMMES S'EXPRIMENT

JANE BRUNING, ELISHA (RINA) KOR, ANNAN SITHEMBINKOSI SANGO

Les femmes et les filles représentent plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde. Afin de réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle d'ici à 2015, elles doivent être considérées comme des partenaires du processus décisionnel, au même titre que les hommes. Or, près de 30 ans après le début de l'épidémie de VIH, nous ne sommes pas encore parvenus à impliquer pleinement les femmes vivant avec le VIH dans les efforts de prévention.

Il est essentiel de renforcer le pouvoir d'action des femmes vivant avec le VIH pour atteindre l'objectif qui consiste à réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle d'ici à 2015. Nous devons être sûres que des lois protègent notre droit de choisir notre partenaire sexuel, de décider du moment des rapports et de la forme qu'ils prendront, mais aussi notre droit de choisir notre époux et de décider quand et si nous voulons nous marier et avoir des enfants. Malgré des décennies de plaidoyer et de données probantes, les femmes et les filles ne réussissent pas à se faire entendre et de nombreuses jeunes femmes ne peuvent toujours pas ou ne savent pas comment se protéger.

Dans de nombreuses cultures, notre vulnérabilité au VIH est due à notre place dans la société et les plus jeunes d'entre nous sont davantage exposées au risque d'être infectées par le VIH. Les attentes culturelles liées à la masculinité poussent les hommes à perpétuer la croyance ancestrale selon laquelle les épouses, les partenaires et les filles sont à la merci des hommes, et la plupart des époux exigent ou s'attendent à ce que leurs « droits » conjugaux soient respectés.

Il existe un lien étroit entre la violence fondée sur le sexe et le VIH. La violence, ou la crainte de la violence, peut empêcher les femmes, les transsexuelles et les filles de négocier des rapports sexuels à moindre risque, d'aborder la question de la fidélité avec leurs partenaires ou de mettre fin à des relations à risque. Aucun homme n'a le droit de battre sa femme, de l'obliger à avoir un rapport sexuel ou de la mettre à la porte sous prétexte qu'elle est la première à avoir été diagnostiquée séropositive - mais cela arrive encore aujourd'hui.

La pauvreté est un autre moteur de l'épidémie de VIH. De nombreuses femmes et filles pratiquent des rapports sexuels 'transactionnels' pour subvenir à leurs besoins, et des jeunes filles sont souvent contraintes à se livrer à des activités sexuelles avec des hommes plus âgés.

Les femmes impliquées dans le commerce du sexe sont vulnérables à la violence, et donc au VIH, car la police les persécute et elles peuvent difficilement dire non aux clients qui exigent des rapports sexuels non protégés. Le simple fait d'être en possession d'un préservatif peut justifier une enquête policière qui pourrait conduire à des poursuites pour prostitution. Les transsexuelles (c'est-à-dire les personnes transgenres hommes-femmes), qui sont souvent sans domicile et au chômage, assument un double fardeau : vivre avec le VIH et être transsexuelle. De nombreux pays ne reconnaissent pas le statut de transsexuel ; elles sont donc contraintes de recourir au commerce du sexe comme seule source de revenu.

De même, les consommatrices de drogues ne peuvent généralement accéder aux services de réduction des risques et se tournent vers le commerce du sexe pour subvenir à leur dépendance. Les consommatrices de drogues sont donc exposées à un risque accru de contamination par le VIH et, potentiellement, de co-infection VIH/hépatite par voie sexuelle.

De nos jours, les femmes et les filles migrantes se heurtent à des conditions de travail très difficiles et courent un plus grand risque d'être contaminées par le VIH lorsqu'elles quittent leurs familles et leurs communautés. Dans la plupart des cas, les migrantes ne peuvent accéder aux services de santé, car ceux-ci ne sont pas particulièrement destinés aux personnes en déplacement.

Depuis la découverte du VIH il y a 30 ans, nous ne sommes toujours pas d'accord sur les informations qu'il convient de divulguer aux jeunes. Ces derniers ont des rapports sexuels pour les mêmes raisons que les adultes : procréation, plaisir, revenu, ou pour éviter d'être battues. Comment les jeunes femmes peuvent-elles cesser d'être maltraitées si on ne leur parle pas de la sexualité et des façons de négocier des rapports sexuels à moindre risque ?

Nous connaissons nos besoins

Dans certains pays, le traitement en guise de prévention est considéré comme un remède miracle pour lutter contre l'épidémie. Il s'agit là d'un constat prématuré, car les systèmes ne sont pas en mesure de soutenir cette approche et la prise d'antirétroviraux peut entraîner des effets secondaires à long terme et des complications. Ceci est particulièrement vrai pour les femmes enceintes qui, dans certains pays, sont encouragées à suivre un traitement afin de prévenir la transmission verticale du VIH à leur enfant, puis à poursuivre ce traitement quelle que soit la numération de leurs CD4. Il s'agit de l'« Option B+ ». Bien que le traitement présente un risque moindre pour nos futurs bébés, mais également pour nos partenaires séronégatifs, c'est à nous seules que revient la décision de le commencer et de déterminer quand. Cette décision appartient à chacune d'entre nous et c'est pour cela que notre pouvoir d'action doit être renforcé. Les femmes doivent pouvoir bénéficier d'un traitement antirétroviral salvateur efficace et régulier non pas parce que cela est favorable à la santé publique, mais parce que leur bien-être en dépend.



**BON NOMBRE D'ENTRE NOUS
ONT PRIS LA PAROLE DANS L'ESPOIR
QUE D'AUTRES TIRENT DES LEÇONS DE
NOTRE EXPÉRIENCE ET ONT CONTRIBUÉ À
DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES D'AUTRES
FEMMES DÉSIREUSES DE SUIVRE
LE MÊME CHEMIN.**

Pour qu'une riposte au VIH soit efficace et fondée sur les droits, les femmes vivant avec le VIH, notamment les jeunes femmes, doivent être impliquées à tous les niveaux du processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques et des programmes. Même si nos points de vue ne sont pas toujours pris en compte, de nombreuses femmes fortes et courageuses vivant avec le VIH ont mis en place des organisations à assise communautaire, ainsi que des réseaux régionaux et internationaux.

Nous menons des campagnes de sensibilisation sur le VIH au travers de l'approche « santé positive, dignité et prévention ». Cette nouvelle démarche d'élaboration de programmes vise à améliorer et préserver la dignité des personnes vivant avec le VIH et à soutenir et promouvoir leur santé physique, mentale, émotionnelle et sexuelle, afin d'instaurer un environnement propice à la réduction du risque de nouvelles infections à VIH.

Les femmes vivant avec le VIH ont élaboré des outils de formation (sur les questions liées à l'égalité des sexes, la communication et les relations) destinés aux femmes et aux hommes de tous âges afin de réduire leur vulnérabilité et de faire régresser la violence à l'égard des femmes. Le patriarcat et d'autres attitudes répressives à l'encontre des jeunes femmes soulignent l'importance de mettre en place de tels programmes. On peut citer l'exemple du programme « Parcours » (*Stepping Stones*), mis en œuvre dans plus de 100 pays à travers le monde.

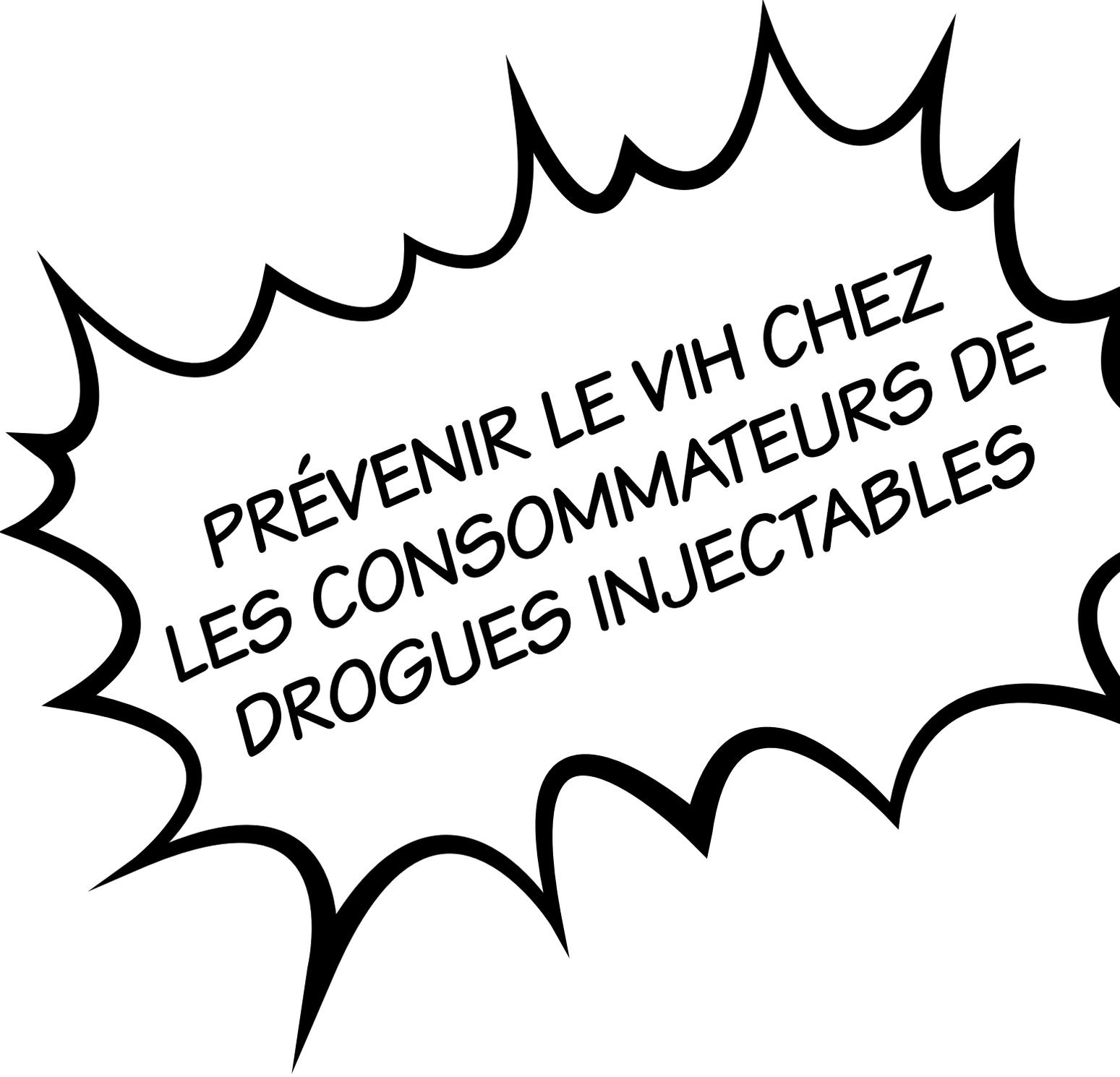
Bon nombre d'entre nous ont pris la parole dans l'espoir que d'autres tirent des leçons de notre expérience et ont contribué à développer les compétences d'autres femmes désireuses de suivre le même chemin. Ainsi, le programme de formation « Se libérer du fardeau du secret » (*Lifting the burden of secrecy*) a été traduit dans huit langues.

Ces projets sont des initiatives communautaires qui ont été adoptées avec succès à l'échelle mondiale. Elles traitent toutes des volets de l'éducation en matière de VIH et de la prévention. Nous, les femmes vivant avec le VIH, savons quels programmes ne répondent pas à nos besoins et pourquoi. Nous sommes la clé qui permettra d'instaurer des environnements sûrs et d'élaborer des stratégies efficaces visant à réduire la transmission du VIH et à fournir des services de qualité à toutes les femmes, quel que soit notre lieu de résidence, notre âge, notre profession ou notre style de vie.

Jane Bruning est la coordinatrice nationale de Positive Women Inc. en Nouvelle Zélande ; Elisha (Rina) Kor est directrice du programme à la PT Foundation en Malaisie ; Annah Sithembinkosi Sango est membre de l'ICW (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida) Afrique du Sud au Zimbabwe.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Défendre nos droits et abroger** les lois et politiques qui ne favorisent pas l'égalité entre les sexes.
- **Renforcer nos réseaux** en tant que partenaires clés en matière de réduction du risque de transmission de l'infection.
- **Organiser la coopération stratégique** entre les femmes vivant avec le VIH et le gouvernement, la société civile et les organismes religieux impliqués dans la prévention du VIH.
- **Veiller à ce que toutes les femmes, notamment les jeunes femmes, puissent accéder à des programmes complets d'éducation sexuelle et bénéficier de méthodes de contraception.**
- **Défendre les droits des professionnelles du sexe** pour assurer leur sécurité au travail.



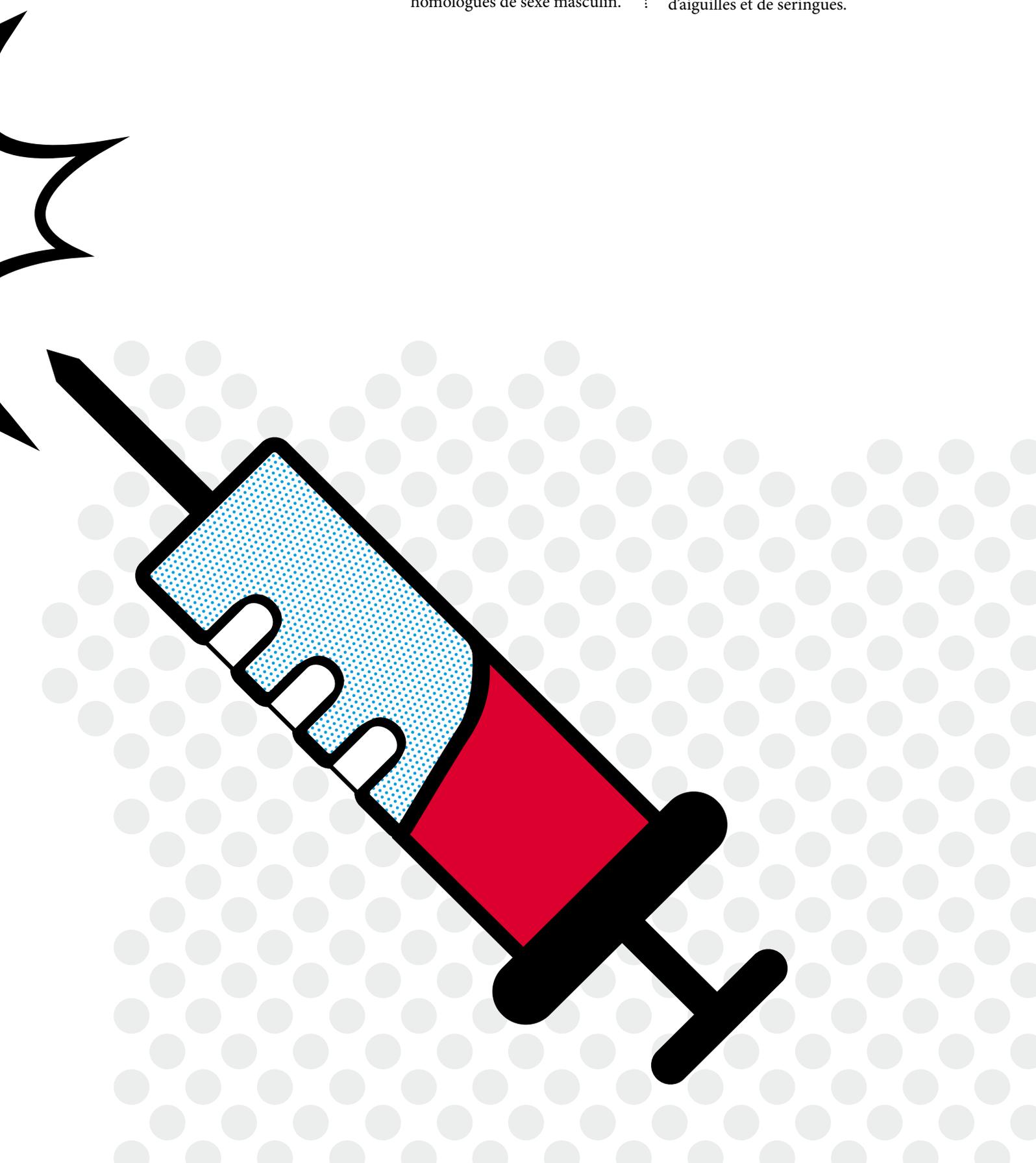
PRÉVENIR LE VIH CHEZ
LES CONSOMMATEURS DE
DROGUES INJECTABLES

50 %

Le taux de prévalence du VIH est 50 % plus élevé parmi les consommatrices de drogues injectables que parmi leurs homologues de sexe masculin.

8 %

Au niveau mondial, 8 % des consommateurs de drogues injectables ont accès à des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.



OBJECTIF 2

RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES D'ICI À 2015.

LA CONFIDENTIALITÉ DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH QUI FONT (OU ONT FAIT) USAGE DE DROGUES PEUT ÉGALEMENT ÊTRE MISE EN PÉRIL, CE QUI ACCENTUE LE RISQUE DE VIOLENCE ET DE SÉVICES (1).

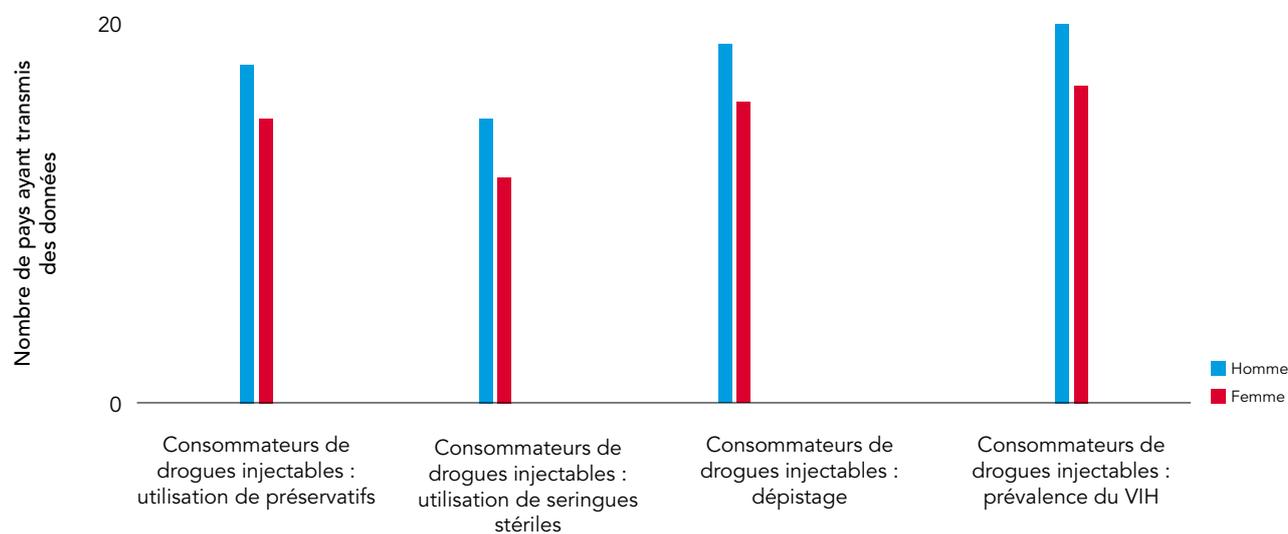
Introduction

Jamais les pays n'ont été si nombreux à fournir des données relatives aux consommateurs de drogues injectables. Néanmoins, les données rapportées pour cette catégorie de population clé restent très limitées. Par ailleurs, il existe moins de données communiquées par les pays concernant les consommatrices de drogues injectables en cas d'épidémies concentrées que de données communiquées pour les consommateurs de drogues injectables, et ce pour tous les indicateurs figurant dans le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2012 (figure 2.1).

Des études menées dans neuf pays de l'Union Européenne ont révélé un taux de prévalence du VIH 50 % plus élevé parmi les consommatrices de drogues injectables que parmi leurs homologues de sexe masculin (2). Aux Philippines, on estime que près de 14 % des consommateurs de drogues injectables vivent avec le VIH. Néanmoins, le taux de prévalence du VIH parmi les consommatrices de drogues injectables est de 27 %, contre 13 % pour leurs pairs masculins, ce qui représente plus du double (3).

Les données rapportées par les pays concernant les niveaux d'accès à du matériel d'injection stérile sont comparables pour les deux sexes (près de 80 %). Or, ces données traduisent vraisemblablement une surestimation de la couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. Une évaluation mondiale a permis de constater que seulement 8 % des consommateurs de drogues injectables bénéficient d'un accès à de tels programmes (sur la base des données fournies par 102 pays concernant la couverture du service). Par ailleurs, de grandes disparités ont été identifiées entre les taux de couverture au niveau régional et national (4).

FIGURE 2.1. NOMBRE DE PAYS À ÉPIDÉMIES CONCENTRÉES AYANT TRANSMIS DES DONNÉES SUR LES INDICATEURS RELATIFS AUX CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES, SELON LE SEXE



Source : Rapports d'activité soumis par les pays en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Même lorsque des programmes de réduction des risques sont mis en place, les femmes qui s'injectent des drogues sont confrontées à de nombreux obstacles sexospécifiques en termes d'accès aux services liés au VIH (5). De récentes études ont démontré que les consommatrices de drogues injectables sont davantage exposées aux actes de violence commis par un partenaire intime, la police et les clients des professionnelles du sexe (6). À cela s'ajoutent l'absence de domicile fixe et les troubles psychiatriques, qui peuvent intensifier le risque d'infection à VIH (7, 8). Comme cela a été largement signalé, les consommatrices de drogues injectables sont victimes de stigmatisation et de discrimination disproportionnées, celles-ci étant souvent confortées par la grossesse et le statut de mères (9, 10, 11).

Par ailleurs, des études ont démontré un faible usage du préservatif chez les consommatrices de drogues injectables, aussi bien avec leurs partenaires de longue date que leurs partenaires occasionnels, ainsi qu'un lien entre utilisation irrégulière du préservatif et partage du matériel d'injection (12). En outre, les femmes qui s'injectent des drogues ne sont pas toujours en mesure de négocier l'usage du préservatif en raison de rapports d'inégalité avec leurs partenaires. Lorsqu'elles échangent leurs corps contre des drogues ou d'autres produits, les femmes n'ont guère d'influence sur les intentions d'usage du préservatif de leurs partenaires (10).

Favoriser un changement politique

Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables d'ici à 2015 est un objectif de longue date qui reconnaît la vulnérabilité particulière de cette population.

Pour que cet objectif soit atteint, des systèmes de suivi renforcés des consommateurs de drogues injectables doivent être mis en place et des données ventilées par sexe doivent être recueillies en ce qui concerne l'utilisation des services et l'accès à ces derniers. De même, il est essentiel d'élargir les services de réduction des risques fondés sur les faits, y compris le traitement de substitution aux opiacés et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. De plus, les consommatrices de drogues injectables vivant avec le VIH doivent être impliquées de manière significative dans l'élaboration et la fourniture de tels services pour qu'ils soient adaptés aux femmes et répondent à leurs besoins souvent nombreux et complexes.

Des efforts spécifiques s'imposent pour intégrer les services de prise en charge du VIH, les services sur la santé sexuelle et reproductive et les services de réduction des risques, notamment : former le personnel de ces services afin de proposer aux couples des séances de consultation, en encourageant les femmes à négocier avec leurs partenaires des méthodes d'injection et pratiques sexuelles plus sûres ; offrir des services et un soutien adaptés aux femmes ; et ouvrir des centres proposant des structures de garde d'enfants pour les femmes assumant la charge principale des enfants (5).

Les consommatrices de drogues injectables doivent bénéficier de services de conseil et de dépistage du VIH confidentiels et volontaires. Elles doivent également avoir accès à des informations fiables et bénéficier de services de santé sexuelle et reproductive afin de mettre un terme aux nouvelles infections chez les enfants et de permettre aux mères de rester en vie, mais aussi de protéger leur propre santé, sans stigmatisation ni discrimination.

Les lois et politiques qui sanctionnent, stigmatisent et instaurent une discrimination à l'égard des femmes vivant avec le VIH, ainsi que les consommatrices de drogues, constituent un obstacle à l'accès aux programmes de réduction des risques et aux services liés au VIH. Nous devons également redoubler d'efforts pour s'assurer que l'ensemble des politiques et initiatives sont fondées sur les faits et défendent les droits et la dignité de toutes les femmes.



**LE FAIT QUE NOUS CONSOMMIONS
DES DROGUES NE SIGNIFIE
PAS QUE NOUS SOMMES INUTILES OU
IMPUISSANTES ; NOUS POUVONS ACCOMPLIR
DE GRANDES CHOSES, À CONDITION
D'EN AVOIR LES MOYENS
POUR Y PARVENIR.**

LES FEMMES S'EXPRIMENT

FRIKA ISKANDAR, FILIA JUNG, SILVIA PETRETTI

L'objectif qui consiste à réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables d'ici à 2015 est essentiel, mais ne peut être atteint tant que les problèmes de stigmatisation, de discrimination, de criminalisation et de violence ne sont pas réglés, et à condition que les femmes vivant avec le VIH, consommatrices ou anciennes consommatrices de drogues, soient impliquées dans l'élaboration et la coordination des interventions.

La plupart des ouvrages sur les consommateurs de drogues injectables ne différencient pas les hommes des femmes. Or, nous avons nos propres besoins et nous sommes confrontées à des risques bien particuliers. En tant que consommatrices de drogues injectables, nous sommes exposées à des taux de mortalité nettement supérieurs, nous sommes plus susceptibles de faire face à des problèmes de santé liés à l'injection, nous devenons plus rapidement dépendantes et, par rapport aux hommes qui consomment des drogues, nous nous laissons plus facilement entraîner dans des pratiques à risque liées à l'injection, mais aussi dans des comportements sexuels à risque (10).

Non seulement nous sommes beaucoup plus vulnérables au VIH, mais nous sommes également exposées à des taux d'infections sexuellement transmissibles supérieurs, dont les hépatites B et C et la tuberculose (10). Cette vulnérabilité est aggravée par les inégalités sexospécifiques, les rapports de force et d'autres dynamiques et déséquilibres structurels.

Afin de réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables d'ici à 2015 de manière équitable entre les hommes et les femmes, il est essentiel de mieux comprendre nos vies quotidiennes. Nous sommes trop souvent victimes de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence de la part des prestataires de services liés au VIH, du personnel des centres de traitement de la toxicomanie, etc. Parce que nos droits sont souvent bafoués, notre meilleur moyen de survie consiste à rester invisibles.

Dans la majorité des pays, la consommation de drogues et le commerce du sexe sont réprimés par la loi. En outre, la transmission du VIH par voie sexuelle est de plus en plus considérée comme une infraction. Si nous révélons notre état sérologique, nous risquons d'être mises au ban de la société ou même incarcérées. Une fois derrière les barreaux, nous n'avons plus ou quasiment plus accès aux traitements de substitution aux opiacés, aux traitements antirétroviraux ou à d'autres traitements médicaux.

Nous sommes une population parfois difficile à atteindre. Bon nombre d'entre nous aimeraient arrêter de consommer des drogues injectables, mais nous ne disposons que d'un accès restreint aux traitements appropriés de substitution aux opiacés, aux services de réhabilitation et de désintoxication adaptés aux femmes. Les consommatrices de drogues ont un accès limité à des services adéquats, sûrs et respectueux de santé sexuelle et reproductive et de santé maternelle, néonatale et infantile.

Même au sein des organismes de soutien aux personnes vivant avec le VIH, celles d'entre nous qui sont enceintes ne sont pas bien traitées, comme si elles étaient forcément de mauvaises mères. Mais les consommatrices de drogues ont les mêmes désirs et les mêmes droits que les autres femmes. Dans de nombreux pays, les familles sont prêtes à aider les hommes qui consomment des drogues, alors que les femmes dans le même cas se retrouvent souvent à la rue pour avoir « déshonoré » leur famille. Jusqu'à récemment, les femmes qui vivaient au Moyen-Orient et dans la plupart des pays d'Afrique ne pouvaient accéder à des centres de traitement de la toxicomanie.

Défaillances des systèmes de santé

Veiller à notre propre santé et prendre nos vies en main peut être difficile et accablant. Non seulement nous consommons des drogues et devons faire face au VIH, mais en plus nous risquons d'être porteuses des virus des hépatites B et C, de la tuberculose ou de la tuberculose multirésistante aux médicaments (TB-MR). Il est indispensable de s'assurer que les services destinés aux femmes vivant avec le VIH ne sont pas discrétionnaires et tiennent compte de la complexité des rapports de force entre les hommes et les femmes, de la violence sexiste, de la consommation de drogues et des co-infections VIH/hépatite et VIH/tuberculose. Nous avons le droit de bénéficier d'un traitement et nous avons besoin d'être prises en charge, mais les professionnels de la santé ne nous donnent pas souvent de médicaments. Ils pensent que nous sommes des « hors la loi ». Nous subissons une discrimination et une stigmatisation lorsque nous tentons d'accéder à ces services, y compris au traitement antirétroviral.

Nos besoins peuvent facilement passer à travers les mailles du filet. Si des éléments donnent à penser que les lesbiennes et les bisexuelles sont plus susceptibles de consommer des drogues et de l'alcool que les femmes hétérosexuelles, peu de services sont proposés aux femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, et les besoins des transsexuelles, des femmes séropositives et des consommatrices de drogues injectables sont la plupart du temps ignorés (13). Celles d'entre nous qui consomment des drogues injectables et sont impliquées dans le commerce du sexe sont exposées à des formes de vulnérabilité et à des risques différents de ceux des consommatrices de drogues injectables qui n'ont pas recours au commerce du sexe ou, à l'inverse, de ceux des professionnelles du sexe qui ne consomment pas de drogues injectables.

