

**5 MESURES
EN FAVEUR
DES FEMMES
DANS LE CADRE
DE LA LUTTE
CONTRE LE VIH
DANS L'ESPACE
FRANCOPHONE**

“Nous ne pouvons pas accepter et nous n’accepterons pas tout ce qui limite l’accès des femmes à la santé et à l’éducation. Nous ne pouvons pas accepter et nous n’accepterons pas que les femmes puissent être victimes de violences sexuelles. La liberté, l’égalité, la dignité des femmes est une cause universelle.”

François Hollande
Président de la République française

“Il existe plusieurs raisons pour lesquelles les femmes et les filles sont vulnérables au sida, notamment l’inégalité entre les sexes, les violences et les violations de leurs droits sexuels et reproductifs. Les sociétés peuvent changer, en renforçant l’autonomisation des femmes et des filles dans les domaines social, économique et politique et en les impliquant en tant que partenaires et leaders de la riposte au sida. Les mesures proposées dans ce rapport contribuent à un état de santé et un avenir meilleurs pour les femmes et les filles dans l’espace francophone. Faisons-en une réalité.”

Yamina Benguigui
Ministre déléguée auprès du Ministre des Affaires étrangères
chargée de la Francophonie
République française

1

**METTRE FIN À LA VIOLENCE
À L'ÉGARD DES FEMMES
ET FAVORISER L'ÉGALITÉ
DES SEXES**

2

**ACCÉLÉRER LE DÉPISTAGE,
LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN
AUX FEMMES VIVANT AVEC
LE VIH**

3

**AMÉLIORER L'ÉDUCATION,
LES CONNAISSANCES ET L'ACCÈS
À L'INFORMATION SUR LE VIH**

4

**INVESTIR EN FAVEUR DE
L'AUTONOMIE ÉCONOMIQUE
DES FEMMES**

5

**IMPLIQUER LES FEMMES EN
TANT QUE LEADERS DE LA
RIPOSTE AU SIDA**

INTRODUCTION : IMPLIQUER LES FEMMES POUR AMORCER UN CHANGEMENT POSITIF

L'épidémie de sida connaît un déclin dans de nombreuses régions du monde, y compris dans les États et gouvernements membres de l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF).

Depuis une dizaine d'années, le nombre de nouvelles infections au VIH chez les femmes n'a cessé de diminuer dans les États membres de l'OIF à faible revenu et à revenu intermédiaire. Grâce à l'amélioration de l'accès au traitement, le nombre de décès liés au sida chez les femmes continue de reculer mais le nombre total de femmes vivant avec le VIH est relativement stable. Nous avons tout lieu de croire qu'une élimination presque totale du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants est possible d'ici à 2015.

Néanmoins, les femmes et les filles dans les États membres de l'OIF sont confrontées à des défis importants liés aux inégalités entre les sexes, y compris les violences basées sur le genre et les risques inhérents aux situations de conflit et de post conflit ; l'accès limité aux services de santé ; le manque d'éducation et de connaissances ; le partage inapproprié des ressources économiques ; et une représentation insuffisante au sein des structures politiques.

Les hommes et les femmes manifestent un intérêt commun à relever ces défis. Au moyen d'une participation équitable et effective, les femmes des États membres de l'OIF peuvent exploiter leurs propres compétences et ressources afin de concrétiser les objectifs communs de zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida.

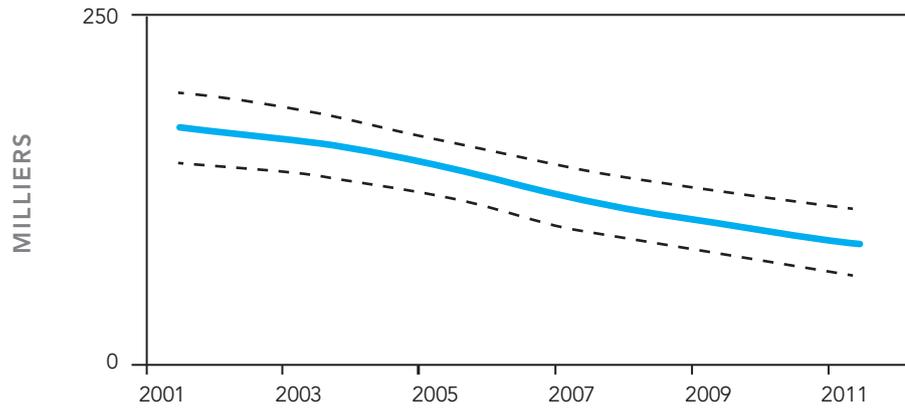
Le présent rapport décrit cinq mesures pour relever les défis auxquels les femmes et les filles sont confrontées et les soutenir en tant que partenaires dans la riposte au sida.