Nous pouvons faire avancer les choses

Cela dit, le fait que nous consommons des drogues ne signifie pas que nous sommes inutiles ou impuissantes. Les consommatrices de drogues peuvent accomplir de grandes choses, à condition de disposer des structures adéquates et d'être acceptées, reconnues et soutenues. Nous pouvons citer de nombreux exemples d'implication réussie et d'esprit d'initiative chez les consommatrices de drogues vivant avec le VIH.



**PARCE QUE NOS DROITS
SONT SOUVENT BAFOUÉS,
NOTRE MEILLEUR MOYEN DE SURVIE
CONSISTE À RESTER INVISIBLES.**

Bon nombre d'entre nous, lorsque l'opportunité s'est présentée, ont su acquérir des compétences et venir en aide à d'autres hommes et femmes. Nous avons mis sur pied de nouvelles organisations et réussi à faire avancer les choses en prenant les devants et en veillant à ce que les questions des femmes soient formulées et défendues. Certaines d'entre nous sont devenues de véritables professionnelles dans ce domaine.

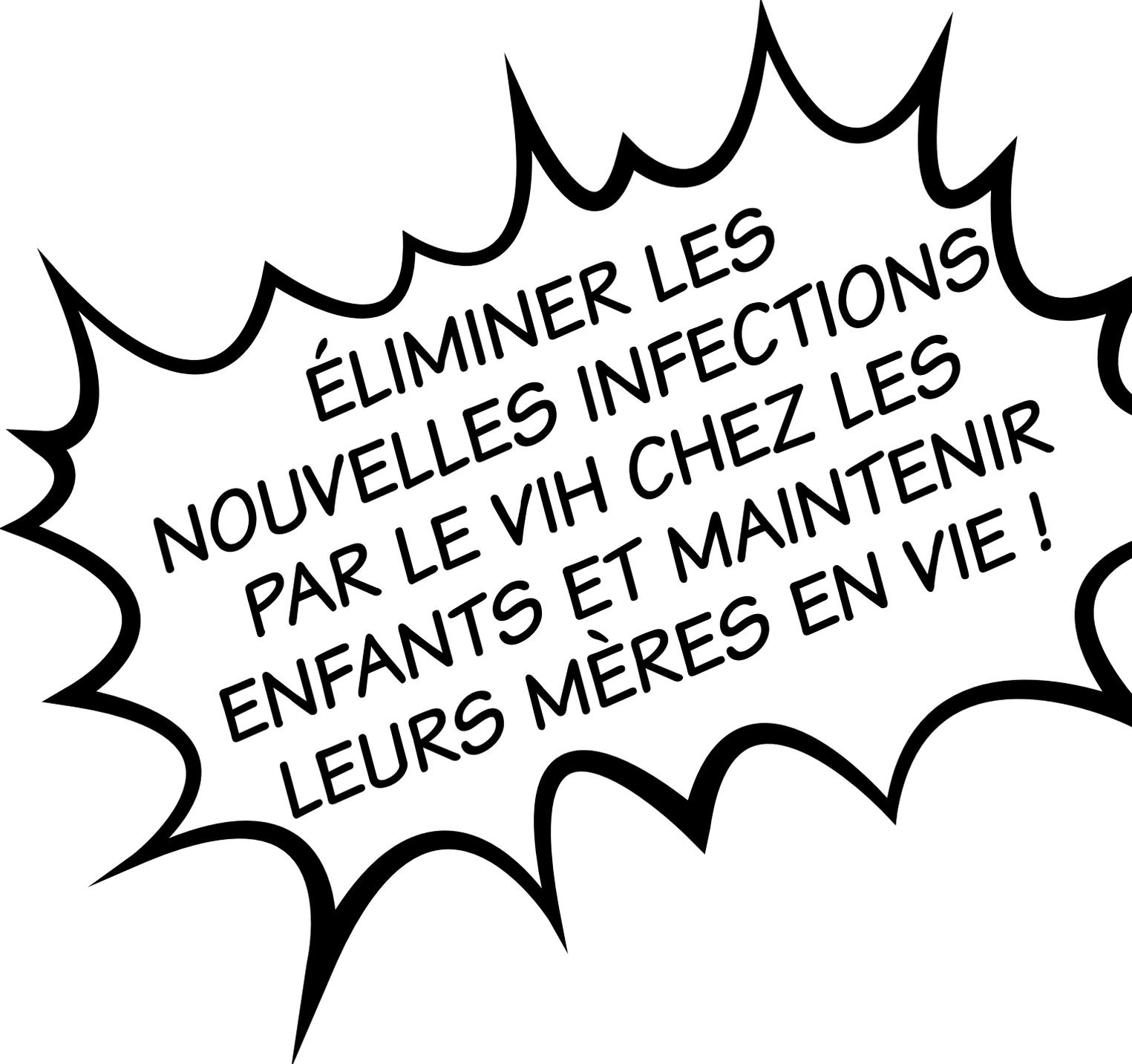
Par exemple, le réseau VIH en Indonésie (Ikatan Perempuan Positif Indonesia) est dirigé par un groupe de femmes vivant avec le VIH et anciennes consommatrices de drogues injectables. Le Réseau ukrainien de femmes vivant avec le VIH, une organisation composée de femmes vivant avec le VIH et consommatrices ou anciennes consommatrices de drogues, constitue un autre exemple de bonne pratique. Cette organisation a rédigé une documentation complète pour aider les femmes vivant avec le VIH et sous traitement de substitution aux opiacés à devenir des mères responsables et à s'épanouir.

Cependant, nos avancées ont rarement été saluées. L'importance et le succès des initiatives mises en œuvre par les consommatrices de drogues vivant avec le VIH ne sont pas souvent reconnus. Nous devons renforcer nos compétences et nos capacités pour pouvoir maîtriser nos vies et favoriser l'essor de nos communautés. Par ailleurs, nous avons besoin de davantage d'espace et de ressources pour démontrer les moyens de mieux conjuguer nos efforts et fournir des preuves tangibles de notre impact.

Frika Iskandar est membre du groupe de travail des femmes Asia Pacific Network of PLHIV en Indonésie ; Filia Jung est membre de l'ICW (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida) aux États-Unis d'Amérique ; Silvia Petretti est directrice adjointe de Positively UK et coordinatrice de PozFem UK au Royaume-Uni.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Avoir confiance en nos capacités à prendre nos vies en main et à participer pleinement au processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques et programmes, sans exclure celles d'entre nous qui consomment toujours des drogues.**
- **Nous octroyer des fonds et investir dans des interventions et politiques destinées spécifiquement aux consommatrices de drogues injectables, dont les programmes élaborés et mis en œuvre par les pairs, grâce auxquelles nous pouvons être formées, bénéficier d'un soutien et être rémunérées pour notre travail.**
- **Tenir compte de l'ensemble de nos besoins et nous considérer avec plus de respect par le biais de services intégrés portant sur la consommation de drogues, la santé sexuelle et reproductive, la tuberculose, l'hépatite et le VIH, y compris le traitement de substitution aux opiacés, les programmes de prévention des surdoses et l'accès à du matériel d'injection stérile.**
- **Nous rendre plus visibles et valoriser nos vies à l'aide d'indicateurs sexospécifiques de suivi des interventions destinées aux consommateurs de drogues injectables afin de mettre en évidence les lacunes et de rassembler les arguments en faveur d'une meilleure prise en compte de nos besoins et priorités.**
- **Nous soutenir, notamment celles d'entre nous les plus marginalisées. Nous avons besoin d'avoir accès à des services conçus spécifiquement pour les lesbiennes, les bisexuelles et les transsexuelles qui consomment des drogues, qui sont impliquées dans le commerce du sexe et/ou qui sont incarcérées.**



ÉLIMINER LES
NOUVELLES INFECTIONS
PAR LE VIH CHEZ LES
ENFANTS ET MAINTENIR
LEURS MÈRES EN VIE !

2:3

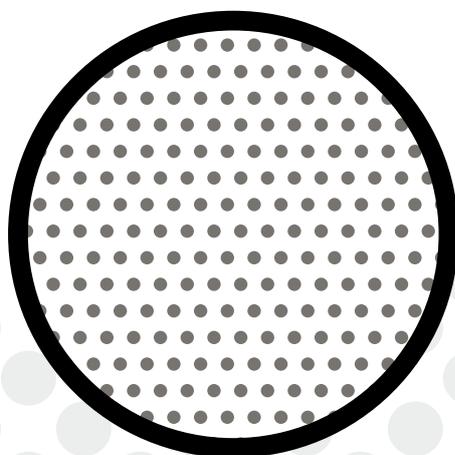
Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, deux femmes enceintes sur trois ne connaissent pas leur statut sérologique.

57 %

Parmi les femmes enceintes vivant avec le VIH, 57 % ont reçu un traitement prophylactique pour empêcher la transmission du VIH à leur enfant.

48 %

Dans les 21 pays prioritaires d'Afrique subsaharienne identifiés dans le cadre du Plan Mondial, 48 % des femmes enceintes vivant avec le VIH pour qui le traitement antirétroviral était indiqué ont bénéficié d'un tel traitement en 2011.



OBJECTIF 3

ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH CHEZ LES ENFANTS D'ICI À 2015, ET RÉDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS LIÉS AU SIDA.

EN MAINTENANT LES MÈRES EN VIE, EN RESPECTANT LEURS DROITS ET EN VALORISANT LEURS VIES, C'EST LE BIEN-ÊTRE DE L'ENSEMBLE DE LA FAMILLE QUI EST AMÉLIORÉ.

Introduction

Le VIH reste la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer (1). Garantir l'accès des femmes vivant avec le VIH aux traitements adéquats présente des avantages non seulement pour les femmes, mais aussi pour leurs familles. En effet, des études indiquent que les enfants ayant perdu leur mère sont exposés à un risque de mortalité plus élevé.

Dans les 21 pays prioritaires d'Afrique subsaharienne identifiés dans le cadre du Plan Mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leur mère en vie, le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH pour qui le traitement antirétroviral était indiqué et qui en ont bénéficié est passé de 16 % en 2009 à 48 % en 2011. Même si cela représente une augmentation considérable, près de la moitié des femmes pour qui le traitement antirétroviral était indiqué ne bénéficient pas encore d'un tel traitement, et toutes les femmes ne suivent pas de traitement antirétroviral efficace.

Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, presque deux tiers des femmes enceintes ne connaissent pas leur statut sérologique, y compris de nombreuses femmes enceintes vivant avec le VIH qui pourraient bénéficier d'autres mesures sanitaires, comme les interventions et les soins continus en vue de réduire la transmission de la mère à l'enfant (2). Dans le monde, 57 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu un traitement prophylactique pour empêcher la transmission du VIH à leur enfant. En 2011, 180 000 nouvelles infections chez l'enfant ont pu être évitées.

Les femmes enceintes semblent être plus vulnérables à l'infection par le VIH (3). De plus en plus de cas de transmission du VIH au cours de la grossesse ont été constatés. Cela augmente le risque de transmission du virus aux nouveau-nés, car la charge virale est élevée après une exposition récente. Étant donné le potentiel de transmission du VIH à l'enfant au cours de la grossesse, de la naissance et de l'allaitement, il est primordial de s'assurer que les femmes enceintes séronégatives le restent.

Par ailleurs, toutes les femmes, y compris les femmes vivant avec le VIH, doivent avoir accès à des informations claires et précises sur la santé reproductive et la corrélation avec le VIH. Elles doivent également avoir accès à des services de santé reproductive et de planification familiale pour soutenir leurs intentions en matière de fécondité, dont la prévention des grossesses non désirées si elles le souhaitent. Des études ont démontré que le désir de limiter la procréation chez les femmes vivant avec le VIH était comparable, voire supérieur à celui des femmes séronégatives (4). Par ailleurs, des modèles indiquent que si l'on veut réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants, il est indispensable de combler les besoins non satisfaits des femmes vivant avec le VIH en termes de planification familiale.

La discrimination entrave l'accès aux services

Des études ont constaté que les femmes vivant avec le VIH ont souvent peur de recourir à des services de consultation prénatale en raison de la réprobation des professionnels de santé qui désapprouvent leur grossesse. Une étude menée en Argentine auprès de 841 femmes vivant avec le VIH a démontré que les femmes n'étaient pas soutenues par les professionnels de santé lorsqu'elles exprimaient leur volonté de devenir mères ou qu'elles annonçaient leur grossesse (6). D'autres études ont abouti à des résultats similaires, la stigmatisation et la discrimination se traduisant parfois par une stérilisation forcée ou imposée (7). Une étude menée par des pairs sur l'accès aux services de santé reproductive et maternelle de plus de 750 femmes vivant avec le VIH dans six pays d'Asie a constaté qu'en raison de la discrimination exercée par les professionnels de santé à l'égard des femmes vivant avec le VIH, de nombreuses femmes préféraient ne pas se rendre dans des dispensaires prénatals, renonçant ainsi au droit de bénéficier d'une assistance pour elles-mêmes et leur bébé (8). Par ailleurs, les femmes qui ont accès à ces services peuvent être confrontées à différentes formes de stigmatisation et de discrimination. Comme le souligne l'une des femmes interrogées :

Pendant l'accouchement, le médecin voulait porter deux paires de gants. Il avait déjà mis une paire de gants quand le bébé a commencé à sortir, mais il a voulu le repousser pour avoir le temps de mettre la deuxième paire. (Saru, Népal)

Protéger le droit aux soins exempts de toute forme de stigmatisation

Pour atteindre l'objectif qui consiste à éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants et à maintenir leur mère en vie, la santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits de toutes les femmes vivant avec le VIH doivent impérativement être respectés. Il s'agit de leurs droits d'accéder à des services de conseil et de dépistage confidentiels et volontaires, d'obtenir des informations précises et impartiales, d'accéder à un traitement et des services de qualité et de donner naissance à des enfants dans un environnement sûr, sans stigmatisation ni discrimination et sans être maltraitées.

Un engagement plus ferme est nécessaire pour s'assurer que les droits des femmes ne sont pas bafoués, entre autres par le dépistage obligatoire du VIH, l'avortement forcé ou la stérilisation imposée, ou en entretenant l'idée fautive selon laquelle seulement certaines femmes répondant à des critères d'acceptabilité sociale précis ont le droit d'être mères et de bénéficier d'un soutien, d'un traitement et d'une prise en charge adéquats et adaptés. Les femmes vivant avec le VIH doivent être traitées avec dignité et respect. De même, il est important de leur permettre de connaître et de revendiquer

leurs droits, y compris le droit d'être sexuellement actives et d'avoir des enfants. Un argument de santé publique a également été avancé pour intégrer les services liés au VIH aux services de santé sexuelle et reproductive en vue de garantir l'accès des femmes vivant avec le VIH aux services dont elles ont besoin. La mise en place de tels services ne suffit pas : il est nécessaire de créer les conditions qui permettent aux femmes d'y accéder. Les femmes et les filles touchées par une crise humanitaire sont parmi les plus vulnérables et peuvent avoir des difficultés à accéder aux services liés au VIH.

Respecter l'autonomie des femmes

Le suivi d'un traitement prophylactique efficace dès le diagnostic, puis pendant la grossesse, la naissance et l'allaitement, suivi d'une prise continue de médicaments antirétroviraux même après la fin de l'allaitement (il s'agit de l'Option B+) présente des bienfaits potentiels. Cette option thérapeutique a en effet de nombreux bienfaits : elle permet de réduire les taux de transmission en cas de naissances ultérieures et de diminuer le risque de transmission du VIH aux futurs partenaires, tout en simplifiant les protocoles de traitement et en augmentant les chances de survie des mères (9). Bien que ces bienfaits potentiels semblent prometteurs, il est indispensable de s'assurer que les femmes vivant avec le VIH peuvent choisir elles-mêmes ce qui est bon pour elles, et que la traduction de ces éléments de preuve en services concrets de prise en charge et de soutien est réalisée dans le respect des droits de l'homme.

Outre le respect des droits des femmes à l'autonomie et à la confidentialité, les professionnels de santé doivent promouvoir la participation active des partenaires masculins aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ceci peut être particulièrement important pendant la grossesse, car le risque d'infection au VIH est plus élevé en raison des modifications physiologiques chez la femme. Des études ont constaté que des interventions s'adressant aux couples et tenant compte des questions de sexospécificité avaient encouragé le suivi d'un traitement antirétroviral et le recours aux services de dépistage du VIH (10). Une recherche menée dans des zones urbaines de Zambie et du Rwanda a indiqué qu'une intensification des programmes de conseil et de dépistage volontaires et confidentiels destinés aux couples pouvait réduire de 35-80 % le risque de transmission du VIH parmi les hétérosexuels (11).



**NOUS FAISONS UN TRAVAIL
ADMIRABLE POUR COMBLER LES
PRINCIPALES LACUNES EN MATIÈRE DE
SERVICES, MAIS CELA DOIT
ÊTRE REPRODUIT À PLUS
GRANDE ÉCHELLE.**

Il est indispensable d'associer les hommes aux services de prévention et de consolider les services de conseil et de dépistage destinés aux couples si l'on veut, d'une part, remédier aux disparités entre les sexes qui entravent l'accès des femmes aux services de prise en charge et, d'autre part, réduire le risque de transmission (12). Par ailleurs, les efforts visant à impliquer et à encourager la participation des hommes ne doivent en aucun cas se faire au détriment de l'accès des femmes aux soins de santé ou porter atteinte aux droits et à l'autonomie des femmes, notamment en l'absence de partenaire.

Les femmes vivant avec le VIH sont des partenaires indispensables à la concrétisation de l'objectif de zéro nouvelle infection à VIH chez les enfants et de maintien des mères en vie. Elles sont mieux placées pour donner l'exemple et convaincre les planificateurs et prestataires de soins de santé de fournir des services qui répondent à leurs besoins particuliers. Si l'on veut combattre la discrimination fondée sur le VIH à travers le secteur de la santé, les femmes vivant avec le VIH devront participer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes.

LES FEMMES S'EXPRIMENT

KRISTOFINA MWAONGELANGE MEAMENO, LILLIAN
KYOMUHANGI MWOREKO, ANGELINA NAMIBA

Un grand nombre de femmes vivant avec le VIH, notamment celles qui sont nées séropositives, n'auraient jamais imaginé un changement si radical dans la lutte contre le VIH. En effet, il ne suffit plus d'empêcher la transmission verticale du VIH dans certaines régions du monde ; désormais, le VIH doit être éradiqué aux quatre coins du monde. Les approches en ce sens sont étroitement liées à la santé sexuelle et reproductive et aux droits des femmes vivant avec le VIH. Mais rares sont les décideurs qui comprennent et tiennent compte de ce lien ou de ses implications.

La prévention de la transmission verticale du VIH est saluée comme l'une des plus grandes réussites de la riposte mondiale au sida. Cependant, les interventions mondiales liées au sida ne sont pas parvenues à garantir l'accès des femmes vivant avec le VIH à des informations et services complets de qualité sur la santé sexuelle et reproductive.

Les programmes de lutte contre le sida ne sont pas parvenus non plus à nous donner les moyens de négocier notre protection contre d'autres infections sexuellement transmissibles et d'éviter les grossesses et rapports sexuels non désirés. De nombreux rapports ont fait état de violations des droits de l'homme à l'encontre des femmes vivant avec le VIH souhaitant exercer leurs droits en matière de procréation et de sexualité (13). En outre, le sida reste la principale cause de décès et de maladie chez les femmes en âge de procréer.

Concrètement, l'exercice du droit fondamental d'avoir un enfant - soit en menant une grossesse à terme après un dépistage prénatal du VIH, soit en tombant enceinte après un diagnostic séropositif - apporte son lot de questions cliniques, psychologiques et pratiques, à savoir : comment faire face au diagnostic ? Le dépistage de ses autres enfants est-il conseillé ? Peut-on accéder et commencer un traitement antirétroviral ? Révéler son statut sérologique à sa famille et à ses partenaires a de nombreuses implications, y compris le risque de violence à la fois domestique et institutionnelle. Des cas de stérilisation forcée de femmes vivant avec le VIH ont été signalés au Chili, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en Namibie, au Kenya, en Ouganda et en République unie de Tanzanie (14, 15).

Traitement : notre droit, notre choix

Chaque année, près de 1,5 million de femmes vivant avec le VIH tombent enceintes, mais seulement 57 % ont accès à des médicaments permettant de réduire le risque de transmission du VIH au fœtus, et de nombreux services ne sont pas fondés sur les principes des droits de l'homme. Pour les millions de femmes vivant avec le VIH dans le monde, l'exercice des droits en matière de procréation et de sexualité doit être garanti. Malheureusement, les dynamiques de pouvoir nous sont souvent défavorables, au profit des prestataires de services.

Par exemple, les pays sont fortement encouragés à préconiser aux femmes enceintes l'Option B+, une trithérapie antirétrovirale commencée dès le diagnostic et poursuivie toute la vie, quelle que soit la numération de leurs CD4 et indépendamment des besoins de santé de chacune. Bien que nous apprécions les bienfaits de l'Option B+, c'est à nous seules que revient la décision de commencer le traitement. De plus, l'observance et la viabilité sont des enjeux majeurs. Les femmes doivent pouvoir choisir les associations de traitements qui leur conviennent le mieux et prendre des décisions éclairées quant à leur accouchement et à l'alimentation de leurs nourrissons.

Comme le souligne le Plan Mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leur mère en vie, la transmission verticale du VIH peut désormais être évitée. Les espoirs que cela fait naître pour celles d'entre nous qui vivent avec le VIH et désirent avoir un enfant sont tout simplement indescriptibles. Nous saluons les objectifs ambitieux du Plan Mondial et la nécessité affirmée de placer les femmes vivant avec le VIH au centre de la riposte. Mais, sans un engagement significatif de la communauté de femmes vivant avec le VIH, cette approche comporte de sérieuses lacunes.

Nous entraider

Nous avons pris les devants et décidé d'élaborer des services et des programmes qui traitent de ces questions essentielles. Plusieurs exemples attestent de l'esprit d'initiative des femmes vivant avec le VIH. Dans l'ouest de l'Ouganda, le Giramatsiko Post Test Club, une organisation mise en place par des femmes, a joué un rôle



**POUR LES MILLIONS DE FEMMES
VIVANT AVEC LE VIH DANS LE MONDE,
L'EXERCICE DES DROITS EN MATIÈRE
DE PROCRÉATION ET DE SEXUALITÉ
DOIT ÊTRE GARANTI.**

prépondérant dans l'élaboration de programmes de prévention de la transmission verticale et l'organisation de formations destinées aux mentors pour qu'ils puissent guider et orienter les personnes vers les services et programmes de prévention, de prise en charge et de traitement.

Au Royaume-Uni, le programme From Pregnancy to Baby and Beyond, géré par Positively UK, fournit un soutien par les pairs aux femmes vivant avec le VIH pendant la grossesse, la naissance et la maternité. Les femmes bénéficient de services d'information et d'éducation, mais également d'un soutien concret. Ce programme a été élaboré, mis en œuvre et contrôlé de façon indépendante par des femmes vivant avec le VIH aux côtés de personnels soignants et de prestataires de soins de santé, et a connu un succès retentissant.

Cependant, les initiatives mises en œuvre par la communauté en vue de surmonter les obstacles structurels manquent chroniquement et cruellement de ressources. Nous faisons un travail admirable pour combler les principales lacunes en matière de services, mais cela doit être reproduit à plus grande échelle. Tant que les principaux défis ne sont pas relevés (à savoir la criminalisation du VIH, la stérilisation et l'avortement forcés, les violences sexistes perpétrées par le personnel de santé, la stigmatisation et la discrimination), l'avènement d'une génération sans VIH ne restera qu'un rêve lointain.

Sur le chemin qui mènera à l'éradication des nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2015 et la réduction du nombre de décès maternels liés au sida, les femmes vivant avec le VIH doivent être activement impliquées à toutes les étapes. Nous faisons partie de la solution et continuerons à le rester. Nous disposons des compétences, des connaissances et de l'expérience requises pour faire avancer les choses.

Kristofina Mwaongelange Meameno est membre du Réseau pour la santé des femmes en Namibie ; Lillian Kyomuhangi Mworeko est la coordinatrice régionale de l'ICW (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida) Afrique de l'Est en Ouganda ; et Angelina Namiba est coordinatrice de projets pour le programme From Pregnancy to Baby and Beyond, géré par Positively UK, au Kenya et au Royaume-Uni.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Défendre nos droits, y compris ceux des femmes nées avec le VIH, pour mieux comprendre nos droits en matière de procréation et de sexualité.**
- **Mettre à notre disposition une gamme complète de services et garantir un accès sûr à ces derniers.**
- **Nous donner les moyens d'élargir la portée du modèle préconisé par notre mentor pour que nous, les femmes vivant avec le VIH, puissions conseiller et orienter d'autres femmes.**
- **Sensibiliser les professionnels de santé aux droits de l'homme pour qu'ils facilitent davantage notre accès aux services.**
- **Investir dans nos organisations pour renforcer notre participation aux processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques et programmes, ainsi qu'aux activités de suivi et d'évaluation, non seulement en tant que bénéficiaires des services, mais aussi en tant que prestataires de services.**



PERMETTRE À
15 MILLIONS DE
PERSONNES D'ACCÉDER
À UN TRAITEMENT !

68 %

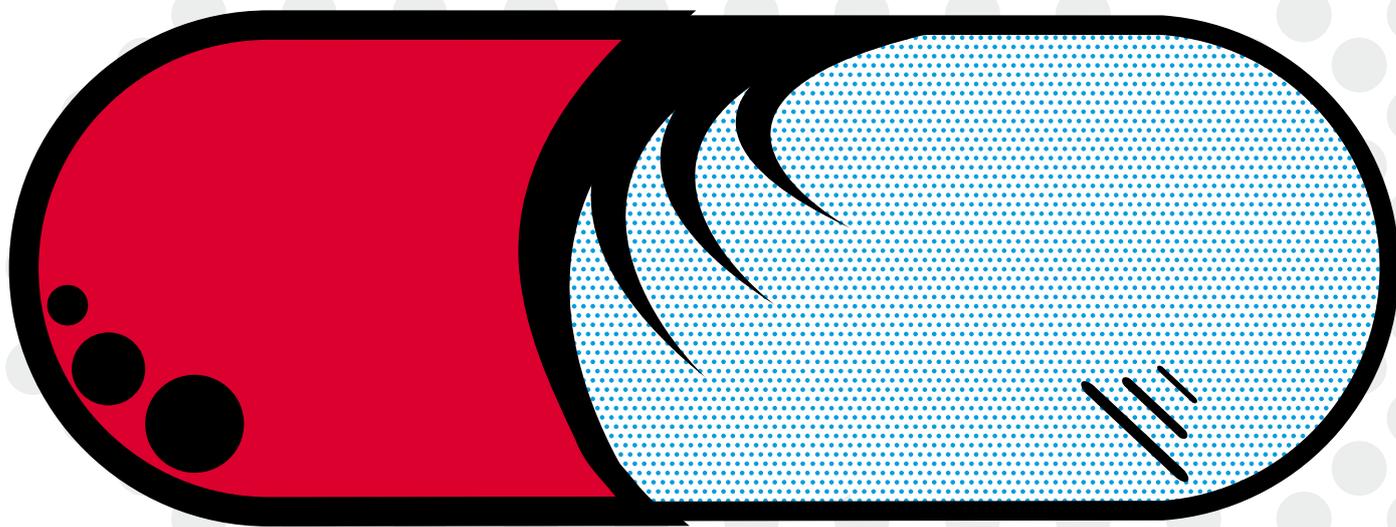
La couverture du traitement antirétroviral pour les femmes est de 68 %, contre 47 % pour les hommes.

14 PAYS

En Afrique subsaharienne, les taux de dépistage dans 14 pays semblent être supérieurs chez les femmes que chez les hommes.

20,5 %

Aux États-Unis, 20,5 % des femmes ont affirmé avoir été victimes de blessures physiques après avoir été testées positives au VIH.



OBJECTIF 4

ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2015.

LES FEMMES ONT PLUS FRÉQUEMMENT ACCÈS À UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL QUE LES HOMMES MAIS, DANS CERTAINS CONTEXTES, SONT ENCORE CONFRONTÉES À DES OBSTACLES MAJEURS.

Introduction

Les femmes vivant avec le VIH pour qui le traitement antirétroviral est indiqué ont plus de chance d'accéder à des services de traitement que leurs homologues de sexe masculin (68 % de couverture contre 47 % pour les hommes) (1). Plusieurs études ont démontré que même en cas de ressources limitées, les femmes ne voyaient pas forcément leur accès au traitement antirétroviral restreint. Cela est dû en partie au fait que les femmes bénéficient de points d'accès aux services de traitement et de dépistage du VIH, comme les centres de santé maternelle et infantile. Ces études ont permis de constater que dans 14 pays d'Afrique subsaharienne, les taux de dépistage sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, peut-être en raison d'une meilleure accessibilité aux structures de dépistage au sein de ces établissements. Toutefois, cette tendance n'est pas universelle et varie selon l'épidémie, les groupes-clés de la population et l'âge. Cette affirmation est confirmée par le fait que seulement 30 % des femmes enceintes pour qui le traitement antirétroviral est indiqué suivent un traitement antirétroviral pour leur propre santé, bien que les dispensaires prénatals fassent office de points d'accès aux services liés au VIH (2).

Dans certains contextes, des obstacles continuent à barrer l'accès des femmes aux services liés au VIH. Les femmes à faible revenu éprouvent souvent des difficultés pour accéder aux services de traitement et de prise en charge. Par exemple, les femmes vivant avec le VIH dans la ville de Chennai, en Inde, ont indiqué que la distance à parcourir et/ou les moyens de transport, ainsi que l'aspect financier lié à la garde des enfants, limitaient leur accès aux services (3). Par ailleurs, une étude a été menée aux États-Unis pour établir le lien entre l'observance du traitement antirétroviral chez les femmes et la charge que représente la garde des enfants, la composition du ménage et le recours aux soins de santé. Celle-ci a démontré que le poids de la charge des enfants et le nombre d'enfants âgés de 18 ans ou moins au sein des ménages étaient inversement proportionnels à l'observance. Il convient

donc d'examiner les difficultés auxquelles les patientes sont confrontées en termes de garde des enfants et de composition du ménage pour évaluer le niveau d'observance des traitements antirétroviraux (4).

La criminalisation de l'exposition au VIH ou de la transmission du VIH constitue un autre obstacle important au recours aux services de traitement et de dépistage du VIH. La criminalisation influe sur la capacité des hommes et des femmes d'accepter ou non d'avoir des rapports sexuels, comment, quand et avec qui. De plus, la criminalisation de la transmission verticale du VIH (5) identifie les femmes vivant avec le VIH comme étant des délinquantes potentielles, et marginalise davantage les femmes rendues vulnérables en raison de la pauvreté, du manque d'éducation, de l'absence de services de santé et de promotion de la santé et des inégalités entre les sexes.

Les inégalités entre les sexes influent également sur la capacité des femmes à accéder aux services de prise en charge du VIH et à observer le traitement indiqué. Une récente étude menée en Éthiopie a démontré que les femmes confrontées à des difficultés économiques et dépendantes économiquement de leurs partenaires sont plus susceptibles d'abandonner le traitement antirétroviral par peur de révéler leur statut sérologique à leur mari et de compromettre leur mariage voire même de divorcer (6).

Par ailleurs, des recherches ont prouvé que les violences sexistes affectent l'accès des femmes au traitement et l'observance de ce dernier (7). La violence, ainsi que la crainte de violences futures, influent également sur le refus de connaître son statut sérologique, de se faire dépister, d'accéder aux services de prise en charge du VIH et, par la suite, de suivre un traitement approprié. D'après une étude menée aux États-Unis, 20,5 % des femmes, 11,5 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 7,5 % des hommes hétérosexuels interrogés ont affirmé avoir été victimes de blessures physiques après avoir été testés positifs au VIH, et presque la moitié ont indiqué que ces actes de violence étaient dus à leur statut sérologique. Selon une enquête menée à Boston et à Rhode Island (États-Unis) auprès de femmes vivant avec le VIH en demande de soins, 68 % ont déclaré avoir été victimes d'abus physiques ou sexuels. Par rapport aux femmes n'ayant subi aucune violence, les femmes victimes de maltraitements étaient plus nombreuses à penser que leurs prestataires de santé étaient moralisateurs, irrités et irrespectueux ; de même, elles



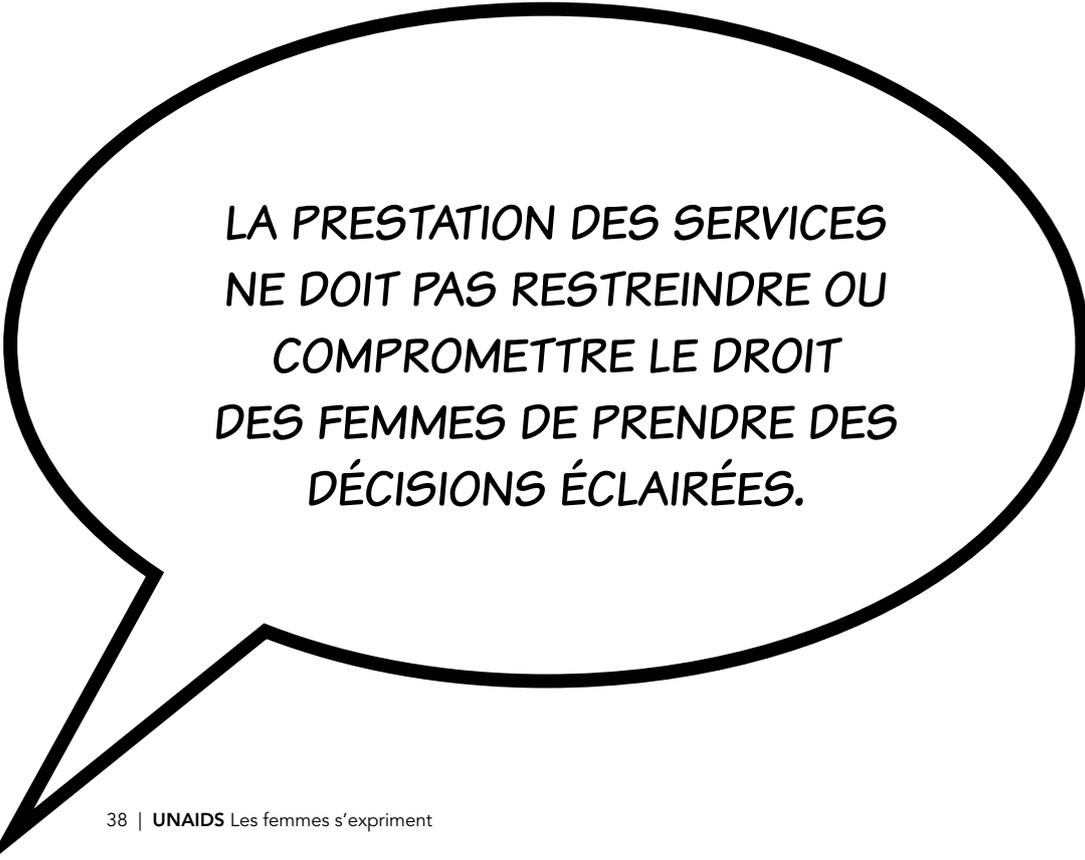
**NOUS DEVONS IMPÉRATIVEMENT
METTRE UN TERME AUX PROFONDES
DIFFÉRENCES ENTRE LES CONTINENTS ET
LES DIVERS GROUPES DE FEMMES EN CE
QUI CONCERNE LE NIVEAU DE COUVERTURE
DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL.**

avaient plus de mal à discuter de leurs problèmes émotionnels et privés avec eux. De telles perceptions ancrées chez les femmes victimes de maltraitements peuvent également avoir des effets négatifs sur les résultats du traitement (8). Une autre étude a démontré que les femmes pour lesquelles l'observance du traitement antirétroviral posait certaines difficultés pouvaient être maltraitées par les prestataires de services si elles leur expliquaient qu'elles avaient oublié de prendre des doses (8).

Pour les femmes issues des groupes clés, dont les professionnelles du sexe, les transsexuelles, les consommatrices de drogues injectables, les femmes incarcérées et les femmes déplacées, l'accès et l'adhésion au traitement peuvent être entravés par la stigmatisation et la discrimination, la menace de violence ou d'arrestation, la peur de se confier ou encore les obstacles juridiques et politiques. Par exemple, les consommatrices de drogues séropositives qui sont enceintes ou ont des enfants peuvent refuser de suivre un traitement antirétroviral parce qu'elles craignent d'attiser l'hostilité des praticiens ou qu'on leur retire leurs enfants. De nombreux services de prévention et de prise en charge du VIH dans le monde, y compris des centres de traitement de la dépendance aux drogues, n'acceptent pas les femmes, d'autant plus si elles sont enceintes, séropositives ou ont des enfants. Les raisons justifiant l'application de ces politiques d'admission restrictives incluent le manque de logements séparés en fonction du sexe et de structures de garde d'enfants. De plus, les préjugés des professionnels de santé et des membres des organisations communautaires à l'égard des consommatrices de drogues dressent de nouveaux obstacles à l'initiation d'un traitement (9).

Même dans des pays où l'accès gratuit au traitement antirétroviral et aux soins médicaux est universel, comme au Canada, les consommatrices de drogues injectables ont moins de chance d'accéder et d'adhérer à un traitement antirétroviral, abstraction faite du niveau de consommation de drogues et des caractéristiques cliniques (10).

Il est évident que les efforts mis en œuvre pour permettre à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'accéder à un traitement antirétroviral d'ici à 2015 doivent être intensifiés afin d'augmenter la couverture du traitement pour les femmes, notamment celles qui n'ont pas facilement accès aux soins de santé. De plus, les obstacles qui restreignent l'accès des hommes aux services de prise en charge doivent être identifiés



**LA PRESTATION DES SERVICES
NE DOIT PAS RESTREINDRE OU
COMPROMETTRE LE DROIT
DES FEMMES DE PRENDRE DES
DÉCISIONS ÉCLAIRÉES.**

de toute urgence. En ce qui concerne les couples sérodifférents, il est nécessaire d'orienter les hommes vivant avec le VIH vers des services de traitement. De cette façon, tant les hommes que les femmes bénéficieront d'un accès équitable aux programmes de traitement.

En parallèle, les femmes doivent pouvoir accéder à un traitement pour leur propre santé, au sein comme en dehors des dispensaires prénatals. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de s'assurer que les services de traitement sont accessibles, tiennent compte des questions de sexospécificité, sont non discriminatoires et respectent les droits et la confidentialité de toutes les femmes, quels que soient leur âge, leur orientation sexuelle, leur statut socioéconomique et leur profession.

LES FEMMES S'EXPRIMENT

DAWN AVERITT BRIDGE, LILLIAN KYOMUHANGI MWOREKO,
ANNA ZAKOWICZ

L'objectif qui consiste à assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH est une étape essentielle mais pour y parvenir, la santé, les vies et les droits humains des femmes doivent être placés au cœur des efforts. Nous, les femmes vivant avec le VIH, pouvons jouer un rôle déterminant dans l'intensification, l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies qui parviendront à atteindre nos communautés.

Ces deux dernières années ont vu de nettes avancées dans le domaine de la science. En parallèle, les programmes se sont intensifiés : le nombre de personnes et de communautés qui bénéficient d'un traitement et de modalités de prévention n'a jamais été aussi grand.

L'expérience de l'une de nos co-auteurs, Lillian Mworeko, qui suit un traitement antirétroviral depuis 10 ans et présente une charge virale indétectable, témoigne du coût humain de l'inégalité d'accès au traitement antirétroviral :

En 1999, lorsque j'ai été diagnostiquée séropositive, nous avons décidé de constituer un réseau de personnes vivant avec le VIH en Ouganda. Sur 10 formateurs, un seul suivait un traitement antirétroviral et la devise était : « mangez bien pour vivre plus longtemps ». En 2003, lorsque nos alliés occidentaux nous ont enfin donné des médicaments dont ils n'avaient plus besoin, les personnes vivant avec le VIH ont dû déterminer quelles personnes ils mettraient sous traitement antirétroviral, ce qui s'est avéré très difficile. Nous avons dû établir des critères et avons décidé de commencer par les personnes qui ne tarderaient sans doute pas à succomber à la maladie.

Nous, les femmes vivant avec le VIH, sommes réparties sur plusieurs continents et vivons dans des contextes économiques différents. Cependant, nous avons toutes le droit de bénéficier d'un accès équitable au traitement. Il s'agit d'une question de droits humains. Nous devons impérativement mettre un terme aux profondes différences entre les continents et les divers groupes de femmes en ce qui concerne le niveau de couverture du traitement antirétroviral. En d'autres termes, les consommatrices de drogues, les professionnelles du sexe, les transsexuelles, les femmes incarcérées, les migrantes, les jeunes femmes vivant avec le VIH et les femmes séropositives souffrant de handicaps doivent jouir du même niveau d'accès au traitement.

En dépit de l'importance des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant pour le dépistage (car ils servent de premier point d'accès aux soins et au traitement), il est indispensable de s'assurer que les efforts d'intensification des programmes liés au VIH ne ciblent pas uniquement ces établissements ; les femmes ont le droit d'accéder au traitement en dehors des centres de santé maternelle et doivent être encouragées à y avoir recours pour leur propre santé. De plus, la prestation des services ne doit pas restreindre ou compromettre le droit des femmes de prendre des décisions éclairées au sujet du traitement, des stratégies de prévention, de la grossesse et de la prise en charge. Nous avons le droit d'être pleinement informées et consultées à propos des nouvelles stratégies envisagées par les gouvernements, comme l'Option B+ (un traitement antirétroviral préconisé pour les femmes enceintes, à commencer dès le diagnostic et à poursuivre toute la vie, quelle que soit la numération des CD4).

Nous, les femmes et les filles vivant avec le VIH, sommes des mères, des amies, des épouses et des filles. Nous sommes les moteurs du changement au sein de nos communautés. Outre le VIH, nous sommes confrontées à d'autres risques, comme l'hépatite C, la tuberculose et les maladies non transmissibles, pour lesquels nous devons également avoir accès au traitement et comprendre les interactions médicamenteuses correspondantes. Celles d'entre nous qui sont transsexuelles ont du mal à accéder aux informations relatives aux interactions possibles entre le traitement antirétroviral et les hormones.

Chaque jour, nous vieillissons avec le VIH. Nous sommes victimes de violence et de discrimination de la part de nos partenaires, des membres de notre famille et même des prestataires de soins de santé, tant au niveau des services de planification familiale et de soins de santé généraux qu'au niveau des services spécifiquement liés au VIH. Tout cela peut nuire à l'accès au traitement et à sa bonne observance.

Malgré cela, nous continuons de mettre en place des programmes de dépistage, de traitement et de prise en charge du VIH, mais également des programmes d'appui à l'observance du traitement, des campagnes de sensibilisation, des systèmes de suivi et des prestations de services à tous les niveaux. Nous avons également créé des réseaux pour partager nos connaissances et nous entraider, mais aussi pour mobiliser et sensibiliser nos communautés.

Nous, les femmes vivant avec le VIH, avons toujours œuvré en faveur de l'accès universel au traitement antirétroviral. Notre engagement consiste entre autre à : mener des mesures de plaidoyer audacieuses contre les Accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce en Inde ; effectuer un suivi des interruptions de traitement en Russie ; fournir des soins et apporter de l'amour aux enfants orphelins d'Afrique ; mettre en place des interventions pour garantir l'accès des femmes Afro-Américaines incarcérées au traitement antirétroviral ; et favoriser l'éducation au traitement antirétroviral des femmes transsexuelles au Brésil.

Il convient de s'appuyer sur l'expertise des femmes vivant avec le VIH et des femmes issues de populations marginalisées pour s'assurer que des services efficaces de diagnostic, de traitement et de prise en charge sont mis en place et dispensés conformément aux droits humains des femmes et à la réalité de nos vies. Les succès remportés à ce jour auraient été sans doute plus grands si les femmes vivant avec le VIH avaient été davantage impliquées dans le processus. Ce manque d'implication des femmes fait toujours cruellement défaut au niveau des nombreux postes essentiels de direction, de décision et de conception des programmes. De même, la part des financements alloués aux initiatives des femmes vivant avec le VIH et aux organisations de soutien aux femmes n'est pas proportionnelle à nos besoins et contributions.

L'engagement à dispenser un traitement offre la possibilité d'améliorer la santé et la longévité des femmes qui, autrement, auraient perdu la vie ou des êtres chers. Cela ne suffit plus d'évaluer et de rendre compte du nombre de personnes bénéficiant d'un traitement ; nous devons quantifier la qualité des services et ventiler les données pour prendre en compte la diversité des groupes de femmes.

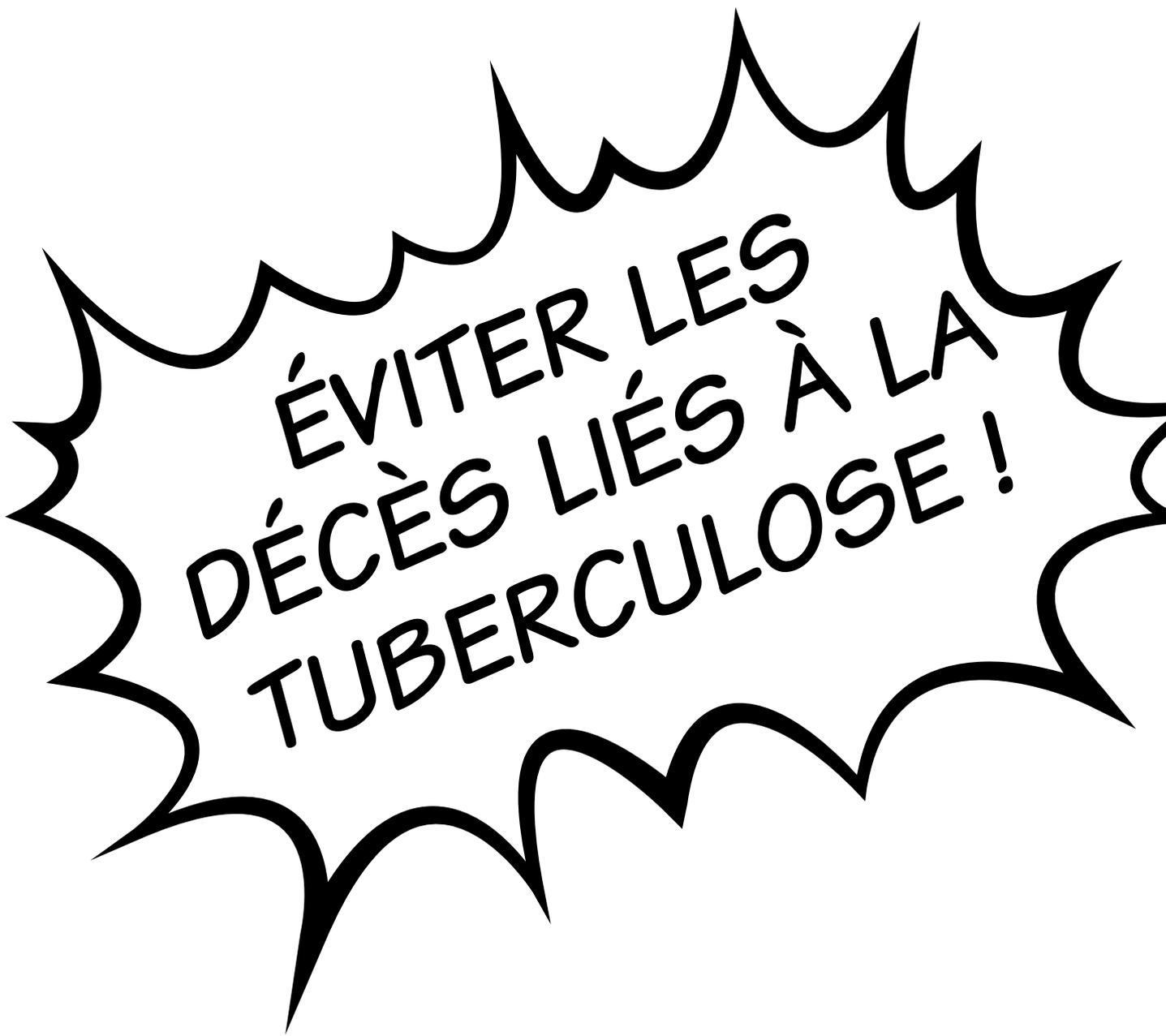
Pour améliorer de façon significative les vies des femmes vivant avec le VIH et, en fin de compte, renforcer l'efficacité du traitement, nous devons documenter clairement nos obstacles quotidiens, nos réussites et les enseignements tirés, puis les convertir en directives opérationnelles.

Nous, les femmes vivant avec le VIH, saluons les progrès scientifiques accomplis en termes de traitement et de prévention. Au nom de la santé publique, nous appelons toutefois au respect de notre droit de décider de l'opportunité de suivre un traitement et quand le commencer. Enfin, il est indispensable de garantir une couverture universelle et uniforme, y compris pour le diagnostic, le suivi de la charge virale et le traitement des infections opportunistes, dans un cadre respectueux des droits de l'Homme.

Dawn Averitt Bridge est fondatrice et directrice de The Well Project / Women's Research Initiative on HIV/AIDS (WRI) aux États-Unis d'Amérique ; Lillian Kyomuhangi Mworeko est la coordinatrice régionale de l'ICW (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida) Afrique de l'Est en Ouganda ; Anna akowicz est coprésidente du conseil d'administration du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH en Pologne.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Renforcer les investissements continus en faveur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, axer les efforts sur la réduction des prix des médicaments et assurer la disponibilité des médicaments génériques par une plus grande concurrence entre les fabricants de produits génériques, mais surtout une concurrence non restreinte par les accords de libre-échange, l'exclusivité des données et la protection du monopole.**
- **Consolider la Medicines Patent Pool en établissant des indicateurs pertinents pour les femmes, et renforcer son utilisation par les sociétés pharmaceutiques.**
- **Réduire les coûts des nouvelles combinaisons de traitements antirétroviraux, tout en garantissant l'accès universel aux traitements de deuxième intention.**
- **Garantir l'accès de toutes les femmes au traitement antirétroviral, tout en réduisant le fardeau posologique associé au médicament.**
- **Augmenter les investissements en faveur de l'éducation au traitement pour toutes les femmes vivant avec le VIH, afin d'encourager la prise de décisions libres et éclairées au sujet du traitement et de favoriser l'observance du traitement antirétroviral.**
- **Plaider en faveur d'un financement durable à long terme.**



ÉVITER LES
DÉCÈS LIÉS À LA
TUBERCULOSE !

× 10

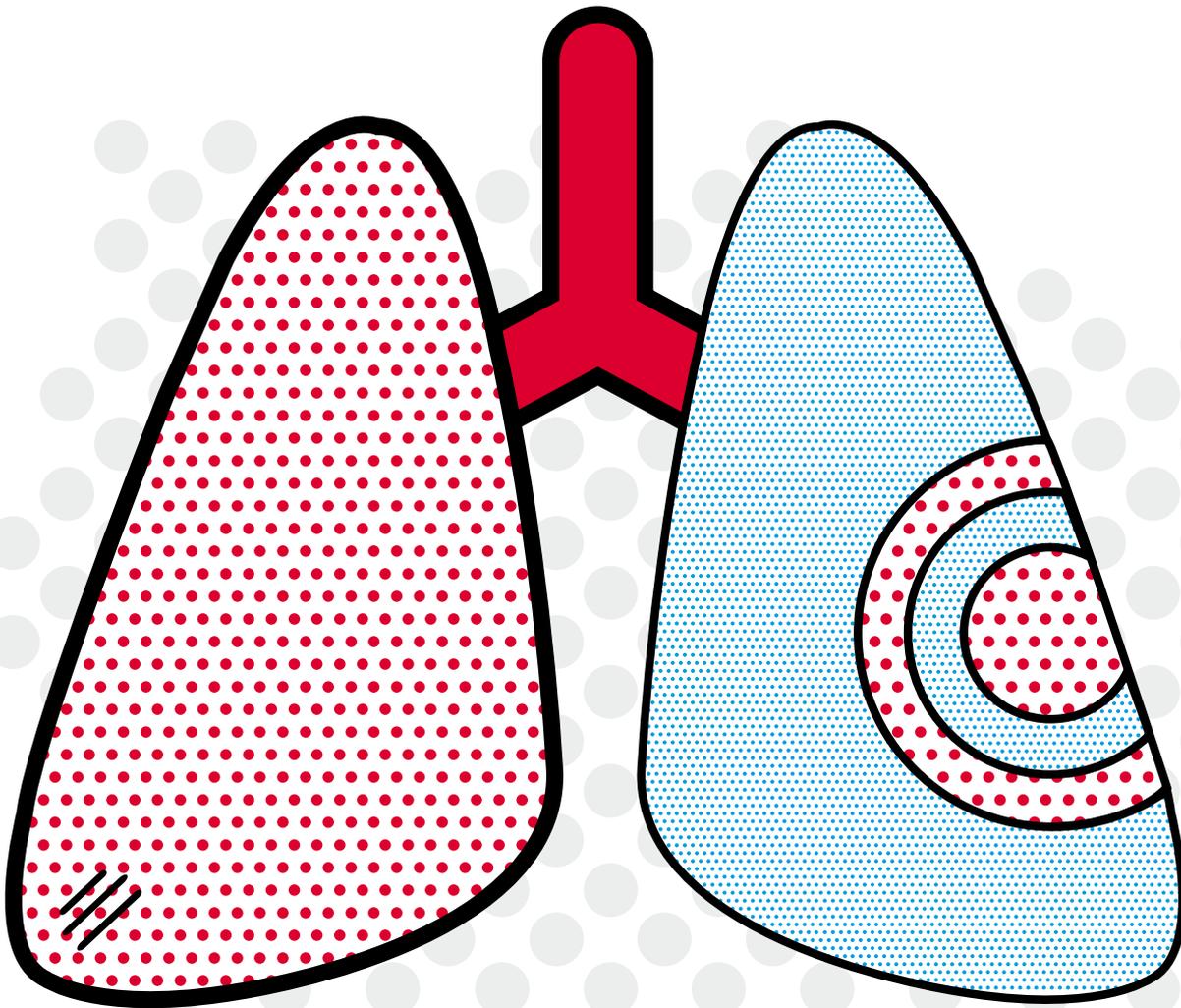
Les femmes enceintes vivant avec le VIH ont 10 fois plus de risque de contracter la tuberculose active que les femmes enceintes séronégatives.

× 2,5

La tuberculose présente un risque de nouvelles infections 2,5 fois plus élevé chez les enfants nés de mères vivant avec le VIH.

20 %

En Afrique, le taux de mortalité dû à la tuberculose est 20 % plus élevé chez les femmes que chez les hommes.



OBJECTIF 5

RÉDUIRE DE MOITIÉ LES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI À 2015.

LE VIH EST LE PLUS HAUT FACTEUR DE RISQUE CONNU DE LA TUBERCULOSE, ET LA TUBERCULOSE LIÉE AU VIH EST UNE DES PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, CAUSANT LA MORT DE 200 000 FEMMES SÉROPOSITIVES CHAQUE ANNÉE.

Introduction

La tuberculose et le VIH sont étroitement liés. En 2011, sur les 8,7 millions de personnes infectées par la tuberculose dans le monde, près de 1,1 million (13 %) étaient séropositives, les taux de co-infection pouvant atteindre 80 % dans les pays d'Afrique (1).

À l'échelle mondiale, le nombre de cas de tuberculose est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cependant, dans les zones à prévalence du VIH très élevée, les taux de mortalité semblent être supérieurs chez les femmes (1, 2). Bien que le taux de mortalité mondiale attribuable à la tuberculose liée au VIH soit relativement similaire pour les hommes et les femmes, en Afrique, le taux de mortalité dû à la tuberculose était 20 % plus élevé parmi les femmes que parmi les hommes en 2011. Chez les femmes vivant avec le VIH, le risque de mort maternelle due à la tuberculose est deux fois plus élevé et le risque de mort infantile presque trois fois plus élevé par rapport aux risques encourus par les femmes séronégatives (3, 4).

Par ailleurs, la tuberculose est le plus grand facteur de mortalité chez les femmes et tue à elle seule autant que toutes les causes de mortalité maternelle réunies (5). Sur les 8,7 millions de cas de tuberculose déclarés dans le monde en 2011, près de 2,9 millions ont été identifiés chez des femmes (1). En 2011, on estimait à 500 000 le nombre de décès imputables à la tuberculose chez les femmes, dont environ 200 000 décès liés au VIH (marge : 185 000-215 000) (1).

En parallèle, les taux de notification des cas de tuberculose augmentent chez les femmes dans les zones à prévalence du VIH élevée, notamment en Afrique australe, ce qui alourdit la charge de la tuberculose chez les femmes (2). Les cas non diagnostiqués de tuberculose active sont fréquents chez les femmes enceintes. En outre, l'infection à VIH expose les femmes à un risque élevé de tuberculose pendant la grossesse (3), et les femmes enceintes vivant avec le VIH ont 10 fois plus de risque de contracter la tuberculose active que les femmes enceintes séronégatives (6).

La tuberculose est associée à un risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant 2,5 fois plus élevé (7). Le traitement antirétroviral s'avère essentiel pour prévenir la tuberculose chez les femmes. Une méta-analyse récente (8) d'études menées dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a démontré que le traitement antirétroviral permet de réduire de 65 % le risque de contracter la tuberculose, quelle que soit la numération des CD4. Cependant, la couverture du traitement antirétroviral est encore limitée. En effet, 68 % des femmes dans le monde ont suivi un traitement en 2011, mais seulement 57 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans des pays à revenu intermédiaire ont bénéficié de traitements efficaces pour empêcher la transmission du VIH à leur enfant (9).

Inciter au changement

Les obstacles socioéconomiques ont des répercussions indéniables sur l'accès des femmes aux informations et aux services liés à la tuberculose, et ceux-ci expliquent les cas de non-détection ou de détection tardive. Par exemple, en cas de ressources limitées et lorsque les femmes sont dépendantes économiquement de leurs partenaires, celles-ci peuvent tarder à se faire soigner. Un certain nombre d'études ont également démontré que les femmes attendent jusqu'à deux fois plus longtemps que les hommes avant de rechercher un traitement pour la tuberculose, ce qui peut aggraver la maladie, compromettre le succès du traitement et augmenter le risque de transmission de l'infection (10). De plus, les femmes vivant avec le VIH qui sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination peuvent avoir peur de demander des informations au sujet du VIH et de la tuberculose et de recourir à des soins (11).