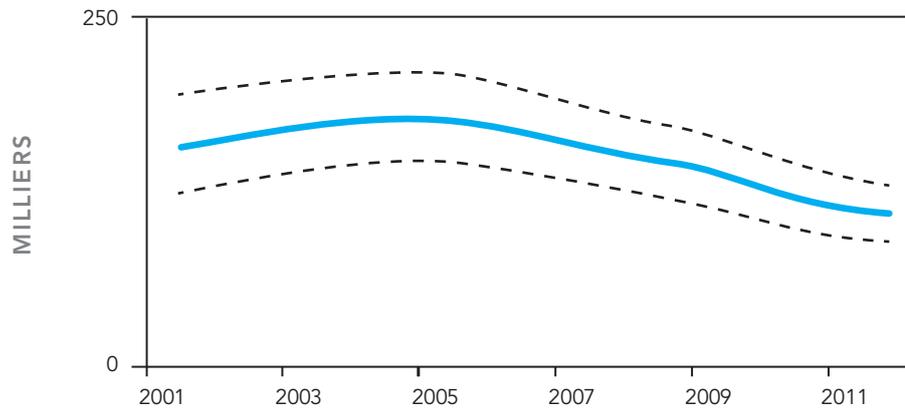
Michel Sidibé
Directeur exécutif de l'ONUSIDA
Secrétaire général adjoint des Nations Unies

Figure 1. **Nouvelles infections au VIH, décès liés au sida et nombre de femmes vivant avec le VIH dans les États membres de l'OIF à faible revenu et à revenu intermédiaire, 2001-2011**

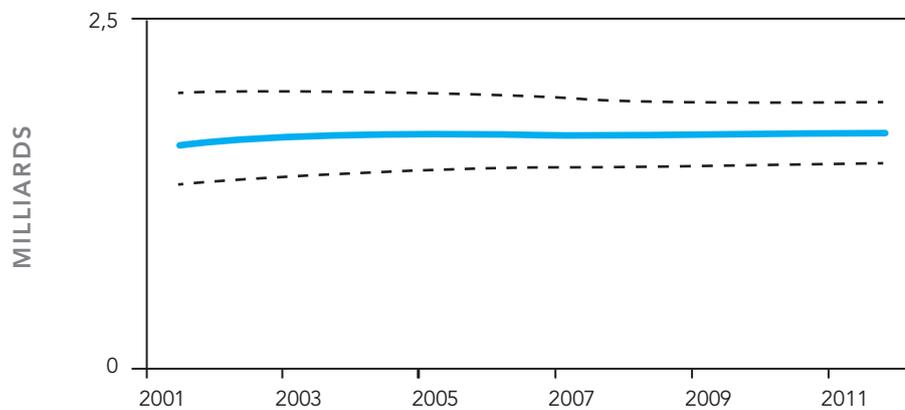
NOUVELLES INFECTIONS AU VIH CHEZ LES FEMMES



DÉCÈS LIÉS AU SIDA CHEZ LES FEMMES



FEMMES VIVANT AVEC LE VIH



1

METTRE FIN À LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES ET FAVORISER L'ÉGALITÉ DES SEXES

Les violences physiques et sexuelles commises par les partenaires intimes à l'égard des femmes sont répandues (1). Elles portent atteinte aux familles, aux communautés et aux sociétés. Par ailleurs, elles augmentent considérablement le risque d'activité sexuelle précoce chez les filles (2) et le risque de contracter le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles au cours de rapports sexuels sous la contrainte pour lesquels les femmes n'ont guère la possibilité de négocier l'usage du préservatif (3). Les femmes 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 (4). Dans la moitié des États membres de l'OIF pour lesquels des données sont disponibles, près d'un tiers des femmes sont victimes de violences commises par leur partenaire intime, y compris de souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques (fig. 2) (5). Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont particulièrement vulnérables aux violences sexuelles : dans certains pays, jusqu'à 45 % des filles âgées de moins de 15 ans indiquent que leur premier rapport sexuel s'est fait sous la contrainte (6). De surcroît, les jeunes femmes sont les plus vulnérables au VIH : dans le monde, les taux d'infection des jeunes femmes sont plus de deux fois supérieurs à ceux des jeunes hommes.