**LES FEMMES VIVANT AVEC
LE VIH ET CO-INFECTÉES PAR LA
TUBERCULOSE SONT DÉLAISSÉES DANS
LA LUTTE TERRITORIALE AU SEIN DU SYSTÈME
DE SANTÉ QUI CREUSE LE FOSSÉ ENTRE LES
SERVICES DE PRISE EN CHARGE
DU VIH ET DE LA TUBERCULOSE.**

Afin de réduire de moitié le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015 tout en tenant compte des besoins des femmes vivant avec le VIH, la prévention, le dépistage et le traitement de la tuberculose doivent être considérés comme des interventions clés à tous les stades de la prise en charge (tant au cours de la grossesse qu'avant, pendant et après l'accouchement), notamment dans les zones à prévalence du VIH très élevée. Plus précisément, les femmes doivent pouvoir accéder à des services de dépistage du VIH et si elles sont diagnostiquées séropositives, elles doivent être admissibles au traitement « Trois I » du VIH et de la tuberculose (thérapie préventive à l'isoniazide, Intensification du dépistage et lutte contre l'Infection) et, le cas échéant, doivent être mises sous traitement antirétroviral de manière plus précoce.

De meilleurs systèmes s'imposent

Des systèmes doivent être mis en place pour proposer des procédures de vérification de l'admissibilité au traitement antirétroviral ainsi que des tests de dépistage de la tuberculose. Si possible, les services de santé sexuelle et reproductive et les programmes de prise en charge du VIH doivent pouvoir proposer de nouvelles solutions de diagnostic rapide. Dans le cas contraire, un système de consultation efficace doit être mis en place pour encourager le diagnostic précoce de la tuberculose chez les femmes vivant avec le VIH. En outre, toutes les femmes chez qui les deux maladies ont été diagnostiquées doivent pouvoir bénéficier d'un traitement précoce du VIH et de la tuberculose.

De plus amples informations sur le traitement précoce du VIH et de la tuberculose doivent également être mises à la disposition des femmes vivant avec le VIH, notamment celles attendant un enfant, pour qu'elles puissent accéder aux services nécessaires de dépistage, de diagnostic et de traitement de la tuberculose.

Des recherches plus approfondies sont nécessaires en ce qui concerne la tuberculose et le VIH chez les femmes séropositives. Les réseaux de femmes vivant avec le VIH doivent être mobilisés et soutenus en vue de renforcer la base de connaissances et d'exiger une meilleure intégration ainsi qu'un accès précoce aux interventions liées à la tuberculose et au VIH dans les services de santé maternelle et infantile.



**LES FEMMES AUX QUATRE
COINS DU MONDE MÈNENT DES
PROGRAMMES DE DEPISTAGE DE LA
TUBERCULOSE ET DES PROGRAMMES
COMMUNAUTAIRES DE PRÉVENTION
AUPRÈS DE LEURS PAIRS.**

LES FEMMES S'EXPRIMENT

CAROL NAWINA NYIRENDA, GRACIA VIOLETA ROSS, ALEXANDRA VOLGINA

Nous, les femmes vivant avec le VIH, avons assisté à une transformation de l'épidémie au moment où les communautés locales des quatre coins du monde ont exprimé leur désir de contribuer à faire avancer la riposte au sida. La même chose doit se passer pour la tuberculose.

Nous avons vu de nombreuses femmes vivant avec le VIH mourir de tuberculose. Nous-mêmes avons subi les effets potentiellement mortels de la stigmatisation liée au VIH et à la tuberculose : erreur de diagnostic au péril de nos vies, mauvais traitements au sein du système de santé et double fardeau de s'occuper des autres tout en prenant soin de nous.

La tuberculose est rarement diagnostiquée, en particulier les infections extrapulmonaires liées au VIH. Face à l'augmentation des taux de transmission du VIH par voie sexuelle dans certaines zones, comme en Russie, le VIH et la tuberculose commencent à affecter des groupes de populations qui n'étaient pas considérés jusqu'à présent comme les plus vulnérables, y compris les femmes dites « socialement intégrées ». Rares sont les médecins qui soupçonnent une tuberculose ou une infection à VIH chez de tels patients, qui suivent alors un traitement contre la pneumonie au lieu de se rendre dans des centres de dépistage confidentiel et volontaire du VIH ou de la tuberculose. La maladie est donc diagnostiquée bien trop tard.

Par ailleurs, les femmes marginalisées ont souvent des dépendances comme l'alcool, la drogue et la cigarette qui, outre les effets négatifs sur la santé générale et sur les résultats du traitement de la tuberculose, peuvent conduire à une grave dépression. Pour nous, le diagnostic de la tuberculose nous oblige à nous rendre dans un centre de santé inhospitalier où les médecins utilisent un jargon technique que nous avons du mal à comprendre et qui porte atteinte à la dignité humaine, comme les termes « suspect de tuberculose » et « mauvais adhérent au traitement ». Les femmes co-infectées suite à la consommation de drogues injectables sont considérées comme la lie de la société.

Une fois le diagnostic prononcé, nous devons porter le double fardeau de s'occuper de nos proches (notamment des membres de notre famille) et de vivre avec la maladie. Lorsque notre mari est malade, notre devoir d'épouse est de veiller sur lui et ce même lorsque nous sommes nous-mêmes malades. Mais lorsque nous tombons malades, notre mari nous confie souvent à notre famille pour qu'elle prenne soin de nous, et ces soins à domicile sont souvent prodigués par une femme. Pour de nombreuses femmes infectées à la fois par le VIH et la tuberculose, cette double stigmatisation et ce double fardeau sont difficiles à supporter.

Le traitement de la tuberculose peut être pénible, nécessite de se rendre à de nombreuses reprises dans des établissements de santé ou de séjourner longtemps à l'hôpital, nous isole de nos familles et nous sépare de nos enfants. Dans certains pays, les ruptures de stocks de médicaments sont fréquentes, ce qui aggrave le problème croissant de la tuberculose multirésistante aux médicaments (TB-MR).

Absence d'initiative communautaire

Les femmes vivant avec le VIH et co-infectées par la tuberculose sont délaissées dans la lutte territoriale au sein du système de santé qui creuse le fossé entre les services de prise en charge du VIH et de la tuberculose. Nous entendons beaucoup de choses au sujet de l'intégration du traitement, mais aucune action concrète n'est prise.

Nous, les femmes vivant avec le VIH, sommes conscientes des progrès réalisés dans la riposte au sida, y compris pour les femmes. Nous disposons de réseaux internationaux ; bon nombre d'entre nous parlent ouvertement de leur statut sérologique et s'investissent personnellement dans la riposte au sida. Cependant, peu d'initiatives ont été entreprises au niveau communautaire en réponse aux épidémies de tuberculose. En réalité, la communauté de patients infectés par la tuberculose est quasi inexistante.

Même au sein de la communauté de personnes vivant avec le VIH, le risque de co-infection chez les femmes a rarement fait l'objet de discussions et d'analyses approfondies. En dépit des nombreuses recommandations visant à approfondir l'analyse sexospécifique et à mieux comprendre la vulnérabilité aux épidémies de VIH/tuberculose, peu de mesures ont été mises en place. Pour nous, cela révèle de profondes lacunes dans notre compréhension des dimensions sexospécifiques des deux épidémies.

Comment pouvons-nous affirmer que la tuberculose est l'une des principales causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH (y compris les femmes) sans garantir la mise en œuvre de programmes communs de lutte contre le VIH et la tuberculose ? Comment pouvons-nous améliorer les vies de ceux vivant avec le VIH tout en mettant de côté les programmes de lutte contre la tuberculose ?

Face à cette stigmatisation, il est difficile pour les personnes infectées à la fois par le VIH et la tuberculose d'unir leurs forces et de revendiquer ouvertement leurs droits. Dans ce contexte, les organisations communautaires jouent un rôle crucial que l'on ne saurait sous-estimer. Des femmes aux quatre coins du monde mènent des programmes de dépistage de la tuberculose et des programmes communautaires de prévention auprès de leurs pairs, notamment en Afrique. Certaines femmes jouent un rôle de premier plan dans le cadre du Partenariat Halte à la tuberculose et de la délégation des communautés du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'autres organismes de santé internationaux. Mais où sont les autres femmes ? Comment le mouvement féministe se fait-il entendre dans le monde ? Comment les défenseuses de la santé maternelle et infantile se font-elles entendre ?

Nos voix s'élèvent

Celles d'entre nous qui vivent avec le VIH et la tuberculose et qui ont suivi un traitement efficace peuvent tirer parti de leur expérience, et le font bel et bien, pour défendre et promouvoir des services de prise en charge du VIH et de la tuberculose plus efficaces, notamment pour les femmes et les enfants. Nous préconisons l'intégration des communautés affectées à tous les niveaux, en particulier lors du processus de prise de décision, afin de mobiliser davantage de ressources dans la lutte contre la tuberculose et de démystifier la maladie.

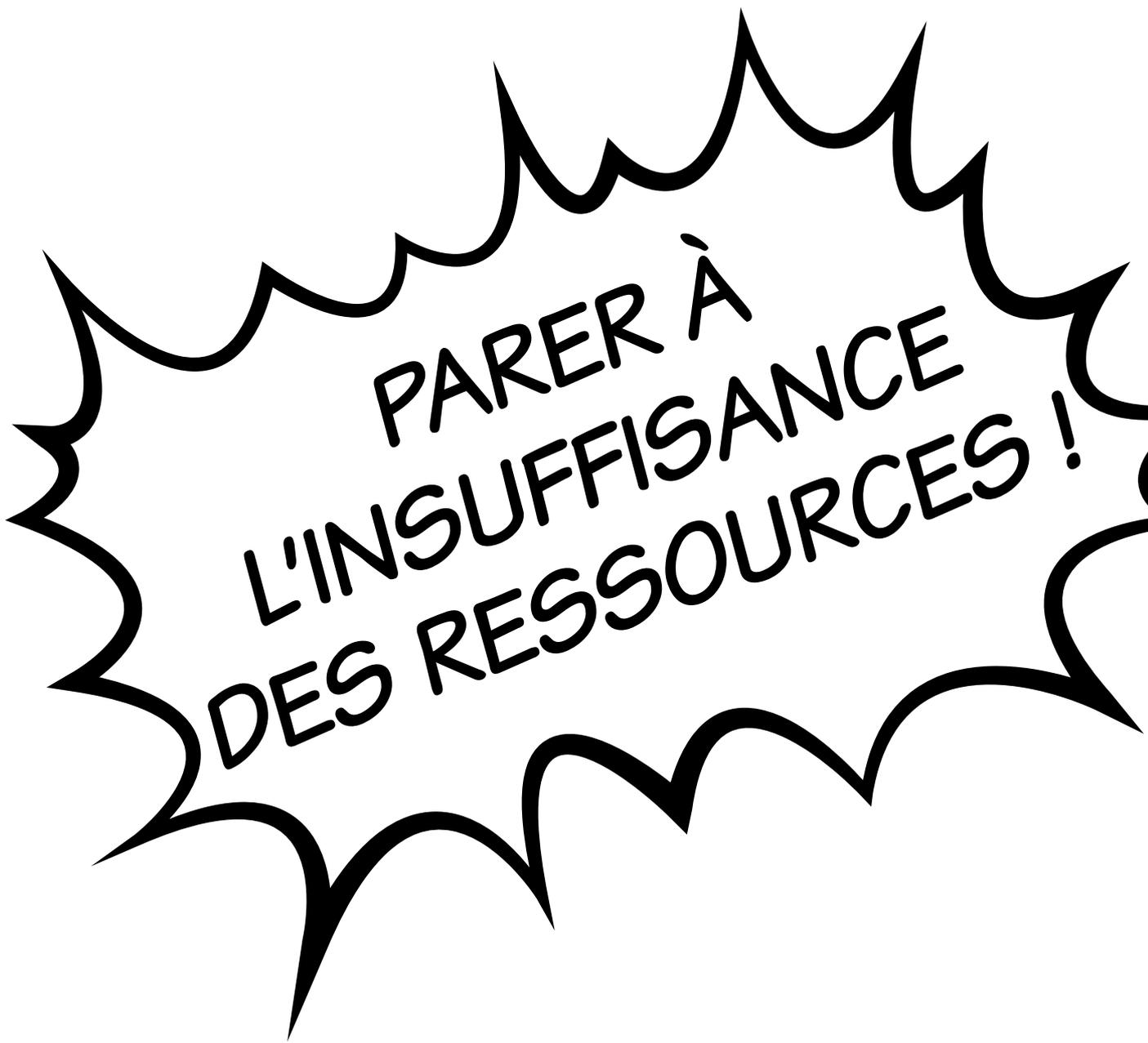
Les initiatives coordonnées par la société civile sont importantes, comme en témoignent les ruptures de stocks de médicaments contre la tuberculose multirésistante à Saint-Pétersbourg (Russie). Le réseau Equity. Verity. Advocacy. (E.V.A) - constitué de femmes qui vivent avec le VIH et ont contracté d'autres maladies ayant des incidences sociales importantes - a maintenu des contacts permanents avec les établissements de prise en charge de la tuberculose, les sociétés pharmaceutiques et les patients. Le groupe d'initiative Patients in Control a lui opté pour des stratégies de plaidoyer plus vigoureuses (manifestations dans la rue) et largement diffusées par les médias.

Il n'est pas nécessaire de réinventer la roue ; le monde du VIH comporte des mécanismes efficaces qui permettent de réduire la charge de la tuberculose pour les femmes.

Carol Nawina Nyirenda est la directrice exécutive de Community Initiative for TB, HIV/AIDS & Malaria en Zambie ; Gracia Violeta Ross est présidente nationale du Bolivian Network of People Living with HIV and AIDS (Réseau bolivien des personnes vivant avec le VIH/sida) ; Alexandra Volgina est la directrice exécutive de Equity. Verity. Advocacy. (E.V.A) en Russie.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Examiner la façon dont les femmes sont associées aux deux épidémies à travers les principaux défis auxquels nous sommes confrontées, à savoir la pauvreté, la maladie, le manque d'accès aux informations et aux services de santé et la stigmatisation.**
- **Rendre nos vies plus faciles en assurant la triple intégration des services de santé maternelle et infantile et de prise en charge du VIH et de la tuberculose.**
- **Nous respecter. Traiter celles d'entre nous qui vivent avec le VIH et/ou ont contracté la tuberculose comme des partenaires, et non pas uniquement comme des patientes.**
- **Nous donner les moyens de lutter contre les épidémies de tuberculose et de VIH/sida au sein de nos communautés. Nous sommes LA meilleure source d'information.**



PARER À
L'INSUFFISANCE
DES RESSOURCES !

30 PAYS

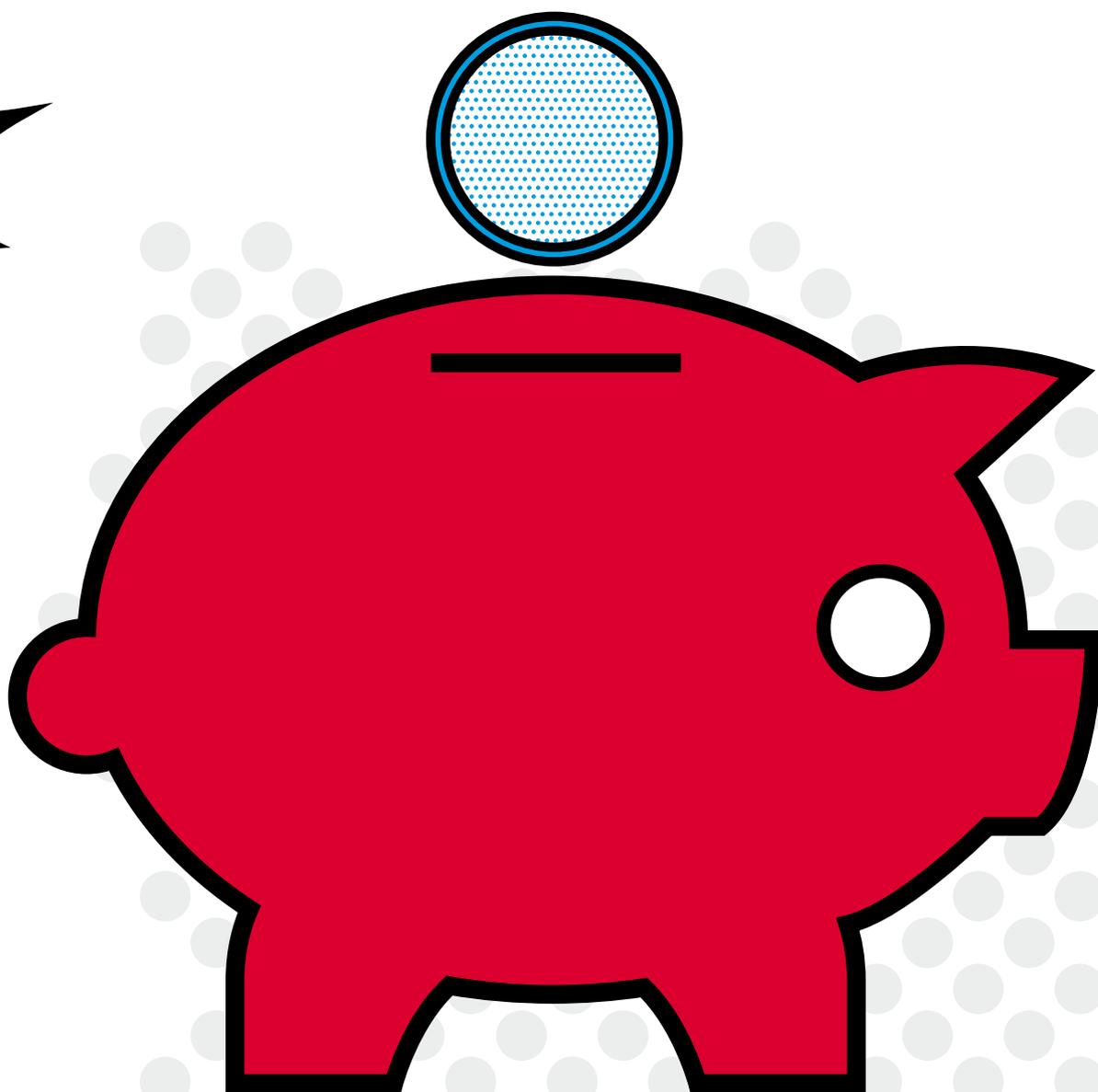
Trente pays à faible revenu et à revenu intermédiaire déclarent financer des programmes de réduction des violences sexistes dans le cadre de la riposte au VIH.

71 %

71 % des financements engagés dans la lutte contre le VIH spécifiques aux femmes sont consacrés à la prévention de la transmission verticale.

43 %

Les sources domestiques permettent de financer 43 % des dépenses consacrées au VIH en faveur des femmes des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.



OBJECTIF 6

RÉDUIRE, D'ICI À 2015, LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA, ET PARVENIR À UN INVESTISSEMENT MONDIAL ANNUEL DE USD 22-24 MILLIARDS DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU ET À REVENU INTERMÉDIAIRE.

EN 2011, LE TOTAL DES INVESTISSEMENTS MONDIAUX ENGAGÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH S'EST ÉLEVÉ À USD 16,8 MILLIARDS. CELA REPRÉSENTE UNE HAUSSE DE 11 % PAR RAPPORT À 2010, ET UNE AUGMENTATION DE 15 % DES DÉPENSES NATIONALES DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU ET À REVENU INTERMÉDIAIRE. POUR LA PREMIÈRE FOIS, LES RESSOURCES NATIONALES CONSACRÉES AU VIH DÉPASSENT L'INVESTISSEMENT EXTÉRIEUR INTERNATIONAL.

Introduction

En 2012, 127 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont transmis des rapports sur les dépenses consacrées aux interventions de prise en charge du VIH destinées aux femmes (tableau 6.1). Ces rapports répertorient les programmes destinés à éviter de nouvelles infections chez les enfants et à maintenir les mères en vie, à prévenir le VIH chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients et à réduire les violences sexistes, et les programmes spécifiques de lutte contre le sida destinés aux femmes. Au total, 85 pays ont déclaré des dépenses dans les catégories sélectionnées et le montant total des dépenses nationales consacrées aux interventions destinées spécifiquement aux femmes était d'environ USD 288 millions. Sur cette somme, environ 42,4 % étaient issus de ressources nationales.

Cependant, on ne dispose pas de données relatives aux dépenses ventilées par sexe pour la plupart des interventions destinées à la fois aux hommes et aux femmes, telles que le traitement antirétroviral, ou pour les interventions dont le financement est censé cibler en priorité les femmes, comme le soutien familial/domestique ou la protection sociale, au moyen de prestations financières ou en nature et de projets générateurs de revenus. Il se peut donc que le montant total du financement consacré au VIH en faveur des femmes soit supérieur aux chiffres anticipés si l'on ne tient compte que des financements affectés à des interventions sexospécifiques.

TABLEAU 6.1. DÉPENSES TOTALES CIBLANT LES FEMMES, PAR INTERVENTION

INTERVENTION	NOMBRE DE PAYS AYANT TRANSMIS DES DONNÉES	DÉPENSES TOTALES CIBLANT LES FEMMES	% ISSU DE RESSOURCES NATIONALES	% DES DÉPENSES TOTALES
PROGRAMMES VISANT À ÉVITER DE NOUVELLES INFECTIONS CHEZ LES ENFANTS ET À MAINTENIR LES MÈRES EN VIE	79	USD 203 millions	47 %	70 %
PROGRAMMES DE PRÉVENTION DESTINÉS AUX PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE ET À LEURS CLIENTS	73	USD 65 millions	15 %	23 %
PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXISTES	30	USD 16 millions	92 %	6 %
AUTRES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES DE LUTTE CONTRE LE SIDA DESTINÉS AUX FEMMES	34	USD 4 millions	5 %	1 %
TOTAL		USD 288 millions	43 %	100 %

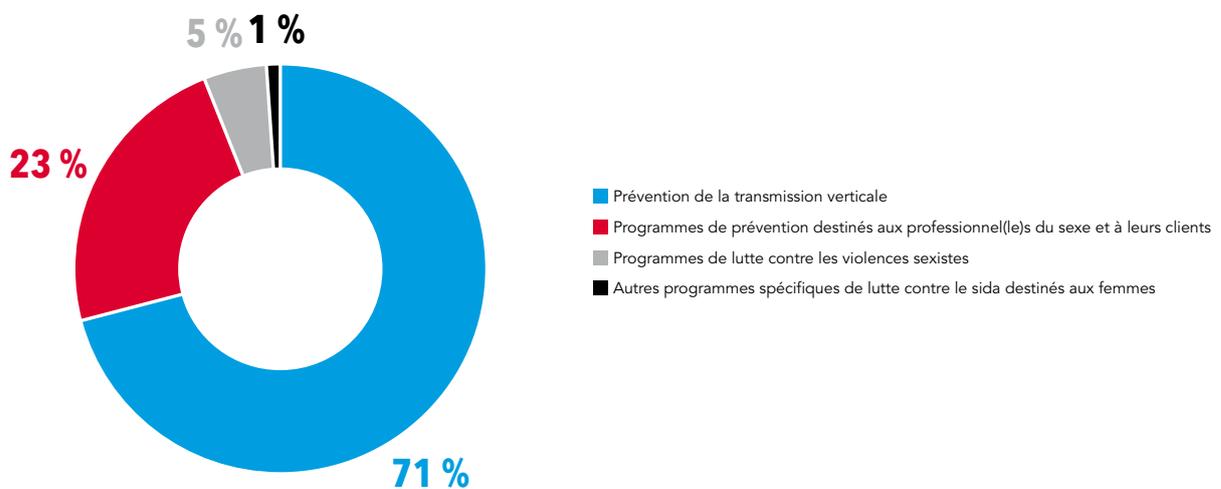
Source : Rapports d'activité soumis par les pays en 2012 (www.unaids.org/cpr)

Bien que ces données soient les plus pertinentes en matière de dépenses sexospécifiques consacrées au VIH à l'échelle nationale, elles ne font pas apparaître la totalité des investissements engagés dans la lutte contre le VIH en faveur des femmes. Certains pays durement touchés par l'épidémie (le Malawi, le Mozambique et la Zambie, par exemple) n'ont pas transmis de rapports, et la plupart des pays qui ont soumis des rapports sur les interventions retenues présentent un faible taux de prévalence du VIH. En outre, les rapports sont plus ou moins complets selon les pays ; par exemple, certains n'ont pas communiqué d'informations sur l'ensemble des interventions destinées aux femmes. On ne dispose pas de suffisamment de critères utiles pour définir ce que devraient recouvrir les interventions destinées aux femmes.

Par ailleurs, les services de prévention (y compris les interventions destinées aux professionnel(le)s du sexe) et les programmes de traitement ciblent généralement les deux sexes, mais peu de pays fournissent des données relatives aux dépenses ventilées par sexe. La prévention des nouvelles infections chez les enfants et le maintien des mères en vie représentent une part importante des interventions sexospécifiques de prise en charge du VIH, qui sont considérées comme prioritaires. Ces services n'incluent pas toujours le traitement du VIH au long cours chez les femmes ou la prise en compte de leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, parmi lesquels la prévention primaire (figure 6.1).

Si l'on met de côté les limites de ces données, cette analyse montre bien que des investissements significatifs sont réalisés en matière de services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH destinés aux femmes, grâce à des financements issus à la fois de sources nationales et internationales. Près de la moitié des dépenses sexospécifiques sont réalisées dans les pays d'Afrique subsaharienne alors que, parallèlement, les États situés dans la tranche supérieure des pays à revenu intermédiaire investissent une part plus importante de leurs ressources nationales totales, en comparaison avec les États de la tranche inférieure des pays à revenu intermédiaire et les pays à faible revenu.

FIGURE 6.1. DÉPENSES TOTALES CONSACRÉES AU VIH SPÉCIFIQUES AUX FEMMES, 2009-2011



Source : Rapports d'activité soumis par les pays en 2012 (www.unaids.org/cpr).

Une étude marquante menée en Afrique du Sud démontre bien l'intérêt d'investir dans l'égalité des sexes, puisqu'elle indique que 13,9 % des nouvelles infections à VIH pourraient être évitées si les inégalités entre les sexes étaient éliminées (1). Au-delà de l'égalité des sexes, l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles et la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 reconnaissent également que la lutte contre les violences à l'égard des femmes et des filles fait partie intégrante d'une riposte efficace au VIH (2, 3). Pourtant, l'investissement dans la lutte contre les violences sexistes dans le cadre de la riposte au VIH est limité : seuls 30 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire déclarent financer des programmes de réduction des violences sexistes dans le cadre de la riposte au VIH, ce qui ne représente que 5 % des dépenses consacrées aux interventions ciblant spécifiquement les femmes (tableau 6.1).

Données du Fonds mondial sur les interventions sexospécifiques

On estime que 44 % des investissements du Fonds mondial sont consacrés au soutien à la santé des femmes et des filles et contribuent aux objectifs du millénaire pour le développement numéros 4 (réduction de la mortalité infantile) et 5 (amélioration de la santé maternelle) (4, 5). Cependant, les demandes de financement auprès du Fonds mondial témoignent d'approches limitées dans la riposte au VIH chez les femmes et les filles (6). Par exemple, les pays qui mettent en œuvre des programmes visant à éliminer les nouvelles infections chez les enfants et à maintenir les mères en vie ont surtout sollicité des fonds destinés à la prise en charge des médicaments antirétroviraux utilisés pendant

la grossesse et/ou l'accouchement. Peu d'éléments indiquent que d'autres piliers de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant sont mis en œuvre : prise en compte des besoins de traitement à long terme pour les femmes vivant avec le VIH, services complets de santé reproductive et planification familiale.

En outre, l'évaluation de la stratégie du Fonds mondial en matière d'égalité des sexes a montré que le déploiement de cette stratégie et l'affectation de fonds dédiés à l'égalité des sexes dans les subventions accordées aux pays restent limités. La Stratégie 2012-2016 du Fonds mondial encourage et incite les pays à mettre au point les programmes permettant d'améliorer l'accès aux services de santé pour les communautés touchées et à mettre en place un environnement social et politique propice, pouvant être déployé en faveur de n'importe quel groupe particulièrement touché, dont les femmes (7). Ces limites dans l'approche adoptée par le Fonds mondial laissent néanmoins penser que les inégalités entre les sexes et les violences sexistes risquent de ne pas être prioritaires dans les prochains financements qui seront accordés.

Les organisations de la société civile, parmi lesquelles les réseaux de femmes vivant avec le VIH, ont exprimé leurs inquiétudes quant à la diminution du soutien financier apporté à leurs activités, qui les empêche de participer efficacement à la riposte contre le sida (8). Alors que le Fonds mondial est en train d'adopter un nouveau modèle de financement et de développer des dossiers d'investissement, il sera important de veiller à ce que la société civile soit pleinement associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes. Les organisations de la société civile doivent bénéficier de financements d'un montant adapté en faveur du renforcement des dispositifs communautaires et de la gestion communautaire des services, qui incluent des interventions spécifiques en faveur des femmes. Les mécanismes de financements doubles continueront d'être un élément stratégique de cette démarche.

Données du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida des États-Unis relatives aux interventions sexospécifiques

Parmi les grands donateurs internationaux en faveur du sida, le gouvernement des États-Unis assure un solide leadership et apporte des ressources importantes en faveur des femmes et des filles. Le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida des États-Unis (PEPFAR) porte sur les actions suivantes :

- Améliorer l'égalité des sexes dans les programmes et services de prise en charge du VIH/SIDA, et notamment l'accès aux services de santé reproductive ;
- Diminuer la violence et la coercition ;
- Faire participer les hommes et les garçons à l'évolution des normes et des comportements ;
- Renforcer la protection juridique des femmes et des filles ;
- Renforcer l'accès des femmes et des filles aux revenus et aux ressources productives, dont l'éducation.

Le Plan présidentiel d'urgence prévoit des financements importants pour la lutte contre les violences sexistes, reconnues comme étant à la fois une cause et une conséquence du VIH. Au total, les États-Unis ont investi USD 155 millions ces deux dernières années et ont contribué à intégrer la démarche de lutte contre les violences sexistes dans les programmes existants de prise en charge du VIH (9). Ce Plan vise un créneau spécifique des programmes nationaux de prise en charge du VIH et contribue de façon stratégique aux ripostes au VIH destinées à éliminer les attitudes et les comportements sexistes néfastes. Sur la période 2010-2011, le PEPFAR a investi environ USD 8,5 milliards pour

soutenir les ripostes au VIH dans 34 pays et dans le cadre de trois programmes régionaux. Sur cette somme, USD 155 millions ont été directement consacrés à la lutte contre les violences sexistes.

Progresser vers les objectifs de 2015

Afin de combler le déficit de moyens, tous les pays devront assumer pleinement la responsabilité d'optimiser la riposte au VIH en consolidant les ressources nationales et en allouant des investissements selon une approche ciblée et stratégique. Néanmoins, le sida reste un obstacle majeur au développement et exige de l'ensemble des partenaires qu'ils honorent leur engagement à mettre fin à l'épidémie dans un esprit de solidarité mondiale.

À mesure que les dépenses nationales augmentent et que l'appropriation nationale se renforce, les pays se doivent de veiller encore et toujours à ce que la riposte au sida porte de façon spécifique sur les droits de toutes les femmes vivant avec ou touchées par le VIH, y compris leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, au-delà de leur rôle potentiel de mères. Puisque les dossiers d'investissement stratégique permettent désormais d'augmenter le financement au sein des programmes nationaux de prise en charge du VIH, c'est le moment idéal pour positionner l'égalité des sexes et les violences sexistes au cœur de la riposte au VIH.

Les partenaires du développement et les gouvernements nationaux doivent investir dans les réseaux et organisations de femmes vivant avec le VIH pour leur permettre d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies innovantes destinées à répondre aux besoins des femmes. Il est essentiel de mettre en place des dispositifs d'affectation des ressources en fonction d'indicateurs de performance sexospécifiques et de mesures budgétaires sexospécifiques, afin d'optimiser les dépenses et d'améliorer le suivi des ressources ciblant les femmes et les filles.

Il convient également de soutenir les pays dans l'amélioration de la collecte des données relatives aux dépenses consacrées au VIH qui permettent de répondre aux besoins et aux priorités des femmes.



**DANS UN CONTEXTE
DE DIMINUTION DE L'AIDE
MULTILATÉRALE ET BILATÉRALE,
IL N'A JAMAIS ÉTÉ AUSSI URGENT DE
DISPOSER D'UN MODÈLE DE FINANCEMENT
DURABLE DE PRISE EN CHARGE DU VIH,
CAPABLE DE RÉPONDRE
À NOS BESOINS.**

LES FEMMES S'EXPRIMENT

MOROLAKE ODETOYINBO, RACHEL ONG, KIM NICHOLS

Les femmes doivent porter la bonne parole auprès de leurs gouvernements : l'appropriation nationale est essentielle pour assurer la prévention et l'amélioration des traitements. Les femmes vivant avec le VIH doivent jouer un rôle central dans l'appel à la mobilisation pour recueillir les USD 24 milliards de dollars annuels nécessaires d'ici à 2015 pour combler l'écart mondial en matière d'accès universel. Lorsque nous venons négocier les ressources dont nous avons besoin, nous représentons une force et une voix puissantes, et nous sommes sur un pied d'égalité.

Lors de la réunion de négociation sur la rédaction définitive de la Déclaration politique des Nations Unies en 2011, réservée aux représentants des pays, nous avons choisi, en tant que militantes, d'enfreindre le dispositif de sécurité et de transmettre à nos collègues situés à l'extérieur des informations sur les positions de différents pays. Malgré l'accord obtenu sur l'augmentation de l'objectif d'investissement mondial pour atteindre USD 22-24 milliards dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le texte de la Déclaration prévoyait la réalisation de cet objectif par le renforcement de l'appropriation nationale des ripostes au sida, imposant ainsi aux gouvernements du Sud d'intensifier les investissements consacrés au VIH. Pour certaines d'entre nous, cela a marqué le début de la diminution de l'engagement financier des pays du G8.

La mise en place de calendriers par certains pays donateurs pour atteindre les 0,7 % de leur produit national brut consacré à l'aide publique au développement d'ici à 2015 a permis d'accroître les ressources disponibles. Cependant, l'augmentation des contributions internationales en faveur du VIH d'une année sur l'autre n'est pas encore aussi rapide que les avancées scientifiques qui ont permis de mettre sur le marché de nouveaux médicaments plus sûrs. Grâce à la généralisation du dépistage, la séropositivité est diagnostiquée bien plus tôt et celles d'entre nous qui ont accès à un traitement antirétroviral sont confrontées aux conséquences plus générales sur leur santé de l'augmentation de leur espérance de vie.

Dans un contexte de diminution de l'aide multilatérale et bilatérale, il n'a jamais été aussi urgent de disposer d'un modèle de financement durable de prise en charge du VIH, capable de répondre à nos besoins. Comme le prévoit le nouveau cadre d'investissement pour la riposte mondiale au VIH, en plus des soutiens extérieurs, les pays doivent réaliser leurs propres investissements et disposer de stratégies à plus long terme concernant les services de santé et le renforcement des systèmes communautaires (10).

Ces dix dernières années, nous avons observé une rationalisation des coûts liée à l'expiration des brevets de certains médicaments, à la délivrance (obligatoire ou volontaire) de licences de production de médicaments antirétroviraux essentiels et à la prise de pouvoir des fabricants de médicaments génériques sur le marché des médicaments antirétroviraux dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Nous espérons que de nouvelles dispositions plus équitables en matière de propriété intellectuelle, telles que l'initiative de Medicines Patent Pool, permettront de mettre les médicaments antirétroviraux à disposition des femmes et des enfants qui en ont besoin pour survivre. Pour atteindre l'objectif d'une couverture universelle du traitement et de zéro nouvelle infection dans les années à venir, nous devons également prévoir la prise

en charge de nouveaux médicaments antirétroviraux de deuxième et troisième génération, qui seront deux à trois fois plus chers, en attendant la signature d'accords équitables de licences sur les brevets pour les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Malgré les progrès considérables en matière de traitements, nous manquons cruellement d'interventions éprouvées de prévention du VIH, d'un microbicide efficace et abordable pour la pré-exposition ou d'un vaccin contre le VIH concluant. Les interventions comportementales de prévention du VIH destinées aux femmes sont très loin d'atteindre les niveaux d'efficacité nécessaires à la réduction de moitié de la transmission par voie sexuelle d'ici à 2015.

Dans cette démarche de diminution des infections, nous ne pouvons plus passer sous silence les questions liées aux inégalités entre les sexes, au respect de soi et à la dignité pour tous, et aux violences à l'égard des femmes. Tant que les violences sexistes et les rapports sexuels de survie ne permettront pas aux femmes et aux filles de pratiquer une sexualité à moindre risque, la prévention de la transmission du VIH devra aller bien au-delà du simple accès à des préservatifs et de la mise en place de clubs de jeunes filles chastes. La protection de la santé des femmes et des filles nécessite un investissement plus important dans la recherche, afin de mettre au point des méthodes biomédicales de prévention du VIH gérées par les femmes.

Si l'on veut combler le déficit de moyens, il ne suffit pas de se déclarer favorable aux quatre grands fronts de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (à savoir la prévention primaire contre le VIH chez les femmes en âge de procréer, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, la sécurisation de l'alimentation du nourrisson et le traitement), alors que dans les faits, les ressources sont majoritairement affectées à la prévention de la transmission verticale. Il faut consacrer à la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH le même niveau d'efforts et d'investissements que ceux mis en place pour fournir aux femmes et aux nourrissons des traitements antirétroviraux de prophylaxie pré- et post-exposition. Il est honteux que la majorité des femmes ne puissent toujours pas bénéficier de services de planification familiale dans les centres de traitement du VIH.



**LES FEMMES
VIVANT AVEC LE VIH ONT
FORMÉ, ENCADRÉ, ENCOURAGÉ ET AIDÉ
À SE POSITIONNER D'AUTRES FEMMES,
POUR GARDER LA FLAMME DE NOTRE
COMBAT INTACTE ET VEILLER À CE
QUE NOUS AYONS TOUJOURS
NOTRE MOT À DIRE.**

Il y a toujours très peu de femmes aux postes à responsabilités, car ce sont généralement elles qui sont chargées de s'occuper de leur famille. L'urgence de la prise en charge des femmes dans la riposte au sida n'a jamais vraiment été prise en compte par les dirigeants nationaux, et nous avons dû lutter pour nous imposer et solliciter des ressources.

En Asie, les femmes ont été les premières à lancer des groupes d'entraide portant sur les problèmes spécifiques rencontrés par les femmes. En Afrique, les femmes ont participé activement au lobbying visant à mobiliser des ressources pour le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les femmes vivant en Europe, en Amérique du Nord, en Amérique latine ou dans les Caraïbes nous ont enseigné que le lobbying auprès des décideurs est un moyen efficace de les rallier à notre cause et de transformer les responsables politiques et les bureaucrates en défenseurs de nos idées. À l'échelle mondiale, les femmes vivant avec le VIH ont formé, encadré, encouragé et aidé à se positionner d'autres femmes, pour garder la flamme de notre combat intacte et veiller à ce que nous ayons toujours notre mot à dire.

Nous devons être des partenaires respectées dans l'élaboration des stratégies, plans et budgets nationaux, afin que les programmes répondent directement à nos besoins et protègent nos droits en tant que femmes, dans toute notre diversité. Pour combler le déficit de moyens, nos besoins doivent être pris en compte par des actes.

Morolake Odetoyinbo est la directrice exécutive de Positive Action for Treatment Access au Nigéria ; Rachel Ong est la correspondante communication pour la délégation des communautés au sein du Conseil d'administration du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, basé à Singapour ; Kim Nichols est co-directrice exécutive de l'African Services Committee, basé à New York, États-Unis.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Nous consulter véritablement en tant que partenaires respectées dans le cadre des programmes de recherche, de la prévention, du traitement, de la prise en charge et du soutien à la lutte contre le VIH chez les femmes.**
- **Nous intégrer et financer nos activités : nous avons une grande influence au sein des conseils d'administration des institutions multilatérales.**
- **Nous impliquer dans la recherche de financements innovants en faveur de la santé et dans l'élaboration de cadres de dépenses à l'échelle nationale et communautaire.**
- **Collaborer avec nous pour combattre les obstacles empêchant l'accès aux médicaments génériques et à faibles coûts.**
- **S'appuyer sur les éléments communs entre la riposte au VIH et les initiatives visant à atteindre les objectifs de développement validés à l'échelle internationale.**
- **Fournir des données ventilées à l'échelle nationale qui recensent les investissements réalisés auprès de différentes communautés.**



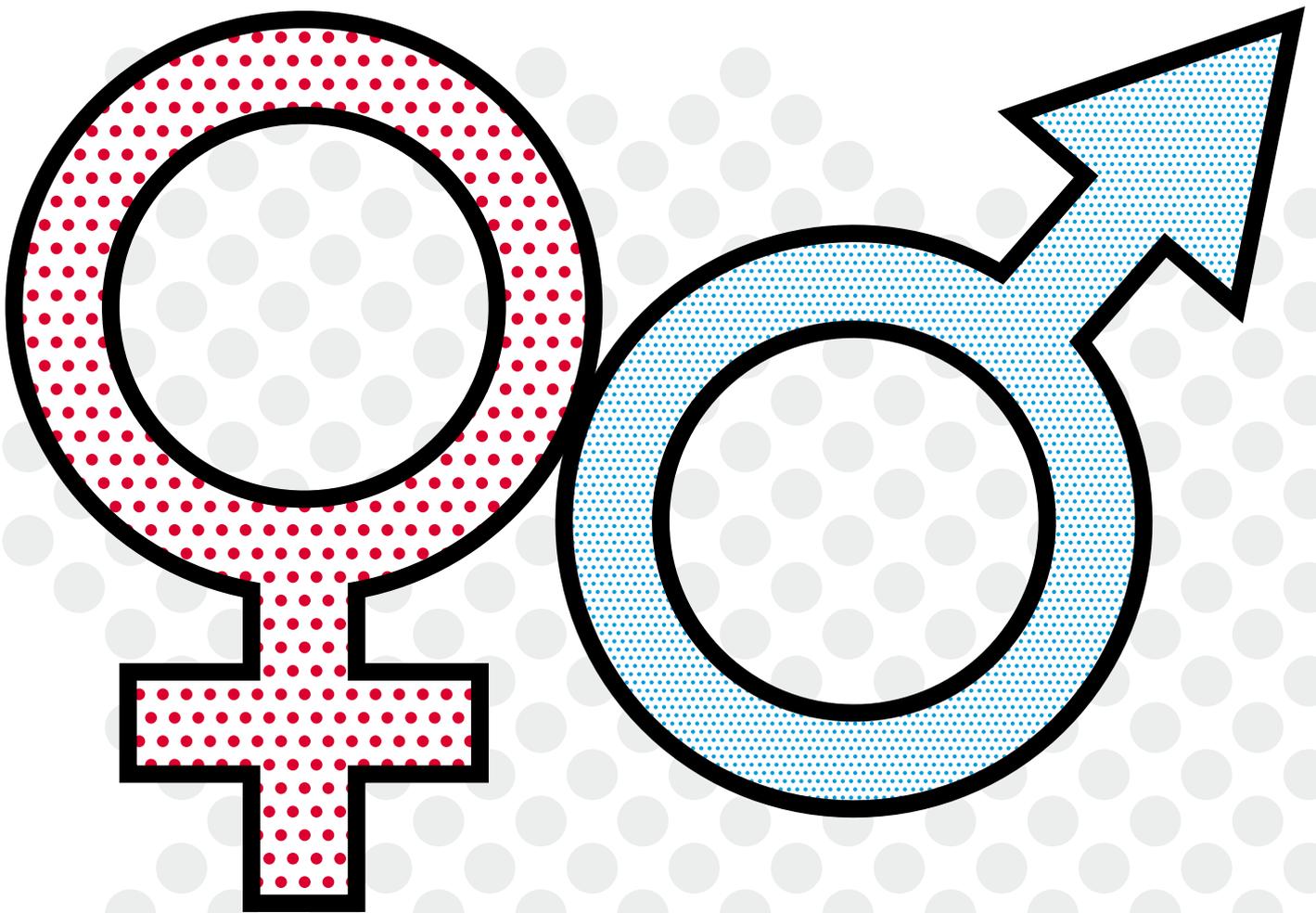
ÉLIMINER LES
INÉGALITÉS ENTRE
LES SEXES !

29 %

Au Zimbabwe, les signalements de violence sexuelle ou physique sont supérieurs de 29 % chez les femmes vivant avec le VIH, par rapport aux autres femmes.

50 MILLIONS

En Asie, on estime à 50 millions le nombre de femmes qui sont exposées à l'infection à VIH par leur partenaire.



OBJECTIF 7

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES ET LES VIOLENCES ET ABUS SEXISTES ET RENFORCER LA CAPACITÉ DES FEMMES ET DES FILLES À SE PROTÉGER CONTRE LE VIH.

EN RAISON DE LEUR STATUT SÉROLOGIQUE ET DES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES, LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH SONT PARTICULIÈREMENT MARGINALISÉES SUR LE PLAN PHYSIQUE, SOCIAL ET ÉCONOMIQUE (1).

Introduction

Près de la moitié des personnes vivant avec le VIH sont des femmes. Les conséquences de l'épidémie de VIH sur les femmes et les filles sont renforcées par la vulnérabilité physiologique des femmes vis-à-vis du VIH et par l'inégalité des relations de pouvoir entre les hommes et les femmes. Souvent victimes d'exclusion sociale et économique, les femmes sont bien plus touchées par les conséquences du VIH en termes de stigmatisation et de discrimination, de peurs, de violences et d'idées reçues sur la maladie.

Dans la plupart des cultures, cette exclusion, associée aux inégalités d'accès à l'éducation et aux ressources, empêche les femmes dans toute leur diversité d'accéder à des services et à un appui essentiels (2). Les inégalités entre les sexes limitent la capacité de nombreuses femmes et filles à protéger leur santé et leurs droits, en particulier en matière de sexualité et de reproduction.

Les transsexuelles vivant avec le VIH sont victimes de plusieurs niveaux de stigmatisation. Nombre d'entre elles sont obligées d'exercer des activités très risquées, telles que le commerce du sexe, car elles sont exclues des autres activités économiques. Des données indiquent que les professionnelles du sexe transsexuelles ont des taux d'infection au VIH quatre fois supérieurs à ceux des professionnelles du sexe nées femmes (3). En 2012, seuls 43 % des pays ont indiqué que leurs stratégies nationales s'adressaient aux personnes transsexuelles.

Violences sexistes

Les violences sexistes sont l'une des manifestations les plus brutales des inégalités entre les sexes. Les femmes vivant avec le VIH risquent d'être davantage confrontées à la violence en raison de leur séropositivité. Les transsexuelles vivant avec le VIH sont particulièrement vulnérables (4). La violence sexuelle, physique et psychologique à l'égard des femmes vivant avec le VIH peut se dérouler au sein du couple, de la famille ou de la communauté, et parfois même dans les centres de soins médicaux. Les femmes vivant avec le VIH sont particulièrement vulnérables à la violence ; au Zimbabwe, par exemple, les signalements de violences sexuelles ou physiques sont supérieurs de 29 % chez les femmes vivant avec le VIH, par rapport aux autres femmes (5).

En plus des atteintes physiques et psychologiques directes, le fait de subir ces violences peut provoquer des problèmes à plus long terme, comme l'augmentation des comportements sexuels à risques dans les années qui suivent (6). D'après certaines études, les femmes et les filles victimes de violences sont souvent incapables de révéler ce qu'elles ont subi, à cause de la honte, ou de la peur de l'abandon ou de représailles (7). Le silence qu'elles s'imposent les empêche de bénéficier des services dont elles ont besoin et perpétue le cercle vicieux des violences à l'égard des femmes vivant avec le VIH (8, 9). Les femmes vivant avec le VIH citent d'ailleurs les violences ou la crainte des violences comme un obstacle important à l'accès aux services de prévention et de traitement vitaux de prise en charge du VIH (10).

Les violences peuvent également être associées à une vulnérabilité accrue au VIH. Des recherches menées en Afrique du Sud indiquent que 11,9 % des nouvelles infections à VIH pourraient être évitées si les femmes ne subissaient pas de violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire (11). En Inde, une étude portant sur plus de 28 000 femmes mariées a révélé que celles qui avaient subi à la fois des violences physiques et sexuelles de la part de leur partenaire avaient trois fois plus de risques d'être séropositives que les femmes n'ayant subi aucune violence (12). Au-delà du coût humain et social, on estime que le coût économique est considérable (13).

Accès aux services et aux informations

Les messages classiques de prévention du sida, « abstinence, fidélité, recours aux préservatifs » n'ont pas réussi à répondre aux réalités et aux besoins des femmes vivant avec le VIH. Les femmes monogames qui ont contracté le VIH dans le cadre du mariage en sont la preuve. En effet, pour de nombreuses femmes, le sexe conjugal est une activité très risquée. Rien qu'en Asie, on estime à 50 millions le nombre de femmes qui sont exposées à l'infection à VIH par leur partenaire (14). Les femmes enceintes peuvent être davantage exposées à une séroconversion pendant leur grossesse (15).

D'après les évaluations participatives menées par l'ONUSIDA (16) portant sur les obstacles sexospécifiques en matière d'accès aux services de prévention des nouvelles infections chez les jeunes enfants et de maintien des mères en vie, les femmes vivant avec le VIH n'ont aucun pouvoir de décision et n'ont pas accès aux ressources. La peur de la violence et de l'abandon, ainsi que les attitudes culturelles vis-à-vis du sexe, de la grossesse et du VIH, apparaissent également comme des obstacles de taille.

Les femmes et les filles vivant avec le VIH sont confrontées à de nombreux obstacles pour accéder aux services de traitement. On sait que l'absence de confidentialité et les attitudes hostiles des professionnels de santé découragent les femmes de se faire dépister et de révéler qu'elles sont infectées par le VIH (17). Lorsqu'elles se font dépister et révèlent leur statut sérologique, elles se voient reprocher d'avoir contracté le VIH et doivent faire face à des injures et des violations de leurs droits, en raison de leur immoralité supposée (18). Les jeunes femmes vivant avec le VIH sont particulièrement touchées par ces attitudes stigmatisantes lorsqu'elles ont recours à des services de santé sexuelle.

Les valeurs et normes culturelles qui découragent les jeunes femmes de connaître et de comprendre leur corps mettent leur vie en danger. Les données montrent que les besoins particuliers des filles et des jeunes femmes en matière d'éducation sexuelle sont très peu satisfaits (19). Il est important que tous les jeunes bénéficient d'une éducation sexuelle approfondie, notamment les filles et les jeunes femmes vivant avec le VIH, qui sont confrontées à des difficultés spécifiques en matière de vie sexuelle et reproductive et de relations intimes.

Les femmes transsexuelles ont beaucoup de mal à avoir accès à des informations et services liés au VIH, car elles sont souvent ridiculisées et négligées par les prestataires de santé, qui ne savent parfois pas si elles doivent bénéficier de services réservés aux hommes ou aux femmes (4). Des recherches menées aux États-Unis montrent que 28 % des personnes transsexuelles repoussent le recours aux services de santé lorsqu'elles sont malades ou blessées, en raison de la stigmatisation (20). Une autre étude a indiqué que 73 % des femmes transsexuelles diagnostiquées séropositives avaient ignoré leur statut sérologique (21).

Mobiliser les femmes vivant avec le VIH

Dans le monde entier, les femmes vivant avec le VIH prennent des initiatives et sont déjà en première ligne de la riposte au VIH, en faisant évoluer leurs communautés. La riposte au sida doit davantage mobiliser les femmes vivant avec le VIH à tous les niveaux, et réserver des financements suffisants pour ces activités, afin de veiller à ce que les services et actions de prise en charge du VIH soient adaptés à leurs besoins.

La riposte au sida doit également prévoir l'intégration de services de lutte et de prise en charge des violences sexistes dans les services de prise en charge du VIH. Les femmes vivant avec le VIH doivent être soutenues dans leur démarche de transformation sociale en faveur de l'égalité des sexes, des droits à la santé sexuelle et reproductive et de la tolérance zéro à l'égard de la violence au sein de leurs sociétés. Les hommes et les garçons doivent également rejoindre le mouvement afin de créer un environnement favorable à l'échelle de la famille, de la communauté et du pays.



**LÀ OÙ LES FEMMES ET LES
FILLES SONT VICTIMES DE VIOLENCES
ET D'INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES,
L'ÉPIDÉMIE DE VIH PROGRESSERA.**

Des actions de plaidoyer et de sensibilisation sont nécessaires pour promouvoir une plus grande responsabilité de la part des prestataires de services, des gouvernements et autres détenteurs d'obligations dans la prise en compte des besoins et des droits des femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité, y compris les femmes issues de groupes clés et les transsexuelles. Il est absolument fondamental de répondre aux besoins d'éducation au VIH et à la santé sexuelle et reproductive de la nouvelle génération de jeunes femmes et de filles qui sont nées avec le VIH ou qui sont devenues séropositives très jeunes (22, 23). Ces jeunes femmes exigent à juste titre de pouvoir exercer pleinement leurs droits à la santé sexuelle et reproductive (24).

L'inclusion et la mobilisation des femmes et des filles vivant avec ou touchées par le VIH sont essentielles pour que la riposte au sida soit efficace et durable.

LES FEMMES S'EXPRIMENT

PRUDENCE MABELE, VIOLETA ROSS QUIROGA, ANANDI YUVARAJ

Les violences à l'égard des femmes sont souvent classées dans la catégorie des « stigmatisations et discriminations ». Il s'agit là d'une banalisation et d'une neutralisation des expériences vécues, qui sont en fait la manifestation de violences structurelles, culturelles et directes à l'encontre des femmes vivant avec le VIH. D'après notre expérience, la riposte au sida n'est pas parvenue ni à mettre fin aux inégalités entre les sexes, ni à répondre de façon satisfaisante aux besoins des femmes et des filles.

Au fil des années, la terminologie du VIH a évolué en même temps que l'épidémie. Certains ont évoqué une « féminisation de l'épidémie », alors que d'autres ont estimé que ce constat était exagéré. Au milieu de cette « épi-guerre » sur qui est le plus exposé et qui l'est moins, nos droits en tant que femmes et en tant qu'individus appartenant à des groupes divers et assumant plusieurs rôles, ont été sacrifiés. Notre identité a été réduite à celle de mère pour les programmes de transmission verticale, de veuve du sida pour les programmes de soin et d'appui, ou de professionnelles du sexe parmi les populations les plus exposées; celles d'entre nous qui sont transsexuelles sont quant à elles quasiment invisibles.

Cette approche de l'épidémie est extrêmement patriarcale. Tout ce qui nous est proposé est lié aux hommes ou à notre relation avec les hommes, mais ne nous est pas destiné en tant que femmes et filles sur la base de l'équité et de l'égalité entre les sexes. Comprendre les inégalités entre les sexes dans le cadre de l'épidémie de VIH signifie également parler des hommes et les comprendre, pas uniquement en tant que coupables, mais également en tant que victimes de ce même système sexué qui oblige les hommes à se comporter d'une certaine façon pour prouver leur masculinité.

Là où les femmes et les filles sont victimes de violences et d'inégalités entre les sexes, l'épidémie de VIH progressera. Les programmes de prévention doivent porter à la fois sur nos risques et notre vulnérabilité au VIH. Par exemple, les facteurs de risques sont ceux sur lesquels la personne peut avoir une influence (par exemple, décider d'utiliser un préservatif), alors que la vulnérabilité regroupe des facteurs sur lesquels nous ne pouvons pas influencer en modifiant notre comportement (par exemple, sortir dans la rue et être violée) et qui nécessitent de faire évoluer la communauté.

La vulnérabilité au VIH dépend du contexte et dans de nombreux cas, ce sont la culture, notre statut social et économique et les dynamiques de pouvoir entre les hommes et les femmes qui nous font courir un risque particulier. En Amérique latine, comme dans de nombreuses régions du monde, la culture dominante « machiste » et l'idéal de la femme passive sont à l'origine des relations inégales entre les femmes et les hommes. Alors qu'il est acceptable pour les hommes d'être agressifs et sexuellement actifs, les femmes sont souvent élevées pour rester sages et silencieuses, sexuellement inactives et ignorantes. Ce n'est qu'un exemple des nombreux moyens par lesquels les violences et les inégalités entre les sexes se perpétuent dans le cadre de normes et de croyances culturelles.

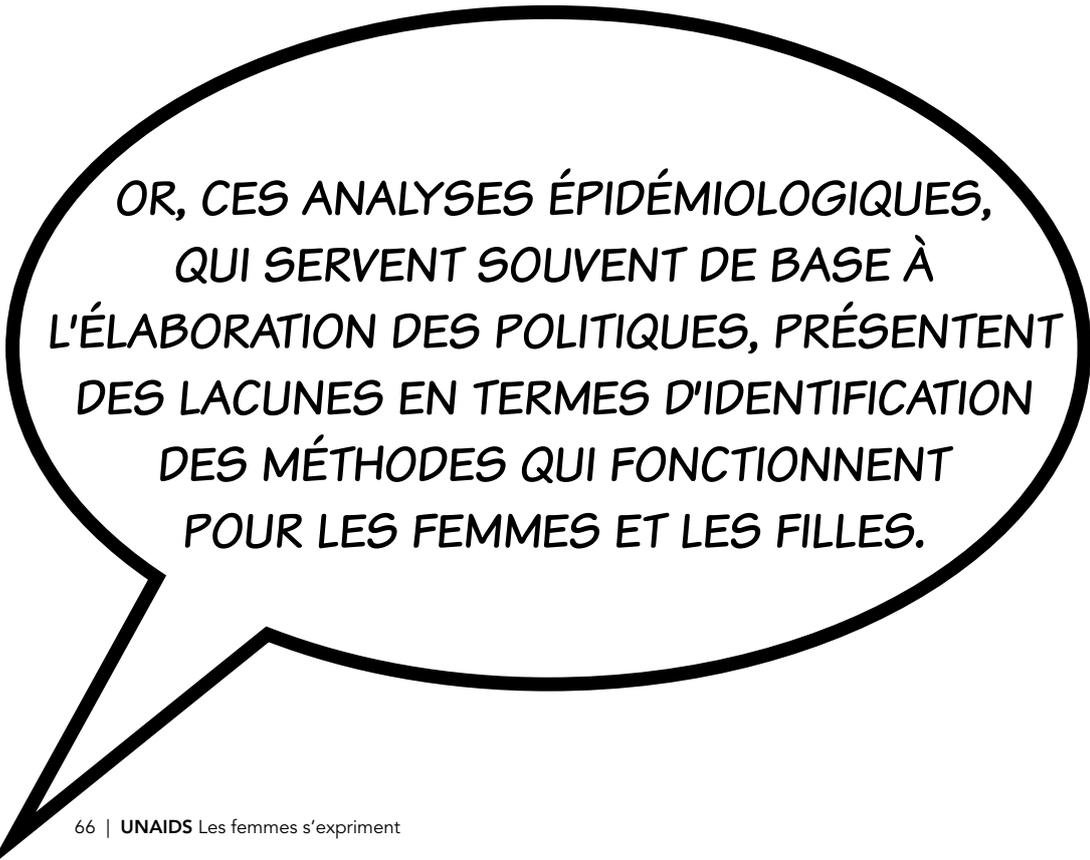
En Afrique du Sud, des femmes jeunes et moins jeunes sont violées et assassinées chaque jour. Notre question est la suivante : comment en est-on arrivé à cette situation, qui ne correspond pas à nos valeurs et à notre culture ? Les femmes s'interrogent : comment se fait-il que les services n'aient pas su nous protéger ? Nos femmes doivent pouvoir être guidées et recevoir un traitement prophylactique post-exposition, être entendues par la police et les autorités, et voir leurs agresseurs traduits en justice.