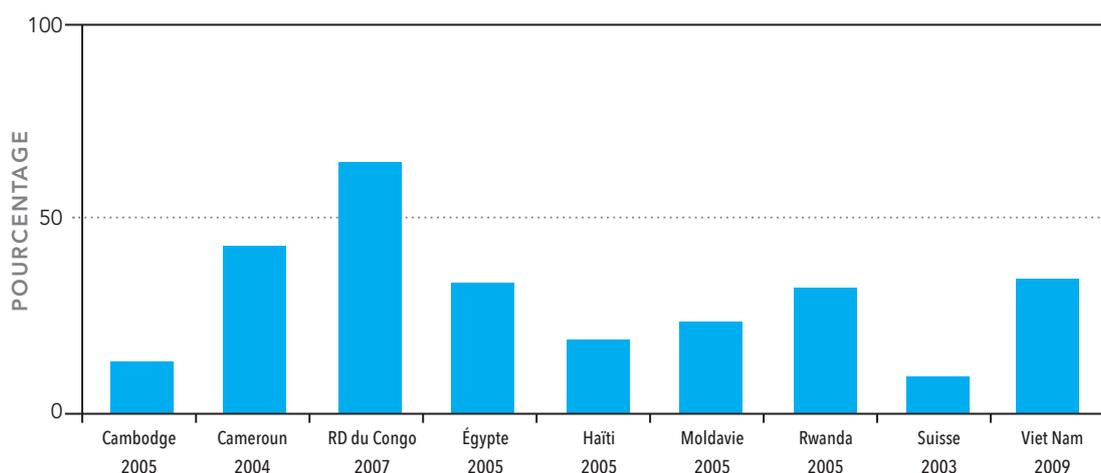
Pour les femmes, les situations de conflit entraînent d'autres risques de violences sexuelles comme le viol, l'esclavage sexuel et d'autres violations des droits de l'homme (7). Dans les contextes post conflit, les risques de violences domestiques, de traite et d'exploitation sexuelles augmentent nettement (8). En période de conflit, les services de soin et d'appui destinés aux personnes vivant avec le VIH sont mis en péril et les femmes réfugiées en raison d'un conflit sont plus vulnérables aux violences sexuelles. Il s'agit d'un problème majeur pour les femmes des États membres de l'OIF puisque 11 États membres sont touchés par des conflits armés et 15 comptent des camps de réfugiés et d'autres installations pour personnes déplacées pouvant accueillir au moins 2 000 personnes chacun (9).

Des progrès ont toutefois été accomplis en termes de prévention et de lutte contre les violences commises à l'égard des femmes. Le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Maroc, le Sénégal et le Togo fournissent une assistance juridique aux femmes vulnérables et victimes de violences. Le Cameroun a établi des programmes de soutien financier et créé des centres d'accueil pour les femmes en situation précaire, y compris celles ayant été victimes de violences. Le Maroc a mis en place une section spécialisée en droit de la famille au sein de son système judiciaire (10). Le Conseil de sécurité des Nations Unies a reconnu le lien entre les conflits, le maintien de la paix et le VIH et

a adopté en juin 2011 la résolution 1983, laquelle exhorte les États membres des Nations Unies à redoubler d'efforts pour lutter contre le VIH au cours des missions de maintien de la paix. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) a indiqué que la prévention, les soins et le traitement du VIH avaient été renforcés dans la plupart des 21 pays disposant de camps de réfugiés, y compris certains États membres de l'OIF ; en 2011, 81 % des femmes enceintes dans les camps de réfugiés bénéficiaient de programmes visant à éviter de nouvelles infections chez les enfants et à maintenir les mères en vie (11).

Les États et gouvernements membres de l'OIF doivent lutter contre les inégalités entre les sexes, car celles-ci constituent un obstacle majeur à l'amélioration de la riposte au VIH. Réglementer et promouvoir l'égalité des sexes, mais aussi mettre fin aux violences à l'égard des femmes, permettront de réduire considérablement le risque d'infection au VIH.