De même, les jeunes sont confrontés à des problèmes de pauvreté, ne disposent pas de réseaux sociaux de protection et peuvent devenir sans-abri en cas de consommation de drogues. Les jeunes femmes sans domicile fixe risquent de subir des violences et des maltraitements et dans certains pays, les consommatrices de drogues ne peuvent pas être accueillies dans des centres réservés aux femmes battues.

Tirer des leçons de notre expérience

L'épidémiologie a fait apparaître divers facteurs qui augmentent notre vulnérabilité au VIH. Or, ces analyses épidémiologiques, qui servent souvent de base à l'élaboration des politiques, présentent des lacunes en termes d'identification des méthodes qui fonctionnent pour les femmes et les filles et de valorisation de nos propres expériences en tant que femmes dans toute notre diversité.

En Afrique du Sud, par exemple, les femmes et les filles ne sont généralement pas considérées comme un groupe clé de la population, alors que le pays est situé dans une région où il y a plus de femmes vivant avec le VIH que d'hommes. Dans le monde, les programmes qui adoptent une approche transcendant les genres (c'est-à-dire, qui cherchent



**OR, CES ANALYSES ÉPIDÉMIOLOGIQUES,
QUI SERVENT SOUVENT DE BASE À
L'ÉLABORATION DES POLITIQUES, PRÉSENTENT
DES LACUNES EN TERMES D'IDENTIFICATION
DES MÉTHODES QUI FONCTIONNENT
POUR LES FEMMES ET LES FILLES.**

à faire évoluer les normes sexospécifiques néfastes et les inégalités entre les sexes pour arriver à des normes, structures et relations sociales équitables) sont sous-financés et mal intégrés dans les ripostes nationales au VIH. De nombreux pays prônent encore « l'abstinence, la fidélité et le recours aux préservatifs » auprès des femmes et des filles, et ne tiennent donc pas compte de nos réalités et du contexte socioculturel et religieux dont nous sommes issues.

Les interventions doivent s'appuyer sur notre besoin et notre droit propres à nous protéger du VIH. La riposte au sida ne doit pas nous enfermer dans une catégorie, puisque nous avons toutes des identités multiples. Une professionnelle du sexe peut également être une épouse : alors qu'elle utilise systématiquement des préservatifs avec ses clients, elle ne le fait pas avec son mari ou partenaire. De même, une femme mariée vivant avec le VIH peut ne pas révéler son statut sérologique à son mari (éventuellement) séronégatif, par peur de le perdre ou d'être gravement battue. Une jeune femme ne tiendra pas forcément compte des risques auxquels elle s'expose, car tout ce qu'elle éprouve, c'est de l'amour pour son partenaire. C'est le contexte social dans lequel nous vivons : il faut donc revoir tous nos programmes de prévention à l'aune de l'égalité des sexes et des droits de l'homme et concevoir de nouvelles stratégies.

Nous œuvrons dans un environnement dirigé par des hommes. Nous nous sommes battues pour prendre part au débat et nous avons obtenu des postes à responsabilités au sein des conseils nationaux du sida. Nous travaillons en collaboration étroite avec les ministres chargés de l'égalité des sexes et bénéficions également de relations stratégiques avec les ministères de la Santé, afin de veiller à ce que la question de l'égalité des sexes soit abordée et que tout soit mis en œuvre pour que la riposte nationale au sida transcende les genres.

Nous répertorions nos expériences, analysons les travaux de recherche existants sur l'égalité des sexes et plaidons en faveur de l'évolution des politiques et plans nationaux. Les femmes prennent de plus en plus de responsabilités à tous les échelons de l'action civique. Collectivement, elles sont en pleine évolution, et cela pourrait être encore plus rapide si cette évolution était valorisée et soutenue.

Prudence Mabele est la directrice exécutive de Positive Women's Network en Afrique du Sud ; Gracia Violeta Ross est présidente nationale du Bolivian Network of People Living with HIV (Réseau bolivien des personnes vivant avec le VIH/sida) ; Anandi Yuvraj est la coordinatrice régionale de l'ICW (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida) Asie-Pacifique en Inde.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Fournir des ressources suffisantes pour intensifier et mettre en œuvre des programmes qui transcendent les genres et fonctionnent pour les femmes.**
- **Faire progresser la recherche sur les inégalités entre les sexes, la discrimination, et les pratiques culturelles néfastes qui ont des conséquences sur la transmission du VIH, y compris les violences sexistes que nombre d'entre nous ont subies.**
- **Nous mobiliser pour assurer le suivi et l'évaluation des progrès réalisés.**
- **Investir dans notre émancipation par l'éducation, la santé, l'emploi et l'occupation de postes à responsabilités.**
- **Développer les programmes destinés aux femmes au-delà de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant pour proposer des programmes complets de prévention et de prise en charge.**
- **Investir dans nos communautés par des approches transcendant les genres pour combattre les normes sexospécifiques néfastes et aller vers les filles et les garçons dès leur plus jeune âge.**



ÉLIMINER LA
STIGMATISATION ET
LA DISCRIMINATION !

80 %

80 % des gouvernements indiquent disposer de lois ou de réglementations destinées à protéger les femmes contre la discrimination.

22 %

Près de 22 % des femmes vivant avec le VIH déclarent être suicidaires.

37 %

Près de 37 % des femmes vivant avec le VIH déclarent avoir été agressées physiquement.



OBJECTIF 8

ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION CONTRE LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH OU TOUCHÉES PAR CELUI-CI, À TRAVERS LA PROMOTION DE LOIS ET DE MESURES QUI ASSURENT LA PLEINE RÉALISATION DE L'ENSEMBLE DES DROITS DE L'HOMME ET DES LIBERTÉS FONDAMENTALES.

LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH SONT VICTIMES DE LA PERTE DE LEURS MOYENS DE SUBSISTANCE, D'EXPULSIONS, DU RIDICULE, D'INSULTES, DE HARCÈLEMENT, D'EXCLUSION, DE MENACES PHYSIQUES, D'AGRESSIONS, VOIRE DE MEURTRE. POURTANT, FACE À LA STIGMATISATION ET À LA DISCRIMINATION, ELLES DEVIENNENT ÉGALEMENT UNE FORCE DU CHANGEMENT (1).

Introduction

Les femmes sont souvent les principales victimes de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, indépendamment de l'épidémie et du contexte, parce qu'elles sont censées assurer le maintien des traditions morales de leurs sociétés et que le VIH est considéré comme une preuve de leur incapacité à remplir cette fonction sociale importante (2). Les femmes vivant avec le VIH sont encore victimes de stigmatisation, de discrimination et de violations de leurs droits humains au quotidien au sein de leurs familles et de leurs communautés, dans les établissements de santé, en tant que bénéficiaires de services juridiques et sociaux, et dans le monde du travail (tableau 8.1).

La stigmatisation et la discrimination ont un impact négatif sur les comportements des femmes en matière de santé et sur leur capacité à bénéficier de services et de soutien en la matière. Les violations des droits humains des femmes vivant avec le VIH sont courantes dans les établissements de santé, notamment le refus de donner des informations ou la désinformation en matière de santé sexuelle et reproductive, de planification familiale et de prévention et de traitement du VIH. Les femmes vivant avec le VIH ont également déclaré s'être vu refuser l'accès à des services, avoir été traitées de façon brutale et culpabilisante, ou avoir vu leurs droits à la confidentialité et à un consentement éclairé bafoués (1). Selon une récente étude transversale menée au Kenya, la peur de la stigmatisation et des violences liées au VIH peut décourager les femmes enceintes de se faire dépister (3).

TABLEAU 8.1. INDICE DE STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, RÉSULTATS PAR PAYS

PAYS	% VICTIMES DE STIGMATISATION AU SEIN DE LA FAMILLE OU COMMUNAUTÉ				% VICTIMES DE VIOLENCES				% STIGMATISATION ET DISCRIMINATION SUR LE LIEU DE TRAVAIL				% STIGMATISATION INTÉRIORISÉE				% ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX			
	Exclusion des réunions de famille		Victimes de ragots		Victimes d'insultes verbales		Victimes d'agression physique		Refus d'embauche		Perte de l'emploi ou du revenu		Sentiment de honte		Idées suicidaires		Refus de recourir à des soins médicaux, y compris les soins dentaires		Refus de recourir à des services de santé sexuelle et reproductive	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
CAMEROUN	14.5	11	46.5	53.5	30.2	36.9	11.1	12.3	12.5	3.4	21.9	23.1	32.6	36.3	4.9	4.6	13.4	13.1	3.4	5.6
SALVADOR			21.5	37.4	7.3	17.4	2.3	4.6												
ESTONIE	*	*	57	72	35	44	23	23	*	*	*	*	39	47	7	15	*	*	*	*
ÉTHIOPIE	25.5	25.7	65.5	70.5	30.4	33.4	9.5	11.7	25.9	22.4	41.6	42.2	45.1	46.1	16.6	21.5	8.1	7	5.5	5.6
GUATEMALA	4.2	3.1	18.2	20.4	10	9.9	2.3	4.3	2.3	5.2	9.3	6	37.6	50	15.3	12.7	5.2	5.7	2.1	1.3
JAMAÏQUE	*	*	53	56.6	25.7	33.2	5.9	9	*	*	10.6	15	*	*	13	24	7	5	*	*

Remarque : Ces pays représentent un panorama interrégional d'informations recueillies par le biais de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

La stérilisation forcée des femmes vivant avec le VIH compte parmi les violations des droits humains les plus flagrantes dont sont victimes les femmes séropositives (4). D'après un rapport publié en 2012 par l'ONG African Gender and Media Initiative (5), il existe des preuves de stérilisation systématique de femmes séropositives sans leur consentement dans des hôpitaux publics du Kenya. Des cas de stérilisation forcée de femmes vivant avec le VIH ont également été signalés au Chili (6), en Argentine (7) et au Mexique (8), ainsi qu'en Asie (9) et en Afrique australe (10).

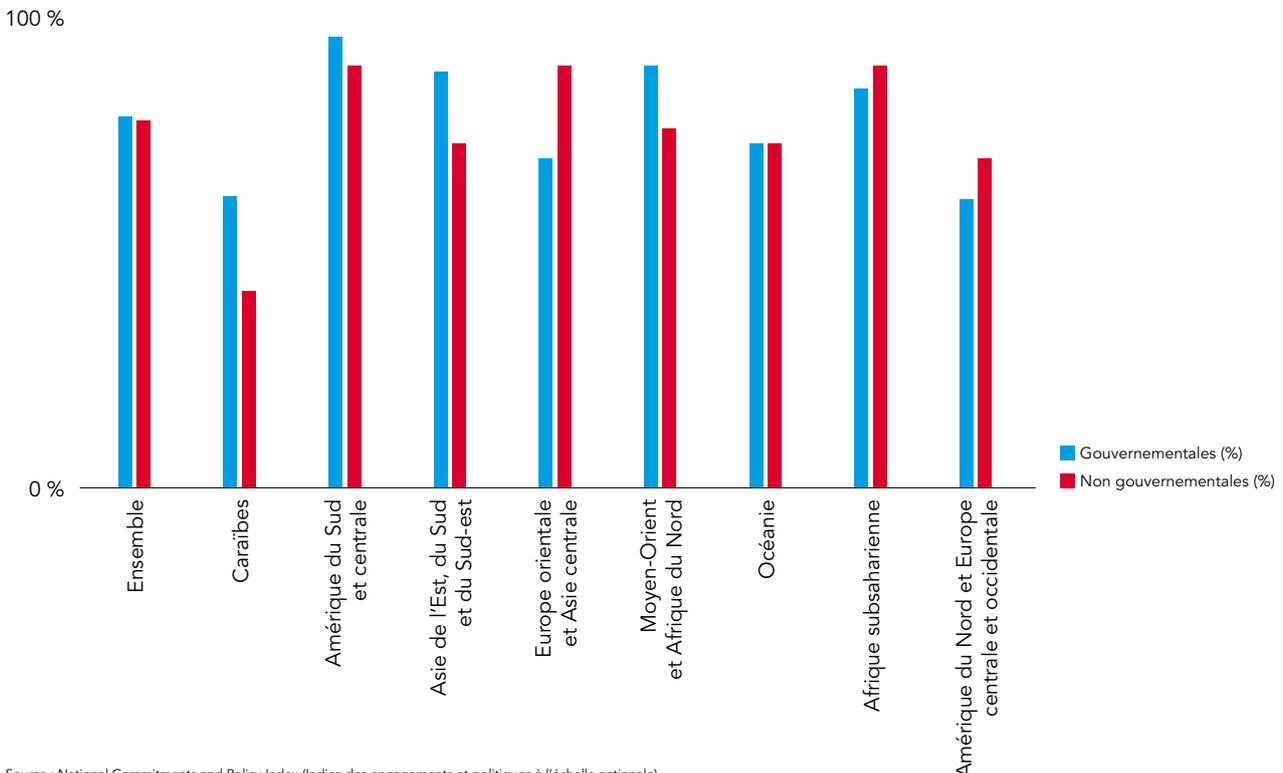
L'un des défis majeurs auquel les femmes vivant avec le VIH doivent faire face est le refus de leurs droits à la propriété et à l'héritage, généralement lorsque leur mari décède des suites du sida. Cela peut aboutir à des expulsions, à la perte de leur logement et de leurs moyens de subsistance et à l'abandon par leur famille et leur communauté. Dans ce contexte, les femmes touchées par le virus et leurs enfants peuvent être confrontés à des obstacles encore plus importants en termes d'accès aux services de traitement, de prise en charge et de soutien (11). Comme l'a montré une étude menée en Ouganda et dans les zones périurbaines d'Afrique du Sud, les femmes qui possèdent des biens sont bien plus en mesure d'échapper à des relations violentes et de négocier les rapports sexuels, y compris d'exiger l'utilisation d'un préservatif (12).

Les femmes vivant avec le VIH qui sont impliquées dans le commerce du sexe, consomment des drogues ou sont lesbiennes ou transsexuelles sont confrontées à des difficultés encore plus grandes, en particulier lorsque ces pratiques sont pénalement répréhensibles. Les lois pénales et une application de la loi abusive (harcèlement, extorsion, viol et violence) éloignent ces populations des services de prise en charge du VIH, notamment des traitements. Les femmes de ces groupes de population qui vivent avec le VIH sont victimes de plusieurs niveaux de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation.

Avancées juridiques

Les Rapports nationaux de 2012 sur les progrès réalisés dans la riposte au sida montrent quelques progrès en matière de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les lois répressives à l'égard des femmes. Environ 80 % des gouvernements déclarent disposer de lois ou de réglementations destinées à protéger les femmes de la discrimination, bien qu'il existe des différences importantes entre les régions (figure 8.1). Cependant, même lorsque des lois existent, les solutions juridiques peuvent ne pas être à la portée des femmes vivant avec le VIH, notamment sur le plan financier. En outre, l'accès des femmes à la justice peut être remis en cause s'il n'est pas encouragé par les normes coutumières imposées par les autorités de district et/ou les responsables communautaires/traditionnels.

FIGURE 8.1. SOURCES GOUVERNEMENTALES ET NON GOUVERNEMENTALES INDIQUANT SI LE PAYS DISPOSE OU NON DE LOIS OU DE RÉGLEMENTATIONS PROTÉGEANT LES FEMMES, 2012



Source : National Commitments and Policy Index (Indice des engagements et politiques à l'échelle nationale)

Dans plusieurs pays, les femmes vivant avec le VIH et leurs défenseurs remettent en cause les lois et pratiques répressives. Au Malawi, les femmes vivant avec le VIH ont collaboré étroitement avec d'autres groupes de femmes pour veiller à ce que le parlement adopte la Deceased Estates Act (loi relative aux biens des personnes décédées) en 2011, qui reconnaît le droit d'une femme à hériter des biens conjugaux (13). Cette nouvelle loi, adoptée après 12 ans de débats, a fait de la dépossession de biens une infraction pénale (13).

En Inde et au Népal, les femmes séropositives qui consomment des drogues travaillent en collaboration avec des organisations locales pour aider des femmes dans la même situation à accéder à des services de prévention du VIH et de réduction des risques. Elles essaient également de sensibiliser la police, afin d'éviter une application répressive de la loi et des violences à l'égard des consommatrices de drogues et des professionnelles du sexe (14).

Les succès récents obtenus par les femmes dans la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les lois répressives montrent qu'il est possible de s'attaquer à des environnements juridiques et sociaux hostiles. Pour cela, il faut mobiliser les femmes vivant avec le VIH et leurs défenseurs et veiller à ce que leurs expériences enrichissent la riposte à l'épidémie. Ces efforts doivent être cohérents avec le programme « santé, dignité et prévention positives », qui vise à améliorer et préserver la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, de façon globale. Par ricochet, cela contribue également à la santé et au bien-être des partenaires, des familles et des communautés (15).



**EN TANT QUE FEMMES VIVANT
AVEC LE VIH, NOUS SOMMES
CONFRONTÉES À UNE DISCRIMINATION
PARTICULIÈRE EN MATIÈRE DE DROITS
SEXUELS ET REPRODUCTIFS.**

Malgré tout, les réseaux de femmes vivant avec le VIH ne bénéficient pas encore de soutiens suffisants pour s'engager de façon significative et durable dans la riposte au sida et mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination et aux violences dont elles sont victimes. Des ressources doivent être mises à disposition pour soutenir les femmes vivant avec le VIH par le biais de programmes concrets de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les lois répressives. On citera par exemple les programmes de réformes juridiques, de connaissance des droits de l'homme, de services juridiques, de suivi et de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, de formation des forces de police et des professionnels de santé, ainsi que les programmes visant à réduire ou éliminer les normes sexospécifiques néfastes et les violences à l'égard des femmes. Il est essentiel de répondre en particulier aux besoins des femmes vivant avec le VIH et issues de groupes clés de la population.



**SI DES FEMMES VIVANT AVEC
LE VIH NE S'ÉTAIENT PAS MANIFESTÉES
ET ADRESSÉES À DES ORGANISATIONS
GÉRÉES PAR DES PAIRS, LES PRATIQUES
ABUSIVES QUI AVAIENT LIEU EN NAMIBIE,
PAR EXEMPLE, N'AURAIENT PAS
PU ÊTRE IDENTIFIÉES.**

LES FEMMES S'EXPRIMENT

JENNIFER GATSI, SUSAN PAXTON, RITA WAHAB

Il semble de plus en plus évident que les politiques, les lois et l'application des lois ont des conséquences non négligeables sur notre capacité à accéder aux services de soutien, de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH. Les femmes vivant avec le VIH subissent de façon irréversible les conséquences des lois, politiques et pratiques répressives et discriminatoires. La stigmatisation et la discrimination restreignent notre capacité à revendiquer et à profiter de nos droits.

Bien que le VIH soit désormais plus gérable et que celles d'entre nous qui bénéficient d'un traitement vivent plus longtemps, nous sommes encore et toujours victimes de stigmatisation et de discrimination. En tant que femmes vivant avec le VIH, nous sommes confrontées à une discrimination particulière en matière de droits sexuels et reproductifs. Nous pouvons citer de nombreux exemples de stigmatisation et de discrimination que nous subissons aux quatre coins du monde. Nous sommes victimes de pénalisation, de harcèlement, de coercition et de violences, y compris de la part des autorités d'application de la loi, censées nous protéger. La crainte de nombreuses femmes d'être identifiées comme séropositives les incite donc à se mettre hors d'atteinte de services essentiels de prise en charge du VIH.

Plus de 60 pays ont adopté des législations qui pénalisent la transmission du VIH, et plus de 600 personnes vivant avec le VIH dans 24 pays ont été condamnées en vertu de lois pénales générales ou spécifiques au VIH. Des lois équivalentes ont été promulguées, ou sont en cours d'adoption, dans certaines régions d'Asie, d'Amérique latine et des Caraïbes. Ces lois ne font pas augmenter les pratiques sexuelles sûres. Au contraire, elles découragent les personnes d'avoir recours aux services, par crainte de poursuites (16). Ces lois augmentent les risques de violences et de pratiques abusives à l'égard des femmes et encouragent la stigmatisation liée au VIH, sapant ainsi la santé publique et les droits des femmes. Nous sommes également confrontées à des inégalités structurelles et juridiques concernant l'héritage de biens, les droits de garde et de pension alimentaire des enfants, ainsi qu'à une stigmatisation sur le lieu de travail.

Il existe des restrictions en matière d'accès aux informations, produits et services de prévention du VIH, notamment pour les jeunes femmes, à qui l'on fait croire qu'elles « feraient mieux » d'éviter de poser des questions sur le sexe et la sexualité. On dit souvent aux jeunes femmes vivant avec le VIH qu'elles ne devraient pas avoir de rapports sexuels : elles ont donc peur d'interroger les prestataires de services sur les méthodes de contraception qu'elles peuvent contrôler.

Les femmes sont confrontées à une discrimination croissante en raison des politiques menées par les gouvernements de différents pays en faveur du dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes. Il existe également des dépistages obligatoires du VIH dans le cadre de l'immigration ou de l'emploi (y compris le commerce du sexe), de l'accès aux services de santé et pour les femmes incarcérées. Rien qu'en Afrique subsaharienne, plus de 20 pays ont adopté des lois qui prévoient des clauses d'obligation de dépistage du VIH et de divulgation du statut sérologique. À cause de ces politiques, nous sommes souvent informées de notre statut sérologique sans avoir consenti au dépistage et sans avoir reçu de conseils ou d'informations claires et précises sur des questions essentielles liées au VIH.

Les femmes sont généralement les premières du cercle familial dont la séropositivité est diagnostiquée et ce, très souvent, lors de la confirmation d'une grossesse. Lorsque leur séropositivité est révélée, de nombreuses femmes sont victimes de violences conjugales ou sont chassées de leur domicile par leur belle-famille. Nombre de femmes dont la séropositivité est diagnostiquée pendant la grossesse subissent également une discrimination de la part des professionnels de santé, notamment par la stérilisation forcée ou le refus d'accorder des soins au moment de l'accouchement.

La plupart des pays ont ratifié les traités internationaux sur les droits de l'homme et pris de nombreux engagements politiques censés préserver nos droits à l'égalité de traitement, en tant que femmes vivant avec le VIH. Mais, trop souvent, ces engagements n'ont pas été concrétisés par des lois, des politiques, des programmes et des services adaptés.

Favoriser un changement politique

Dans certains pays, les femmes vivant avec le VIH ont remis en cause le statu quo et sont à l'origine de politiques qui permettent à toutes les femmes d'exercer leurs droits, indépendamment de leur statut sérologique. Remettre en question les responsabilités des gouvernements grâce au système judiciaire est plus difficile mais nous, les femmes vivant avec le VIH, nous sommes engagées en ce sens. En juillet 2012, la Cour suprême de Namibie a condamné le gouvernement namibien et s'est prononcée en faveur de trois femmes vivant avec le VIH qui avaient porté plainte pour stérilisation forcée. Cependant, le juge a rejeté l'argument des plaignantes, selon lequel elles avaient subi une stérilisation forcée à cause de leur statut sérologique. Le chemin de la lutte contre les violations permanentes et généralisées des droits des femmes vivant avec le VIH reste donc semé d'embûches.

Les recherches menées par nos réseaux en Asie et en Afrique indiquent que les femmes vivant avec le VIH sont victimes de ségrégation et de discrimination pendant la grossesse et l'accouchement (17, 18). Ces pratiques poussent de nombreuses femmes dans la clandestinité : elles évitent ainsi les services de santé prénatale et ne peuvent donc pas bénéficier de soins optimaux pendant leur grossesse.

Les violations des droits des femmes enceintes séropositives s'inscrivent dans le cadre du contexte plus général de la discrimination liée au VIH. Tant que cette discrimination n'est pas reconnue par les gouvernements, les politiques et les programmes visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH seront voués à l'échec.

Il faut également mobiliser activement les femmes vivant avec le VIH. Si des femmes vivant avec le VIH ne s'étaient pas manifestées et adressées à des organisations gérées par des pairs, les pratiques abusives qui avaient lieu en Namibie, par exemple, n'auraient pas pu être identifiées. Cela en dit long sur l'importance de nos réseaux, qui doivent faire partie intégrante de la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les violations de droits liées au VIH.

Jennifer Gatsi est directrice du Namibia Women's Health Network ; Susan Paxton est conseillère auprès du Asia Pacific Network of People Living with HIV (Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH) ; Rita Wahab est la coordinatrice régionale de MENA-Rosa au Liban.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Nous faire participer activement à l'élaboration de toutes les politiques et à la conception et la mise en œuvre de tous les programmes liés au VIH.**
- **Nous protéger en agissant immédiatement au niveau gouvernemental pour mettre fin à la stérilisation forcée, diffuser des recommandations claires permettant de garantir un consentement éclairé avant tout dépistage, traitement ou procédure en lien avec la santé sexuelle ou reproductive et nous proposer différentes solutions contraceptives.**
- **Respecter nos droits en votant des lois et des politiques qui garantissent la protection des droits de toutes les personnes vivant avec le VIH et par conséquent réduisent la stigmatisation liée au VIH.**
- **Investir financièrement dans nos réseaux et nous fournir un appui technique afin que nous puissions activement défendre et assurer le suivi des réformes juridiques, stratégiques et de programmes.**
- **Nous faire bénéficier de l'appui des donateurs et des agences des Nations Unies pour recenser la discrimination liée au VIH, notamment les violations de nos droits en matière de santé sexuelle et reproductive, et remettre en question les politiques et les lois en cas de violations de nos droits.**



ÉLIMINER LES
RESTRICTIONS LIÉES AU
VIH EN MATIÈRE D'ENTRÉE,
DE SÉJOUR ET DE
RÉSIDENCE !

45 PAYS

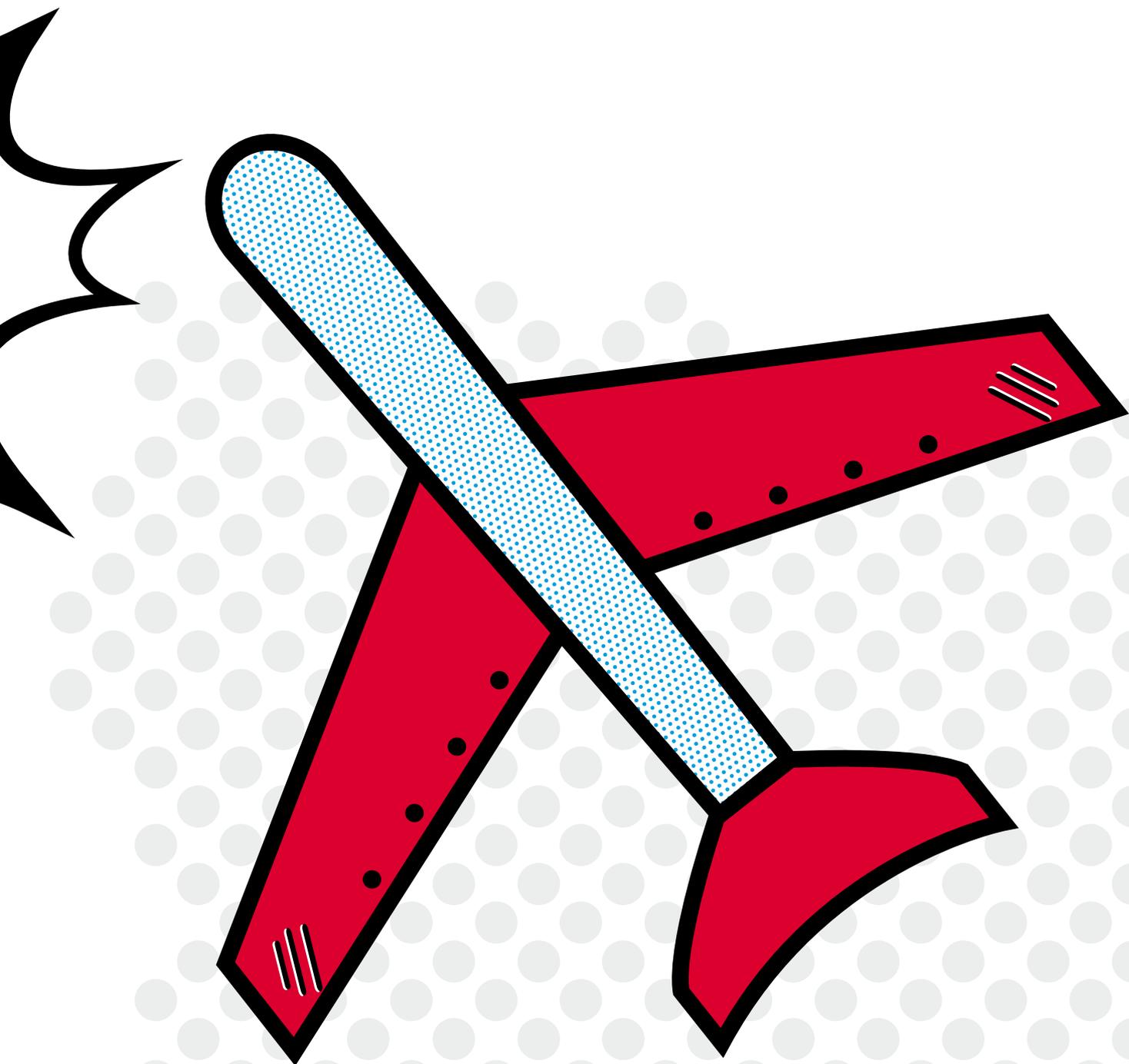
En juillet 2012, 45 pays appliquaient, sous une forme ou sous une autre, des restrictions liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence.