Figure 2. **Proportion de femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles dans les États membres de l'OIF (d'après les données disponibles pour l'année la plus récente), 15-49 ans, à l'exception de la Suisse (18-69) et du Viet Nam (18-60)**



Source : Devries K, Hossain M. *Gender-based violence in OIF member states. Prevalence of intimate partner violence, child sexual abuse, and sexual violence in conflict*. Document élaboré pour l'ONUSIDA. Londres, 2013

2

ACCÉLÉRER LE DÉPISTAGE, LE TRAITEMENT ET LE SOUTIEN AUX FEMMES VIVANT AVEC LE VIH

Le VIH est la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer. Il est donc important qu'elles bénéficient à tout moment d'un accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, mais également aux services de soin et de soutien. Jusqu'à présent, la riposte mondiale au VIH n'a pas permis de réduire les inégalités entre les sexes qui aggravent les conséquences de l'épidémie de sida sur les femmes et les filles, y compris dans de nombreux États membres de l'OIF. Les inégalités entre les sexes ont également restreint les droits des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment pour les femmes vivant avec le VIH.

Dans la plupart des États membres de l'OIF pour lesquels des données sont disponibles, moins de 20 % des femmes ont recours à des services de dépistage et de conseil volontaires, ce qui est manifestement insuffisant. De nombreuses femmes ayant réalisé un test de dépistage n'obtiennent pas leurs résultats. De même, le nombre de femmes qui se font dépister volontairement et qui obtiennent leurs résultats demeure très faible dans les pays pour lesquels des données sont disponibles (fig. 3) (12). Les services de dépistage du VIH doivent être adaptés aux besoins des jeunes et des personnes les plus exposées au risque d'infection, dont les professionnelles du sexe et les consommatrices de drogues.

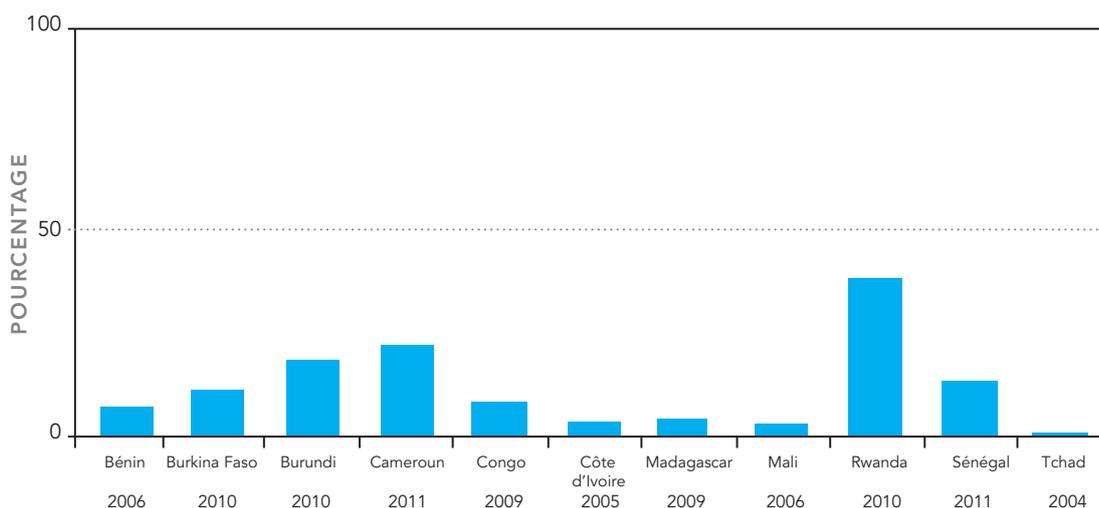
En général, les femmes en âge de procréer bénéficient d'un meilleur accès aux programmes de dépistage et de traitement du VIH par le biais des services de santé prénatale. Mais des défis doivent encore être relevés. Dans 18 pays à travers le monde (y compris le Djibouti, le Gabon et la Guinée équatoriale), au moins 20 % des décès maternels sont dus au VIH (13). Le Plan Mondial pour éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie est axé sur 22 pays prioritaires, y compris six États membres de l'OIF (à savoir, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la République démocratique du Congo et le Tchad). Dans les 21 pays prioritaires du Plan mondial situés en Afrique subsaharienne, 45 % seulement des femmes enceintes vivant avec le VIH et admissibles au traitement antirétroviral pour leur propre santé ont bénéficié d'un tel traitement en 2011 (14).

Même lorsque les femmes connaissent leur état sérologique, bon nombre d'entre elles n'ont pas accès à un traitement. D'après les directives actuelles de traitement de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), près de 970 000 adultes et enfants dans les États membres de l'OIF à faible revenu et à revenu intermédiaire n'ont pas

bénéficié d'un traitement antirétroviral salvateur en 2011, ce qui représente 14 % de l'écart mondial en matière de couverture. Sur cet effectif, 450 000 sont des femmes et des enfants.

La Déclaration politique sur le VIH/sida de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2011 met l'accent sur l'intensification des programmes les plus efficaces et sur l'augmentation des investissements en faveur des personnes les plus démunies. Bien que le nombre de femmes ayant effectué un test de dépistage volontaire du VIH et obtenu les résultats soit en nette progression dans certains pays comme le Cameroun et en nette augmentation au Congo, au Rwanda et au Sénégal, garantir l'accès des femmes aux services de prévention et de traitement du VIH exige également un engagement politique à grande échelle.

Figure 3. **Proportion de femmes (15-49 ans) ayant effectué un test de dépistage du VIH et obtenu les résultats au cours des 12 derniers mois (d'après les données disponibles pour l'année la plus récente)**



Source : ICF International, 2012. MEASURE DHS STATcompiler.

3

AMÉLIORER L'ÉDUCATION, LES CONNAISSANCES ET L'ACCÈS À L'INFORMATION SUR LE VIH

L'éducation à la santé sexuelle et reproductive, la connaissance des risques et des idées reçues liés au VIH et l'accès à des informations précises et adaptées à chaque groupe d'âge sont essentiels à une riposte efficace au sida. En effet, le partage des connaissances et des informations appropriées permet non seulement de dissiper les idées reçues, mais également de réduire toute forme de discrimination susceptible de décourager les personnes à risque ou vivant avec le VIH d'avoir recours aux services de dépistage, de traitement et de soutien. De toute évidence, l'éducation favorise le changement de comportement; les femmes ayant un certain niveau d'instruction sont plus susceptibles de connaître les avantages du préservatif et ont d'avantage de moyens pour négocier l'usage du préservatif (15).

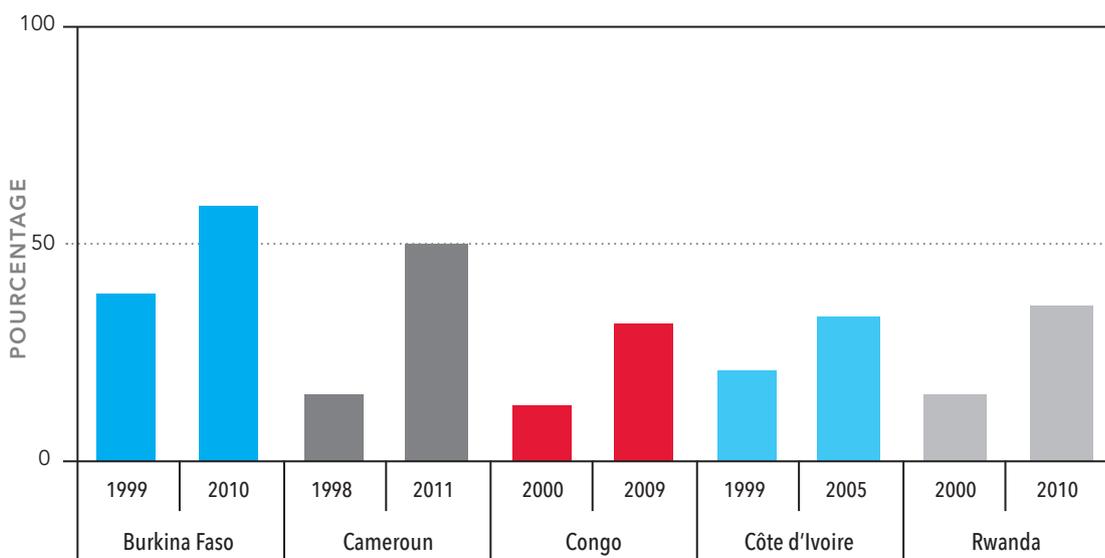
Dans les États membres de l'OIF, la sensibilisation sur le VIH s'est améliorée au fil du temps. Au cours des dix dernières années, le niveau de connaissance de la maladie a doublé au Rwanda : en 2010, plus de la moitié des jeunes âgés de 15 à 24 ans avaient des connaissances approfondies sur le VIH. Cette même tendance a été constatée au Mali et au Sénégal. Cependant, les connaissances approfondies sur le VIH demeurent inférieures à 30% dans de nombreux pays, et une baisse du niveau de connaissance de la maladie a été observée parmi les femmes de certains États membres de l'OIF (12).