214 MILLIONS

Entre 2005 et 2010, le nombre de migrants internationaux est passé de 191 millions à 214 millions.

50 %

Les femmes représentent près de 50 % des personnes qui émigrent pour trouver un emploi.



OBJECTIF 9

ÉLIMINER LES RESTRICTIONS LIÉES AU VIH EN MATIÈRE D'ENTRÉE, DE SÉJOUR ET DE RÉSIDENCE.

LES RESTRICTIONS LIÉES AU VIH EN MATIÈRE D'ENTRÉE, DE SÉJOUR ET DE RÉSIDENCE SUPPOSENT DE FAÇON ERRONÉE QUE LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH REPRÉSENTENT UNE MENACE POUR LA SANTÉ DU PAYS. AU CONTRAIRE, CES RESTRICTIONS SONT DISCRIMINATOIRES, RENFORCENT LA STIGMATISATION ET NE PROTÈGENT PAS LA SANTÉ PUBLIQUE.

Introduction

Les avancées vers l'élimination des restrictions liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence se sont accélérées : depuis 2010, l'Arménie, la Chine, les îles Fidji, la Moldavie, la Namibie, la Corée du Sud, l'Ukraine et les États-Unis d'Amérique ont levé ces restrictions. Néanmoins, en juillet 2012, 45 pays appliquaient encore, sous une forme ou sous une autre, des restrictions de cet ordre.

Il n'existe aucune donnée sur le nombre de personnes concernées par ces restrictions. Il est cependant probable que les travailleurs migrants soient les plus touchés, puisqu'ils sont des millions à essayer d'entrer, de travailler et de s'installer dans des pays de destination importants - majoritairement les pays du Golfe - qui appliquent ces restrictions. Entre 2005 et 2010, le nombre de migrants internationaux est passé de 191 millions à 214 millions. Les femmes représentent près de 50 % des personnes qui émigrent pour trouver un emploi (1).

Les restrictions des déplacements liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence ont également des conséquences sur les droits humains des demandeurs d'asile et des réfugiés. L'une des principales stratégies consiste à s'assurer que le statut sérologique d'un demandeur d'asile ne constitue ni un obstacle dans l'accès aux procédures d'asile, ni un motif de reconduite vers son pays d'origine. Les femmes réfugiées vivant avec le VIH sont susceptibles d'être confrontées à ce type de difficultés.

Les restrictions liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence prennent des formes diverses qui peuvent affecter les droits et la dignité des personnes vivant avec le VIH. Certains pays exigent que les personnes subissent un test de dépistage du VIH dans le cadre d'une première demande ou d'un renouvellement de visa, alors que d'autres exigent un certificat médical attestant de la séronégativité de la personne ou une déclaration du statut sérologique sur les formulaires de demande de visa. Certains pays expulsent les migrants déjà présents sur leur territoire s'ils contractent l'infection et que leur séropositivité est connue. Ces expulsions sont souvent accompagnées d'une détention et se déroulent hors de l'application régulière de la loi et sans respect de la confidentialité.

Les femmes migrantes sont confrontées à des difficultés supplémentaires, parmi lesquelles les restrictions liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence. Elles sont plus vulnérables aux violences physiques, sexuelles et verbales et sont plus susceptibles d'être victimes de traite (2).

Prévention et traitement pour tous

Des recherches montrent que les migrantes employées comme travailleuses domestiques sont plus vulnérables à l'infection à VIH en raison du risque plus important d'exploitation et de violences sexuelles qu'elles encourent et parce qu'elles bénéficient rarement d'une protection juridique (3). Pour les migrantes vivant avec le VIH, les restrictions en matière d'entrée, de séjour et de résidence peuvent exacerber les différents types de stigmatisation qu'elles subissent, et qui peuvent être liés à leur statut de migrantes, leur sexe, leur statut de victime de violences sexuelles et/ou leur séropositivité.

Les travailleurs migrants vivant avec le VIH et qui ont été expulsés peuvent également faire l'objet d'une stigmatisation et de discriminations de la part de leurs familles et de leurs communautés, à leur retour dans leur pays d'origine (3). Pour les travailleuses migrantes, dont les perspectives d'emploi sont déjà limitées et dont le statut socio-économique est peu élevé, cette stigmatisation et ces discriminations peuvent avoir un effet dévastateur.



**NI LES CONNAISSANCES
MÉDICALES, NI LES RECHERCHES
ÉCONOMIQUES NE JUSTIFIENT LE
MAINTIEN DES RESTRICTIONS DES
DÉPLACEMENTS IMPOSÉES
AUX PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH.**

Le seul moyen rationnel et efficace de protéger la santé publique dans le contexte du VIH et de la mobilité est de permettre à tous ceux qui entrent dans un pays ou qui le quittent, quelle que soit leur nationalité, de bénéficier d'informations et de services de prévention et de traitement du VIH. L'Argentine et le Brésil sont de bons exemples de pays offrant un accès universel au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Ces deux pays proposent un traitement antirétroviral, des soins et un appui aux personnes issues des pays limitrophes, indépendamment de leur nationalité ou de leur statut migratoire. L'Angleterre a également supprimé les frais de traitement et de prise en charge du VIH pour les migrants sans-papiers et les non-Britanniques.

Au regard des migrations et de la mondialisation croissantes, répondre aux problèmes généraux de santé et de droits de l'homme des personnes qui se déplacent, y compris des femmes migrantes et de celles vivant avec le VIH, est fondamental pour la santé mondiale et nationale. Dans les pays qui ont supprimé ces restrictions, les regroupements de personnes vivant avec le VIH, les défenseurs des droits des migrants, les groupes de femmes et les organisations de défense des droits de l'homme ont souvent dû travailler ensemble pour réussir à faire lever les restrictions en matière d'entrée, de séjour et de résidence. Les pays dont les ressortissants sont soumis à ces restrictions doivent également s'emparer de ce problème dans un cadre bilatéral.



**TANT QUE CES RESTRICTIONS
EXISTENT, NOUS CONTINUERONS
À NOUS FAIRE ENTENDRE ET À LUTTER
POUR LA JUSTICE EN TANT QUE
FEMMES VIVANT AVEC LE VIH.**

LES FEMMES S'EXPRIMENT

LOUISE BINDER, MARÍA LORENA DI GIANO, BABY RIVONA

La liberté de mouvement doit être universelle. Les restrictions des déplacements enfreignent nos droits humains essentiels. Elles compromettent nos droits à l'éducation, au travail, à l'intimité et à la meilleure santé possible. Bien évidemment, ces 30 années de connaissances, d'expériences et de recherches nous ont appris que cette épidémie est avant tout un problème mondial, socio-économique et lié aux droits de l'homme, et pas uniquement un problème de santé.

Les restrictions des déplacements sont discriminatoires à l'encontre de toutes les personnes vivant avec le VIH : bien que nous, les femmes, représentions la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde, nous sommes les plus durement touchées. Grâce à notre connaissance du VIH et à l'avènement du traitement antirétroviral, qui réduit la virulence de l'infection de 96 %, les personnes vivant avec le VIH ne présentent pas de risque sanitaire inhérent. Ni les connaissances médicales, ni les recherches économiques ne justifient le maintien des restrictions des déplacements imposées aux personnes vivant avec le VIH.

Pourtant, nous avons fait l'expérience personnelle des conséquences de ces restrictions des déplacements. Nous avons perdu nos emplois en raison de notre statut sérologique, sans pouvoir être prises en charge médicalement, puis avons été expulsées. Nous nous sommes trouvées en situation de devoir interrompre notre traitement antirétroviral pour pouvoir étudier dans un pays qui impose des restrictions des déplacements aux personnes vivant avec le VIH.

Au-delà du tourisme

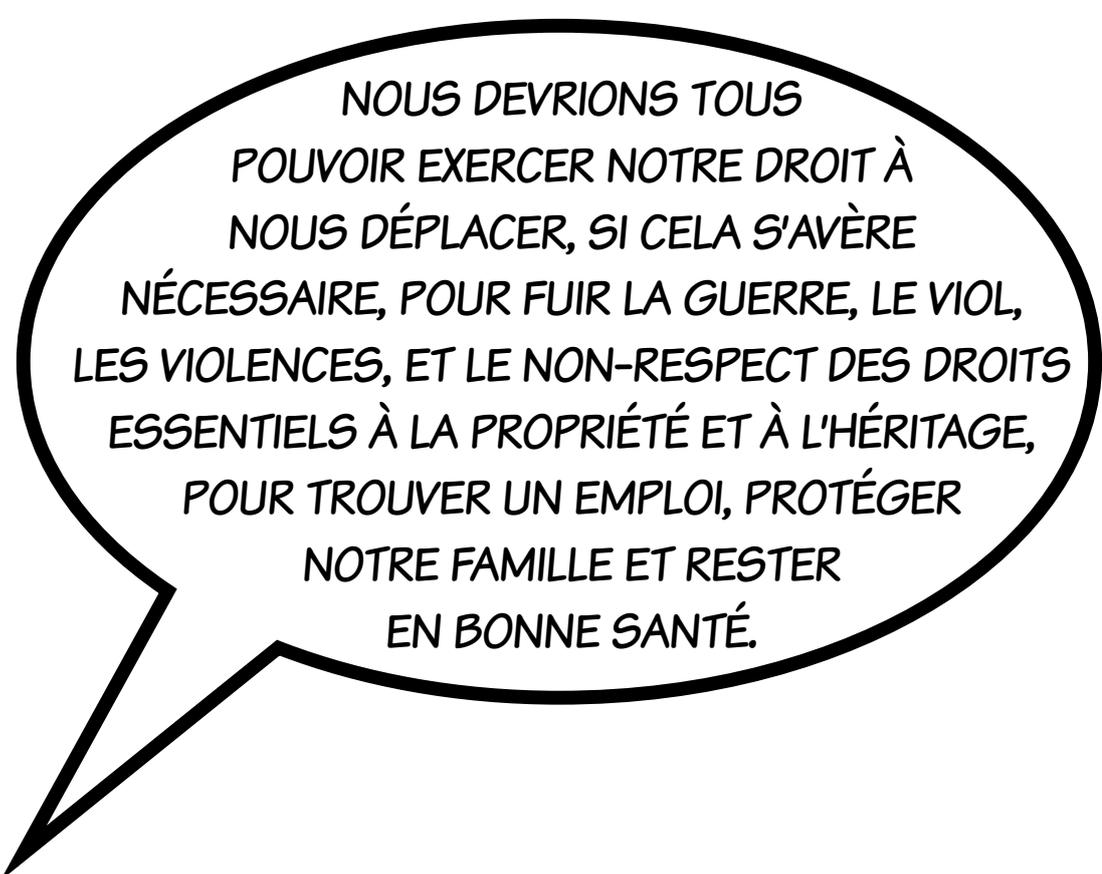
Voyager va au-delà du tourisme. De nombreuses personnes issues de pays en développement, en particulier des femmes, voyagent à la recherche de moyens leur permettant de générer des revenus. Dans certains pays, seuls les travailleurs migrants sont obligés de subir un dépistage du VIH, notamment les femmes, car ils sont perçus comme étant un vecteur de transmission du VIH. En réalité, nous les femmes devenons au contraire vulnérables au VIH après notre entrée dans le pays. Les femmes migrantes sont souvent victimes d'abus ou d'exploitation sexuelle lorsqu'elles sont à l'étranger. Une étude menée en Ontario (Canada) montre par exemple que les femmes issues des pays d'Afrique ou des Caraïbes et qui ont été diagnostiquées séropositives ont généralement contracté le VIH après leur entrée dans le pays, et non avant. De nombreuses femmes ont peu de contrôle sur le moment où et la manière dont leurs relations sexuelles se déroulent, ce qui augmente leur vulnérabilité au VIH.

Nous devrions tous pouvoir exercer notre droit à nous déplacer, si cela s'avère nécessaire, pour fuir la guerre, le viol, les violences, et le non-respect des droits essentiels à la propriété et à l'héritage, pour trouver un emploi, protéger notre famille et rester en bonne santé. Les restrictions des déplacements nous interdisent de fait toute mobilité. Plus grave encore, ces restrictions risquent de renforcer et de consolider le statut subalterne des femmes. Souvent, les femmes n'arrivent pas à trouver de travail, ou bien décrochent des emplois peu rémunérés sans aucun avantage, et ne disposent d'aucune assurance maladie dans leurs pays d'origine. Elles entrent souvent dans les pays étrangers en tant que réfugiées. Les femmes enceintes qui nécessitent des soins sont extrêmement exposées. Les femmes transsexuelles subissent une discrimination si importante qu'elles osent rarement entrer dans un pays qui impose des restrictions des déplacements.

Chacun de ces pays a ses propres règles, qui prévoient souvent un dépistage du VIH obligatoire et non confidentiel, sans services de conseil avant ou après la réalisation du test, et sans renvoi vers des services de prévention et de traitement du VIH. Ces restrictions incluent également l'obligation de révéler son statut sérologique sur les demandes de visas. Les conséquences de cette révélation peuvent aller jusqu'à la détention et l'expulsion des personnes vivant avec le VIH, le refus d'accorder un permis de travail, et l'impossibilité de se rendre à des réunions professionnelles, d'étudier à l'étranger ou de rejoindre sa famille et ses amis.

Pourquoi les personnes vivant avec le VIH devraient-elles subir un dépistage obligatoire et non confidentiel pour pouvoir émigrer ou étudier à l'étranger ? En pratique, l'obligation de dépistage public décourage les femmes de voyager par peur d'être rejetées par leur famille et leur communauté ou d'être menacées de violences, d'ostracisme, voire de mort, lorsque leur statut est révélé. Pour celles qui ont la chance de pouvoir voyager, la peur d'être repérées peut nous inciter à laisser nos médicaments antirétroviraux à la maison et donc à risquer de tomber malades ou de développer une résistance aux médicaments, ce qui peut être une source de problèmes par la suite.

L'un des arguments avancés est que les personnes vivant avec le VIH coûteront davantage d'argent au pays qui les accueille et deviendront une charge pour l'État, mais cet argument n'est pas valable. Aucun élément ne prouve que nous ne contribuons pas pleinement au tissu économique et social de notre nouveau pays. Offrir aux personnes concernées un traitement nous permet de vivre longtemps, de rester productives et de contribuer ainsi à l'économie de notre pays d'accueil.



**NOUS DEVRIONS TOUS
POUVOIR EXERCER NOTRE DROIT À
NOUS DÉPLACER, SI CELA S'AVÈRE
NÉCESSAIRE, POUR FUIR LA GUERRE, LE VIOL,
LES VIOLENCES, ET LE NON-RESPECT DES DROITS
ESSENTIELS À LA PROPRIÉTÉ ET À L'HÉRITAGE,
POUR TROUVER UN EMPLOI, PROTÉGER
NOTRE FAMILLE ET RESTER
EN BONNE SANTÉ.**

En première ligne du plaidoyer

Les femmes vivant avec le VIH sont mobilisées et dirigent de nombreuses initiatives visant à mettre fin à ces discriminations. On pourra citer l'exemple du Committee for Accessible AIDS Treatment en Ontario (Canada), organisation qui regroupe des membres des secteurs du droit, de la santé, de l'établissement des immigrants et de la lutte contre le VIH. En 2001, cette organisation a mené un programme innovant de recherche communautaire sur l'amélioration de l'accès au traitement pour les personnes vivant avec le VIH qui sont immigrantes, réfugiées ou sans statut. Les conclusions de cette étude ont servi de base aux propositions de politiques publiques de l'organisation. Le Réseau juridique canadien VIH/sida a également conduit des recherches de très grande qualité sur les politiques d'immigration, qui sont utilisées mondialement dans le cadre de politiques publiques. Le projet juridique du Réseau aide des personnes comme Heidemarie F Kremer, médecin allemand vivant avec le VIH qui s'était initialement vu refuser l'entrée sur le sol américain, à pouvoir assister à la Conférence internationale sur le sida 2012 à Washington (États-Unis).

Le Réseau argentin des femmes vivant avec le VIH est en première ligne du plaidoyer en faveur des droits des migrants vivant avec le VIH, en coordination avec des groupes de femmes migrantes, et s'intéresse tout particulièrement aux droits d'accès aux services de traitement et de prise en charge. Il s'agit là de quelques exemples des nombreuses organisations locales et internationales qui combattent avec courage la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

Tant que ces restrictions existent, nous continuerons à nous faire entendre et à lutter pour la justice en tant que femmes vivant avec le VIH.

Louise Binder est membre de l'ICW (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida) Amérique du Nord ; Maria Lorena Di Giano est membre du Réseau argentin des femmes vivant avec le VIH/sida ; Baby Rivona est la cofondatrice de l'Indonesian Positive Women Network.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Plaider à nos côtés pour que les gouvernements lèvent de toute urgence les restrictions des déplacements imposées aux personnes vivant avec le VIH.**
- **Protéger celles d'entre nous qui sont affectées par les restrictions liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence et œuvrer sur le plan diplomatique en notre nom auprès des pays qui restreignent notre mobilité.**
- **Travailler à nos côtés pour convaincre les gouvernements d'adopter des politiques garantissant nos droits en tant que migrantes et réfugiées vivant avec le VIH d'avoir accès à des soins médicaux.**
- **Respecter nos droits. Le dépistage du VIH doit être anonyme, volontaire et confidentiel, et doit prévoir des services de conseil avant et après la réalisation du test.**
- **Permettre à celles d'entre nous qui sont enceintes de bénéficier de tous les soins médicaux qui leur sont nécessaires, ainsi qu'à leur enfant, dès leur entrée dans le pays.**
- **Nous faire participer activement, en tant que réseaux de personnes et de femmes vivant avec le VIH, au processus d'élaboration de politiques et de lois adaptées.**
- **Nous, les femmes vivant avec le VIH, devons nous mobiliser et mettre en place des coalitions avec les organisations de lutte contre le sida, les réseaux de personnes vivant avec le VIH et l'ONUSIDA, afin de veiller à ce que ces restrictions soient éliminées des lois, réglementations, politiques et pratiques.**



RENFORCER
L'INTÉGRATION DE
LA RIPOSTE AU VIH!

81 %

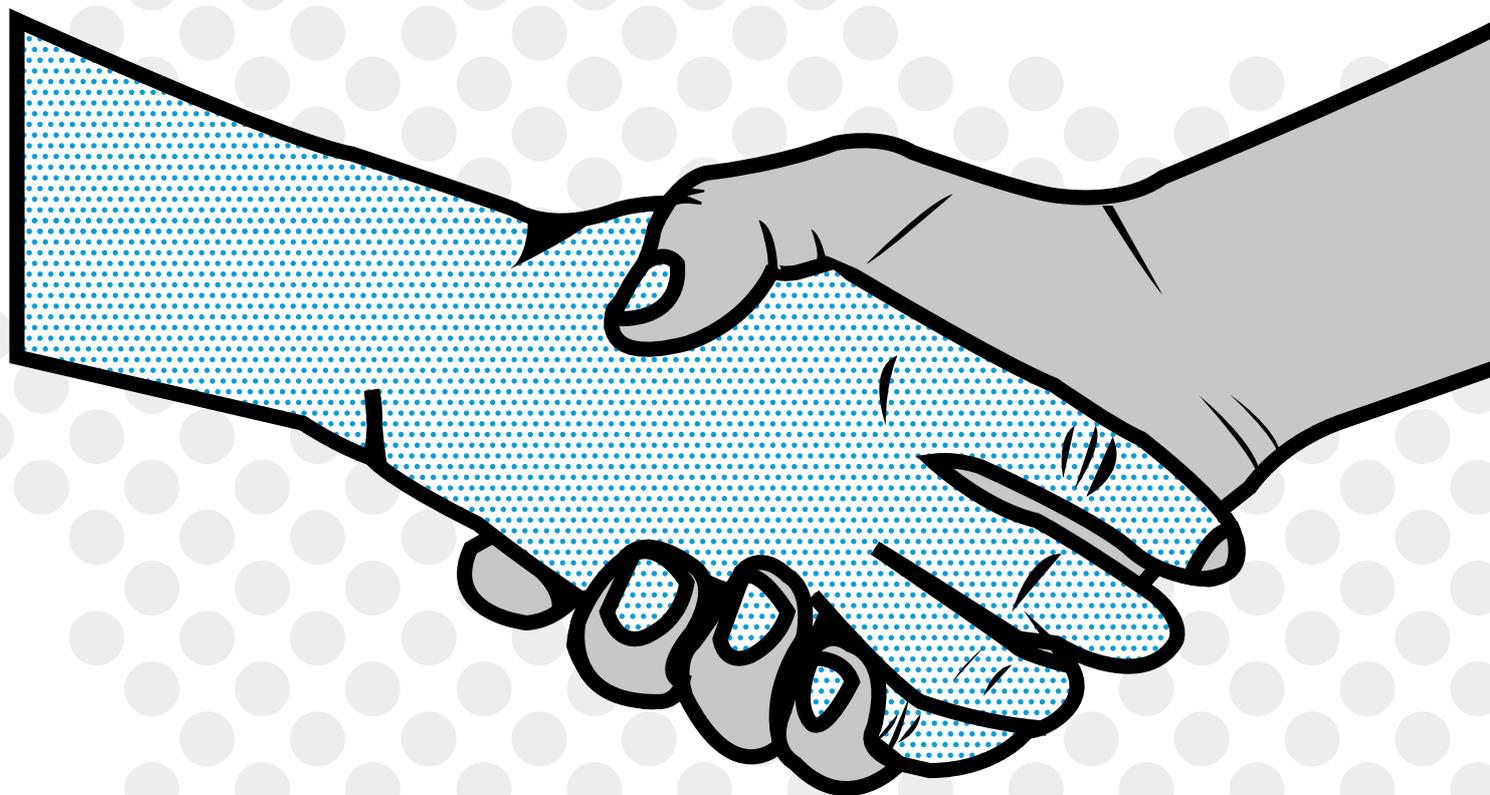
En 2012, 81 % des pays ont indiqué que les femmes faisaient partie d'une composante spécifique des stratégies multisectorielles de prise en charge du VIH.

41 %

Parmi les pays qui ont indiqué que les femmes faisaient partie d'une composante spécifique des stratégies multisectorielles de prise en charge du VIH, 41 % accordent un budget spécifique aux actions destinées aux femmes.

3 MILLIONS

On estime à 3 millions le nombre de personnes de plus de 50 ans vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne.



OBJECTIF 10

ÉLIMINER LES SYSTÈMES PARALLÈLES DE PRISE EN CHARGE DU VIH POUR RENFORCER L'INTÉGRATION DE LA RIPOSTE AU SIDA DANS LES INITIATIVES MONDIALES EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT ET DE SANTÉ.

RENFORCER L'INTÉGRATION DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH ET DES AUTRES INITIATIVES MONDIALES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT, EN PARTICULIER LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE, PERMET D'EN ÉLARGIR LA PORTÉE, DE RENFORCER LEUR VIABILITÉ À LONG TERME ET DE RÉALISER DES PROGRÈS PLUS GÉNÉRAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT, ET NOTAMMENT DE DROITS DE L'HOMME (1).

Introduction

L'obligation de prise en compte de l'égalité des sexes dans les programmes de lutte contre le VIH a été soulignée dans de nombreux accords internationaux et déclarations, parmi lesquels le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, la Déclaration et la Plate-forme d'action de Pékin de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995 (2), ainsi que la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida.

Les gouvernements reconnaissent de plus en plus l'importance de l'égalité des sexes dans les ripostes nationales au VIH, y compris le fait que l'épidémie ait des conséquences différentes sur les femmes et les filles. En 2012, 81 % des pays ont indiqué que les femmes faisaient partie d'une composante spécifique de leurs stratégies multisectorielles de prise en charge du VIH. Néanmoins, cela indique que près d'un cinquième des pays ne disposent d'aucune stratégie portant spécifiquement sur les femmes. Parmi les pays qui en possèdent une, seuls 41 % accordent un budget spécifique aux actions destinées aux femmes (3).

En Afrique subsaharienne, épice de l'épidémie mondiale, les inégalités entre les sexes continuent d'avoir une incidence disproportionnée sur les femmes et les filles, qui sont les plus touchées par le VIH et qui représentent environ 60 % de la prévalence dans cette région du monde. Les violences entre partenaires intimes et la dépendance financière vis-à-vis des partenaires masculins, ainsi que le faible niveau d'éducation des filles, sont associés à une vulnérabilité accrue à l'infection à VIH (4). Étant donné qu'il a été démontré que les violences sexistes sont à la fois une cause et une conséquence du VIH, il est essentiel de lier les ripostes à ces deux épidémies. Des exemples d'intégration réussie existent et peuvent être déployés à plus grande échelle (5).

Intégrer le soutien, la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH aux services de santé sexuelle et reproductive peut faire avancer sur la voie de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement. On peut citer l'exemple du Malawi, où le nombre d'établissements proposant des services intégrés de prise en charge du VIH et de santé sexuelle et reproductive est passé de zéro en 2011 à 15 en 2012 (1). Cela permet aux femmes d'accéder plus facilement à toute une gamme de services dont elles ont besoin. Près de 40 pays ont utilisé l'Outil d'évaluation rapide des liens entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH afin de vérifier que leurs politiques, systèmes de santé et dispositifs de fourniture de services font bien le lien entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive, y compris en termes d'égalité des sexes, et de formuler des recommandations destinées à renforcer les lois, les politiques, les mécanismes de coordination, les partenariats, la planification conjointe, les ressources humaines et l'intégration des services.

Des éléments probants pointent vers une corrélation entre le changement de comportement et le niveau d'éducation. Des études ont observé de façon systématique des niveaux plus élevés de recours aux préservatifs chez les femmes ayant un niveau d'études supérieures (6). Des études menées en Zambie ont démontré que les programmes visant à la poursuite de la scolarisation des filles indiquent une corrélation entre l'assiduité scolaire et des taux plus faibles de VIH (7). Actuellement, des études menées en Afrique du Sud se penchent sur l'utilité des outils de protection sociale et des transferts conditionnels de fonds pour promouvoir l'assiduité scolaire dans le but de réduire la transmission du VIH (8).



**EN TANT QUE FEMMES VIVANT
AVEC LE VIH, NOUS AVONS LE DROIT DE
BÉNÉFICIER DE LA MEILLEURE PRISE EN
CHARGE POSSIBLE DANS TOUS LES
DOMAINES, COMME N'IMPORTE QUELLE
AUTRE PERSONNE**

Répondre aux besoins des femmes tout au long de leur vie

De plus en plus de personnes de plus de 50 ans vivent avec le VIH, dont environ 3 millions uniquement en Afrique subsaharienne (9).

Pourtant, les démarches de prévention du VIH ont tendance à négliger le fait que les femmes plus âgées soient sexuellement actives et concernent uniquement les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Des données relatives à la sexualité à un âge plus avancé indiquent que la capacité des femmes à négocier les relations sexuelles est limitée, ce qui augmente le risque d'une infection à VIH. En outre, ces femmes ont moins accès à la prévention que les femmes plus jeunes (10). Les services de santé ne sont pas correctement équipés pour répondre aux besoins spécifiques des femmes plus âgées et renforcent leur sentiment de honte, qui les incite à ne pas révéler leur statut et les décourage d'accéder à des services de traitement (11).

Pour améliorer la prise en compte des besoins des femmes vivant avec le VIH, les démarches d'intégration doivent s'attaquer aux inégalités entre les sexes, combattre les violences sexistes, améliorer l'accès à l'éducation pour toutes les filles et les femmes et répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des femmes tout au long de leur vie.

En outre, il est essentiel de défendre et d'investir dans la prise de responsabilités et la participation des femmes, pour une riposte au VIH plus efficace et plus intégrée. Il est important d'investir dans le renforcement des capacités des femmes à s'organiser et à prendre des initiatives, au-delà de la fourniture de services de soins et d'appui, et également de veiller à la pleine participation des femmes et des filles.

LES FEMMES S'EXPRIMENT

ALEJANDRA TROSSERO, ALICE WELBOURN

Une approche du VIH fondée sur les droits s'intéresse d'abord aux personnes. Ce type d'approche a pour objectif de mettre en place des systèmes de santé, des systèmes communautaires et des systèmes de protection sociale capables de répondre aux besoins des personnes, et ne leur demandant pas de s'adapter à eux. Pour être efficaces, les systèmes existants doivent être flexibles et adaptables, afin de répondre aux réalités complexes des femmes vivant avec le VIH tout au long de leur vie.

La flexibilité des services de prise en charge du VIH permet de venir à la rencontre des femmes vivant avec le VIH là où nous nous trouvons, et contribue ainsi à faire respecter nos droits. Lorsque cette flexibilité est bien coordonnée et que nos droits sont effectivement respectés, l'intégration des services devient à la fois possible et efficace.

Nous saluons les progrès réalisés dans de nombreux pays du monde en matière d'intégration du VIH à d'autres services de santé, tels que les services de santé sexuelle et reproductive, de santé maternelle et infantile et de prise en charge de la tuberculose. Cette démarche nous a permis de réduire la fréquence des rendez-vous de consultation et de prendre conscience qu'il y a d'autres problèmes à régler et que notre état de santé ne s'arrête pas à notre séropositivité.

Une étude récente menée par l'Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH) montre que certaines femmes vivant avec le VIH en Inde, en Indonésie, au Cambodge et au Vietnam bénéficient de programmes de prise en charge du VIH et de services de santé reproductive, maternelle et infantile au sein d'un même établissement, comme de nombreuses femmes en Afrique subsaharienne.