Les bénéfices directs de la sensibilisation sur le VIH sont réels : de plus en plus de femmes indiquent qu'elles ont utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel à risque avec un partenaire occasionnel (fig. 4). Chez les jeunes femmes, une meilleure connaissance des points de distribution de préservatifs a été constatée dans les pays pour lesquels des données sont disponibles (fig. 5).

En outre, le nombre de jeunes qui utilisent un préservatif au cours des rapports sexuels avant le mariage a également augmenté ; des progrès en ce sens ont été enregistrés au Burkina Faso, au Cameroun, au Congo, au Rwanda, à Sao Tomé et Príncipe et au Sénégal (12). Le Cambodge fait figure de bon exemple : les groupes de jeunes, les femmes enceintes et d'autres femmes en âge de procréer ont fait l'objet d'une campagne encourageant l'usage systématique du préservatif. Un changement de comportement a également été observé chez les jeunes. Au Rwanda, l'acceptation des personnes vivant avec le VIH a augmenté pour atteindre 64% chez les hommes et 53% chez les femmes. Néanmoins, dans de nombreux États membres de l'OIF, moins de 20% des hommes et 15% des femmes adoptent une attitude positive à l'égard des personnes vivant avec le VIH (12).

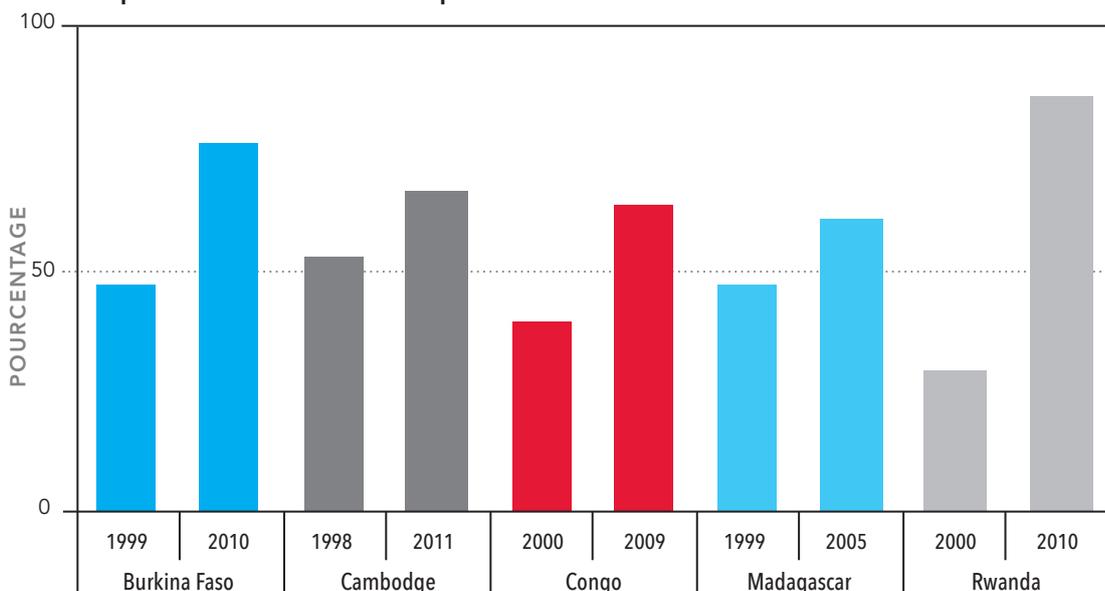
L'éducation aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive s'avère indispensable pour réduire la stigmatisation et la discrimination et encourager le dépistage volontaire du VIH, en particulier chez les jeunes. Par ailleurs, des modèles efficaces pour la prestation des différents services de prise en charge du VIH doivent être considérés (tels que les services par les pairs, les prestataires de soins de santé au niveau communautaire et les centres de dépistage alternatifs) et renforcés par la diffusion de l'information à travers les médias sociaux.