Cependant, en raison de notre statut sérologique, de l'existence d'autres handicaps, de la consommation de drogues, du commerce du sexe en échange d'argent ou de biens, d'une identité sexuelle ou de genre différente, de la détention, ou d'une combinaison de ces facteurs, les services dont nous bénéficions ne correspondent pas toujours à nos besoins réels. L'élimination de systèmes parallèles de prise en charge du VIH est également loin d'être réalisée.

Des obstacles trop nombreux

Des obstacles structurels et institutionnels entravent notre capacité à accéder à des soins médicaux. La qualité des soins que nous recevons est également contestable, en particulier lorsque nous sollicitons des services qui ne sont pas liés au VIH. Nous sommes encore victimes de rejet, placées au bout de la file d'attente, voire exclues des services simplement parce que nous avons été diagnostiquées séropositives.

L'un des défis à relever concerne l'existence de systèmes parallèles plus ou moins soutenus, héritage de plusieurs années de programmation verticale et reflet des priorités des donateurs. La formation du personnel et la mise en place de systèmes logistiques destinés aux services de santé sexuelle et reproductive sont loin de bénéficier du même niveau de ressources que les services de prise en charge du VIH. Cette situation est illustrée assez clairement par les fréquentes ruptures de stock de produits de planification familiale dans les zones rurales du Kenya, alors que le traitement antirétroviral est disponible quasiment sans aucune interruption. De même, au Burkina Faso et au Maroc, les ministères de la Santé utilisent des procédures distinctes d'approvisionnement et de distribution des produits de santé sexuelle et reproductive et des produits destinés à la prise en charge du VIH.



**LES FEMMES VIVANT AVEC
LE VIH ONT FAIT PREUVE DE GRANDES
CAPACITÉS D'INITIATIVE POUR DEVENIR
ACTRICES DU PARTAGE DES CONNAISSANCES
ET DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE
DE SANTÉ AU SEIN DE LEURS
PROPRES COMMUNAUTÉS.**

Un autre obstacle majeur pour les femmes et les filles est la priorité accordée par les systèmes de santé à leur santé sexuelle et reproductive, ignorant de fait les besoins de santé généraux des femmes. Les filles âgées de 5 à 15 ans, les jeunes femmes entre 15 et 25 ans, les femmes sans enfant et les femmes ménopausées sont largement négligées par les services de santé. L'épidémie parallèle mondiale, et étroitement liée, de violences sexistes à l'égard des femmes et des filles n'est quasiment pas prise en compte par les prestataires de santé.

En tant que femmes vivant avec le VIH, nous sommes souvent considérées comme des vecteurs de transmission du VIH et donc pas en mesure d'avoir des enfants, plutôt que comme des femmes ayant des problèmes de santé, tout simplement. Une approche fondée sur les droits devrait d'abord s'intéresser aux besoins spécifiques des femmes et des filles en matière de santé physique, sexuelle, psychologique et matérielle tout au long de la vie.

Les services économiques, alimentaires, juridiques, sociaux, de logement, d'éducation ou autres sont tous essentiels pour nous permettre de prendre notre santé en charge nous-mêmes. Les différents secteurs doivent mettre en place des liens entre eux et veiller à maintenir des relations réciproques solides avec les communautés. Cela nécessite également le financement de nos actions de proximité et le renforcement des systèmes communautaires. Il s'agit d'un secteur stratégique qui se voit très rarement octroyer des ressources. Puisque l'enjeu dépasse bien souvent le VIH, cette collaboration transversale est d'autant plus essentielle et doit inclure le système juridique, la police, les magistrats et les prisons.

Nous sommes les actrices du changement

Les femmes vivant avec le VIH ont fait preuve de grandes capacités d'initiative pour devenir actrices du partage des connaissances et des compétences en matière de santé au sein de leurs propres communautés. Par exemple, au Cambodge et au Vietnam, des femmes vivant avec le VIH bien décidées à devenir mères se sont formées sur le VIH et ont trouvé des médecins soutenant leur démarche au sein du système de santé publique. Certains systèmes de santé intelligents se sont appuyés sur cette agence pour se rapprocher de réseaux de femmes vivant avec le VIH au sein de leurs communautés et pour promouvoir et soutenir les femmes membres de leur personnel qui affichent leur séropositivité.



**NOUS NE SOMMES
PAS SEULEMENT DES MÈRES.
METTONS EN PLACE DES SYSTÈMES DE
SANTÉ INTÉGRÉS QUI RÉPONDENT
À NOS BESOINS TOUT AU LONG DE
NOTRE VIE.**

La résilience des femmes face aux inégalités généralisées est la même après leur infection par le VIH. Cela a été démontré à plusieurs reprises ces vingt dernières années par la mise en place, par des femmes vivant avec le VIH, de stratégies de protection sociale visant à obtenir des revenus et un soutien pour leurs familles et leurs communautés. Citons par exemple la généralisation des initiatives de microcrédit local au Kenya et les réseaux et les partenariats informels de femmes vivant avec le VIH pour développer des petites entreprises d'export d'objets, de textiles et d'articles de mode faits main en Afrique du Sud et au Cambodge.

Les programmes de versements d'argent ou de bons d'achat lancés par les États ou par les organisations non gouvernementales pour la prise en charge de services de santé ou d'autres services sont également prometteurs. Par exemple, les bons de santé maternelle délivrés au Cambodge soutiennent la prise en charge institutionnelle des femmes pauvres, et les versements d'espèces financent les frais de transport pour accéder aux médicaments au Kenya et en Ouganda. Il n'y a toutefois pas de recette miracle et les initiatives de ce type doivent faire l'objet d'un suivi indépendant et rigoureux par les femmes vivant avec le VIH. Par exemple, les versements d'espèces destinés à poursuivre la scolarisation des filles et à les protéger du VIH peuvent se retourner contre elles, si l'école elle-même n'offre pas un cadre propice.

Les vies de toutes les femmes sont complexes, plurielles et riches de ce que nous avons à offrir à nos sociétés. En tant que femmes vivant avec le VIH, nous avons le droit de bénéficier de la meilleure prise en charge possible dans tous les domaines, comme n'importe quelle autre personne, et nous pourrions continuer à servir la société si nous bénéficions d'un véritable soutien. Nous connaissons les problèmes. Nous avons les solutions. Nous sommes prêtes à agir : et vous ?

Alice Welbourn est la fondatrice et la directrice du Salamander Trust au Royaume-Uni ; Alejandra Trossero est directrice des programmes à l'International Planned Parenthood Federation, Bureau régional pour l'Asie de l'Est et du Sud-Est et l'Océanie.

ACTIONS PRIORITAIRES

- **Respecter nos droits en faisant le lien entre les services de prise en charge du VIH et les autres services** dans le cadre d'une approche globale fondée sur les droits.
- **Nous ne sommes pas seulement des mères. Mettre en place des systèmes de santé intégrés** qui répondent à nos besoins tout au long de notre vie.
- **Promouvoir des interventions multisectorielles de prise en charge et d'appui**, parmi lesquels l'investissement dans nos propres systèmes et initiatives gérés par la communauté.
- **Collaborer avec nous pour encourager une meilleure coordination de la riposte au VIH**, en veillant à la reconnaissance et à la valorisation de nos multiples contributions.
- **Défendre nos droits en prônant une riposte intégrée** dans laquelle nous bénéficions d'une égalité de traitement, indépendamment de notre style ou de nos choix de vie.

RÉFÉRENCES

RÉDUIRE LA TRANSMISSION SEXUELLE

1. *Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida*, ONUSIDA, 2011.
2. Estimations de l'ONUSIDA. Genève, ONUSIDA, 2011.
3. Jama Shai N et al. Masculinities and condom use patterns among young rural South Africa men: a cross-sectional baseline survey. *BMC Public Health*, 20 juin 2012, 12(1):462.
4. Lang DL et al. Gender based violence as a risk factor for HIV-associated risk behaviors among female sex workers in Armenia. *AIDS and Behavior*, 4 juillet 2012.
5. Swain SN et al. Experience of violence and adverse reproductive health outcomes, HIV risks among mobile female sex workers in India. *BMC Public Health*, 20 mai 2011, 11:357.
6. Decker MR et al. Violence victimisation, sexual risk and sexually transmitted infection symptoms among female sex workers in Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, juin 2010, 86(3):236-40.
7. Garcia-Moreno C et al. *Étude multipays sur la santé des femmes et les violences familiales à l'égard des femmes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005.
8. Dworkin LS et al. Gendered empowerment and HIV prevention: policy and programmatic pathways to success in the MENA Region. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 1er juillet 2009 ; 51 Suppl 3:S111-8. Manuscrit de l'auteur ; disponible dans PMC, 19 avril 2012. Publié sous sa forme finale : *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 1er juillet 2009 ; 51 (Suppl 3):S111-S118. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181aafd78
9. Kohler HP, Thornton RL. Conditional cash transfers and HIV/AIDS prevention: unconditionally promising? *World Bank Economic Review*, première publication en ligne le 2 novembre 2011, doi:10.1093/wber/lhr041.
10. Baird S, Chirwa E, et al. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Economics*, 2010, Vol 19 N° S1, 2010.
11. Barai S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12:538-549.
12. *Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres : Recommandations pour une approche de santé publique 2011*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011.
13. Winter S. *Lost in transition: transgender people, Rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific region*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2012.
14. *Viral hepatitis, STD and TB prevention*. Atlanta, GA, National Center for HIV/AIDS, 2011.
15. *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle*. Paris, UNESCO, 2009. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>
16. *Comprehensive sexuality education: challenges and opportunities of scaling-up*. Paris, UNESCO, 2012. <http://www.grld-fr.fr/home/dev/Doc/EN/Scaling-up.pdf>
17. *Sexuality education in Asia and the Pacific*. Paris, UNESCO, 2012. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>

PRÉVENIR LE VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

1. *An analysis of gender issues in harm reduction and HIV programming in South-East Asia*. Bangkok, HIV/AIDS Asia Regional Program (HAARP), 2010.
2. *Rapport annuel 2006 : l'état du phénomène de la drogue en Europe*. Lisbonne, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2006. Consulté le 31 mai 2007 (<http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-fr.pdf>).
3. *The global state of harm reduction, towards an integrated response*. Harm Reduction International, 2012, p32 (http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf).
4. Mathers BM et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375:1014-1028.
5. *Women who use drugs, harm reduction and HIV*. Genève, Global Coalition on Women and AIDS, 2011.
6. Strathdee SA et al. Social and structural factors associated with HIV infection among female sex workers who inject drugs in the Mexico-US border region. *Public Library of Science One*, 2011, 6:e19048.
7. Brown QLet al. The impact of homelessness on recent sex trade among pregnant women in drug treatment. *Journal of Substance Use*, 2011, 1-7.
8. Cavanaugh CE, Latimer WW. Recent sex trade and injection drug use among pregnant opiate and cocaine dependent women in treatment: the significance of psychiatric comorbidity. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 2010, 9:32.
9. *In the shadows: the Chanura Kol baseline study on women who inject drugs*. New Delhi, India HIV/AIDS Alliance and Social Awareness Service Organisation, 2011.
10. Roberts A, Mathers BM, Degenhardt L. *Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs*. Cape Town, IDU Reference Group, 2010.
11. Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. *Women, harm reduction and HIV*. New York, Open Society Institute, 2007.
12. Prescription for change: lesbian & bisexual women's health check 2008. London Stonewall, 2007 (http://www.stonewall.org.uk/what_we_do/research_and_policy/3101.asp).

ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH CHEZ LES ENFANTS ET MAINTENIR LEUR MÈRE EN VIE

1. *Les femmes et la santé : La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009.
2. *Rapport de situation 2011 sur la riposte mondiale au VIH/sida : Principaux faits sur l'épidémie mondiale de VIH et les progrès enregistrés vers un accès universel*. Genève, Organisation mondiale de la santé, UNICEF et ONUSIDA, 2011, p150.
3. Mugo NR et al. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1-serodiscordant couples. *AIDS*, 2011, 25:1887-1895.
4. Johnson KB et al. Fertility preferences and the need for contraception among women living with HIV: the basis for a joint action agenda. *AIDS*, 2009, 23(Suppl 1):S7-S17.
5. Mahy M et al. What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86(Suppl 2):nii48-n55.
6. Gogna et al. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users' and providers' perspectives. *Social Science & Medicine*, 2009, 69(6):813-20.
7. Satande LT. *Sexual and reproductive health rights threatened through forced sterilisation of women living with HIV/AIDS: case studies from Namibia and South Africa*. Toronto, Taking It Global, 2010 (<http://www.tigweb.org/images/resources/tool/docs/2649.doc>).
- Dignity denied: violations of the rights of HIV-positive women in Chilean health facilities*. New York, Vivo Positivo, Centre for Reproductive Rights, 2010.
- Litigating against the forced sterilization of HIV-positive women: recent developments in Chile and Namibia*. *Harvard Law School Human Rights Journal*, 2010, Vol. 23 (<http://harvardhrj.com/wp-content/uploads/2010/10/223-232.pdf>).
- Bianco M, Ré Ml. *Defending the sexual and reproductive health rights of women affected by HIV in Argentina*. Buenos Aires, Foundation for the Education and Study of Women (FEIM), 2008 (http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1419) (inspiré d'une recherche qualitative conduite par la FEIM).
- Positive women: voices and choices*. Londres, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), 2002.
8. Women of the Asia Pacific network of people living with HIV. *Positive and pregnant: how dare you*. Bangkok, Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH sida (APN+), mars 2012 (http://www.asiapacificalliance.org/images/stories/resources/apn_positive_and_pregnant_2012.pdf).
9. *Mise à jour programmatique : Utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson*. Genève, Organisation mondiale de la santé, avril 2012 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf).
10. Desgrees-Du-Lou A et al. Beneficial effects of offering prenatal HIV counselling and testing on developing a HIV preventive attitude among couples. Abidjan, 2002-2005. *AIDS and Behavior*, 2007, DOI:10.1007/s10461-007-9316-6.
11. Dunkle K et al. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *Lancet*, 2008, 28 juin, Vol 371. www.thelancet.com
12. Ghanotakis E, Peacock D, Wilcher R. The importance of addressing gender inequality in efforts to end vertical transmission of HIV. *Journal of the International AIDS Society*, 2012, Vol 15(Suppl 2) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17385>).
13. Feldman R, Maposhere C. Safer sex and reproductive choice: findings from positive women: voices and choices in Zimbabwe. *Reproductive Health Matters*, 2003, Vol 11 No.22.
14. Sepúlveda L. *Forced sterilization preys on women living with HIV/AIDS*. New York, Center for Reproductive Rights, 2012 (<http://reproductiverights.org/en/press-room/chile-forced-sterilization-lilian-hiv-aids-oped>).
15. *In sickness and in health*. Sophia Forum, 2009, N° 3 (<http://sophiaforum.net/resources/SophiaNewsletter3Sept2009.pdf>).

PERMETTRE À 15 MILLIONS DE PERSONNES D'ACCÉDER À UN TRAITEMENT

1. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012*. Genève, ONUSIDA, 2012.
2. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Genève, ONUSIDA, 2010.
3. Nyamathi AM et al. Challenges experienced by rural women in India living with AIDS and implications for the delivery of HIV/AIDS care. *Health Care for Women International*, 2011, Apr;32(4):300-13.
4. Merenstein D et al. Association of child care burden and household composition with adherence to highly active antiretroviral therapy in the Women's Interagency HIV Study. *AIDS Patient Care and STDs*, 2009, Apr;23(4):289-96.
5. *Criminalization of HIV transmission/exposure. Making the law work for the HIV response: a snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/2010072_8_HR_Poster_en.pdf).
- Global criminalization scan 2010*. Amsterdam, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, 2010 (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/2010_Global_Criminalisation_Scan.pdf).
6. *An assessment of SRH and PMTCT services needs of HIV positive women: specific to Addis Ababa and Adama towns*. Addis Ababa, National Network for positive women Ethiopians, 2011.
7. Hale, F, Vazquez M. *Violence against women living with HIV/AIDS: a background paper*. Washington, DC, Development Connections, 2011, p.18 (http://www.dvcn.org/uploads/client_70/files/VAPositiveWBkgrdPaper2011.pdf).
8. Aziz M, Smith K. Challenges and successes in linking HIV-infected women to care in the United States. *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52(suppl 2): S231-S237. doi: 10.1093/cid/ciq047.
9. Pasch S, Myers B, Louw J. Staff attitudes and services provided by community based organizations for substance users in Cape Town, South Africa: implications for training and education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2008, 15(6): 532-544.
10. Tapp C et al. Female gender predicts lower access and adherence to antiretroviral therapy in a setting of free healthcare. *BMC Infectious Diseases*, 2011, 11:86 doi:10.1186/1471-2334-11-86.

ÉVITER LES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE

1. *Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html).
2. Getahun H et al. Prevention, diagnosis, and treatment of tuberculosis in children and mothers: evidence for action for maternal, neonatal, and child health services. *Journal of Infectious Diseases*, 2012, 205 (Suppl 2):S216-S227. Epub 2012 Mar 22. doi: 10.1093/infdis/jis009.
3. Gupta A et al. Postpartum tuberculosis incidence and mortality among HIV-infected women and their infants in Pune, India, 2002-2005. *Clinical Infectious Diseases*, 2007, 45:241-9.
4. Khan M et al. Maternal mortality associated with tuberculosis-HIV-1 co-infection in Durban, South Africa. *AIDS*, 2001, 28 Sep; 15(14):1857-63.
5. *Fight AIDS, fight TB, fight now: TB/HIV information pack*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004.
6. Pillay T et al. The increasing burden of tuberculosis in pregnant women, newborns and infants under 6 months of age in Durban, KwaZulu-Natal. *The South African Medical Journal*, 2001, Nov;91:983-7.
7. Gupta A et al. Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. *Journal of Infectious Diseases*, 2011, 1 Feb; 203(3):358-63.
8. Suthar AB et al. Antiretroviral therapy for prevention of tuberculosis in adults with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science Medicine*, 2012, Jul;9(7): e1001270. doi: 10.1371/journal.pmed.1001270. Epub 2012 Jul 24.
9. *Together we will end AIDS*. Genève, ONUSIDA, 2012.
10. *TB and women*. Brighton, TB Alert, 2012 (<http://www.tbalert.org/worldwide/TBAndwomen.php>. Consulté le 21 septembre 2012).
11. *Tackling TB and HIV in women: an urgent agenda*. Coalition mondiale sur les femmes et le sida, juillet 2010.

PARER À L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES

1. Jewkes R et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010, Vol. 376;No.9734, pp. 41-48.
2. *Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes et du VIH*. Genève, ONUSIDA, 2009.
3. Objectif : zéro 2011-2015 *Stratégie de l'ONUSIDA*. Genève, ONUSIDA, 2010.
4. Briefing note from the Global Fund on Global Fund investments in PMTCT in the 22 high-burden countries (septembre 2012).
5. Briefing note from the Global Fund on Global Fund support to Millennium Development Goals 4 and 5 (juin 2012).
6. Aids Support Awareness Project (ASAP) analysis of the implementation of the Global Fund gender equality strategy in round 8 and 9 HIV programs. Where????, Aids Support Awareness Project (ASAP), août 2012).
7. *The Global Fund strategy 2012-2016: investing for Impact*. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2011 (www.theglobalfund.org/.../strategies/core_Global_Fund_Strategy_en/).
8. Demande ouverte aux chefs des nations du G8 et autres donateurs. WeCare+ (http://wecareplus.net/index.php/page/Global_Fund_Petition_to_G8/fr. Consulté le 24 septembre 2012).
9. *Addressing gender and HIV/AIDS*. Washington, DC, The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), 2012 (<http://www.pepfar.gov/documents/organization/185947.pdf>. Consulté le 7 octobre 2012).
10. Schwartlander B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, Vol 377, p2031-2041.

ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES

1. Espien E. *Women and girls living with HIV/AIDS*. BRIDGE gender and development information unit at the Institute of Development Studies, Royaume-Uni, en collaboration avec la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), 2007.
2. Bloom SS, Bloom DW, Das Gupta M. Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a North Indian city. *Demography*, 2001, 38:67-78.
3. Operano D, Soma T, Underhill . Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 48(1): 97-103.
4. Winter S. *Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia Pacific region*. Bangkok, Programme des Nations Unies pour le développement, 2012.
5. Nyamayemombe et al. *The association between violence against women and HIV: evidence from a national population-based survey in Zimbabwe*. Pre-publication Zimbabwe Working Papers, 2010.
6. Hillis SD et al. Adverse childhood experience and sexual risk behaviours in women: a retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33(5):206-211.
7. Montalvo-Liendo N. Cross-cultural factors in disclosure of intimate partner violence: an integrated review. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, Jan;65(1):20-34. Epub 2008 Nov 15.
8. Miller E et al. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinics. *Maternal and Child Health Journal*, 2009, 14(6): 910-917.
9. *Women for women. New approaches to harm reduction in Russia*. New York, Open Society Foundation, 2011 (Disponible sur: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4e424d1e2.html>. Consulté le 26 octobre 2012).
10. Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW). Violence against HIV positive women briefing (<http://www.icw.org/files/Violence.pdf>).
11. Jewkes R et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 3 juillet 2010, Vol.376, n° 9734:41-48.

12. Silverman JG et al. Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300(6):703-710.
13. McKenna K et al. *The economic costs of violence against women: an evaluation of the literature*. Genève, Nations Unies, 2005.
14. Commission sur le sida en Asie. *Redéfinir le sida en Asie – Elaborer une riposte efficace*. New Delhi, Oxford University Press, 2008.
15. Wand H et al. Combined impact of sexual risk behaviors for HIV seroconversion among women in Durban, South Africa: implications for prevention policy and planning, *AIDS and Behavior*, 2011, Feb;15(2):479-86.
16. *Rapid assessment of gender-related barriers to services to prevent vertical transmission of HIV*. Genève, ONUSIDA, 2012.
17. Confidentiality concerns, perceived staff rudeness, and other HIV testing barriers. *Journal of Equity in Health*, 2008.
18. *Women and girls living with HIV/AIDS: overview and annotated bibliography*. Brighton, Royaume-Uni, Institute of Development Studies, University of Sussex, 2007 (http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/BB18_HIV.pdf).
19. Bakeera-Kitaka S et al. Sexual risk reduction needs of adolescents living with HIV in a clinical care setting. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, 2008, 20(4), 426-433
20. *National transgender discrimination survey, 2009*. Washington, DC, National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2009.
21. HIV prevalence and associated risk behaviors in New York City's House Ball community. *American Journal of Public Health*, 2008, June;98(6) :1074-1080.
22. *Opportunity in crisis: preventing HIV from early adolescence to early adulthood*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2012.
23. *Healthy, happy and hot: a young people's guide to rights*. London, International Planned Parenthood Federation, 2010.
24. *Positive learning, meeting the needs of young people living with HIV in the education sector*. Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH et UNESCO, 2012.

ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

1. Bell CC et al. A commentary on the triadic theory of influence as a guide for adapting HIV prevention programs for new contexts and populations: the CHAMP-South Africa story. In: McKay MM, Paikoff RI, eds. *Community collaborative partnerships: the foundation for HIV prevention research efforts*. Binghamton, NY, Haworth, 2007:243-61.
2. Ogden J, Nyblade L. *Common at its core: HIV-related stigma and discrimination*. Washington, DC, Centre international de recherche sur les femmes (CIRF), 2005.
3. *Robbed of choice*. Nairobi, African Gender & Media Initiative (GEM), 2012 (<http://gem.or.ke/documenting-experiences-of-forced-and-coerced-sterilization>, consulté le 6 septembre 2012).
4. *Advancing the sexual and reproductive health and human rights of people living with HIV*. Amsterdam, GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IRPF, ONUSIDA, FNUAP, Organisation mondiale de la santé, 2009/2010 (<http://www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/16-srh-guidance-package>).
5. *Robbed of choice*. Nairobi, African gender & media initiative, 2012 (<http://gem.or.ke/documenting-experiences-of-forced-and-coerced-sterilization>, consulté le 6 septembre 2012).
6. *Dignity denied: violations of the right to HIV positive women in Chilean health facilities*. Santiago, Center for Reproductive Rights, Vivo Positivo, 2010 (http://www.genderandaids.org/index.php?option=com_content&view=article&id=861:dignity-denied-violations-of-the-rights-of-hiv-positive-women-in-chilean-health-facilities&catid=38:latin-america-and-the-caribbean&Itemid=118).
- Nair P. Litigating against the forced sterilization of HIV-positive women: recent developments in Chile and Namibia. *Harvard Human Rights Journal*, 2011, Vol. 23:223-231 (<http://harvardhrj.com/wp-content/uploads/2010/10/223-232.pdf>).
7. Bianco M, Ré MI. *Defending the sexual and reproductive health rights of women affected by HIV in Argentina*. Buenos Aires, Foundation for Studies and Research on Women (FEIM), 2008 (http://smartsite.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1419).
- Feldman R, Manchester J, Maposhere C. *Positive women: voices and choices, Zimbabwe report*. Londres, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), 2002.
8. Kendall T. Reproductive rights violations reported by Mexican women with HIV. *Health and Human Rights*, 2009 (<http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/viewArticle/175/260>).
9. *Positive and pregnant: how dare you. A study on access to reproductive and maternal health care for women living with HIV in Asia. Findings from six countries: Bangladesh, Cambodia, India, Indonesia, Nepal, Viet Nam*. Bangkok, Femmes du Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH (APN+), mars 2012 (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/APN_Reproductive_and_Maternal_Health_Report_A4_29_March.pdf).
10. Satande LT. HIV/AIDS: case studies from Namibia and South Africa, 2010 (<http://www.tigweb.org/images/resources/tool/docs/2649.doc>).
11. *Women's property rights, HIV and AIDS, domestic violence. Research findings from two rural districts in South Africa and Uganda*. Washington, DC, Centre international de recherche sur les femmes (CIRF), Human Science Research Council (HSRC), Associates Research, 2008 (<http://www.hsrbpress.ac.za/product.php?productid=2232>).
12. Ezer T. *Victory for women in Malawi*. New York, Open Society Foundations, 2011 (<http://www.soros.org/voices/victory-women-malawi>).
13. *Desk review report: female injection drug users and drug users in south Asia: concerns, responses, achievements and challenges*. New Delhi, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW) Asie-Pacifique, 2011 (http://www.icwap.org/wp-content/docs/FIDU_desk_review_report_March_2011.pdf, voir p.13).
14. Santé positive, dignité et prévention. Un cadre d'action. Genève, ONUSIDA/GNP+, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_PHDP_fr.pdf).
15. *At the hospital there are no human rights: reproductive and sexual rights violations of women living with HIV in Namibia*. Publication conjointe du Namibian Women's Health Network (NWHN), de la Northeastern University Law School et de la International Human Rights Clinic (IHRC) à la Faculté de droit de Harvard (Harvard Law School), 2012 (http://www.law.harvard.edu/news/2012/07/30_ihrc-namibian-health-care-report.html).
16. *10 reasons why criminalization of HIV transmission harms women*. Athena Network, 2010 (<http://www.athenanetwork.org/index.php?id=39>).

ÉLIMINER LES RESTRICTIONS LIÉES AU VIH EN MATIÈRE D'ENTRÉE, DE SÉJOUR ET DE RÉSIDENCE

1. *Trends in international migrant stock: the 2008 revision*. New York, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (DAES), 2008 (<http://esa.un.org/migration/index.asp?panel=1>).
2. *IOM gender and migration news*. Genève, Organisation internationale pour les migrations, mars 2011 (Disponible sur : http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/periodicals_and_newsletters/gender_bulletin_mar11.pdf).
3. *HIV vulnerabilities of migrant women from Asia to the Arab states*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2008 (http://hdru.aprc.undp.org/resource_centre/pub_pdfs/P110S.pdf).

RENFORCER L'INTÉGRATION DE LA RIPOSTE AU VIH

1. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012*. Genève, ONUSIDA, 2012 (à paraître).
2. *Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (<http://www.who.int/gender/documents/hiv/9789241597197/en/index.html>).
3. *Rapports d'activité remis par les pays 2012*. Genève, ONUSIDA, 2012 (www.unaids.org/cpr).
4. Jewkes RK et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010, 376:9734.
5. Hargreaves J et al. Process evaluation of the intervention with microfinance for AIDS and gender equity (IMAGE) in rural South Africa. *Health Education Research*, 2010, 25(1):27-40.
6. Hargreaves JR et al. Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2008, 22:403-414.
7. Kayeyi N et al. Decline in HIV prevalence among young women in Zambia: national-level estimates of trends mask geographical and socio-demographic differences. *Public Library of Science One*, 2012, (4):e33652 (Epub 2012, Apr 4. PubMed PMID:22496759, PubMed Central PMCID:PMC3319534).
8. Pettifor A et al. Can money prevent the spread of HIV? A review of cash payments for HIV prevention. *AIDS and Behavior*, 2012, 4 Jul. (Epub ahead of print. PubMed PMID: 22760738). Voir également : Lutz B et al. *Politiques rationnelles et bonnes pratiques, brochure n° 7, Gender equality HIV and education*. Paris, UNESCO, 2012.
9. Arie S. HIV infection is rising among over 50s across the world, figures show. *British Medical Journal*, 2011, Vol. 34, c4064 (consulté le 2 octobre 2011).
10. *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge*. New York, Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et HelpAge International, 2012.
11. Scholten F et al. *An investment framework for the HIV and health response for older people in sub-Saharan Africa, with a particular focus on gender issues*. Genève, Organisation mondiale de la santé, Vieillesse et qualité de la vie (données non publiées).

ONUSIDA
Programme Commun des
Nations Unies sur le VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org