Figure 4. **Proportion de femmes (15-49 ans) ayant déclaré avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel à risque avec un partenaire occasionnel**



Source : ICF International, 2012. MEASURE DHS STATcompile.

Figure 5. **Proportion de femmes (15-24 ans) ayant déclaré avoir pris connaissance des points de distribution de préservatifs**



Source : ICF International, 2012. MEASURE DHS STATcompiler

4

INVESTIR EN FAVEUR DE L'AUTONOMIE ÉCONOMIQUE DES FEMMES

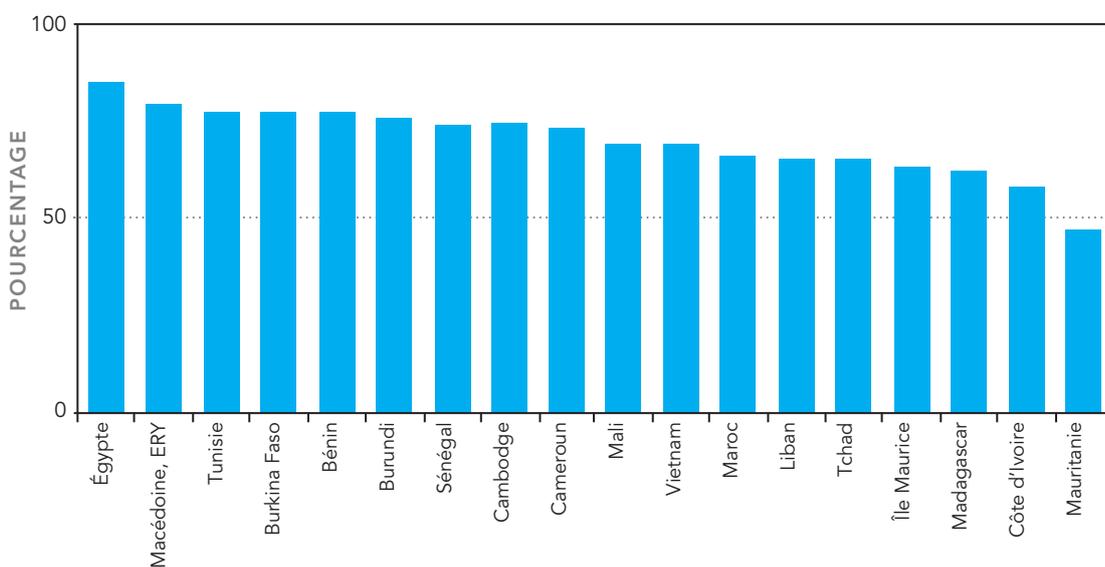
L'autonomie économique renforce le pouvoir d'action des femmes et leur permet de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé et de celle de leurs familles. L'amélioration du statut économique des femmes peut diminuer le risque de d'infection par le VIH en réduisant leur dépendance vis-à-vis de leurs partenaires masculins (14). Les efforts de prévention du VIH bénéficient également du renforcement des compétences de négociation des femmes et de l'accès aux activités génératrices de revenu (16).

Des études menées dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont démontré que les femmes financièrement autonomes négociaient plus facilement l'usage du préservatif avec leurs maris. En revanche, la pauvreté et l'analphabétisme sont des facteurs à long terme de vulnérabilité. Une étude menée auprès de 3 000 familles vulnérables bénéficiaires de coupons alimentaires au Djibouti a démontré que les femmes particulièrement vulnérables peuvent avoir recours temporairement à des rapports sexuels pour répondre à leurs besoins essentiels comme la nourriture et le logement ; dans ce cas, les rapports sont rarement protégés (17). De plus, les femmes financièrement dépendantes sont moins susceptibles de participer aux prises de décisions au sein du couple que celles jouissant d'une certaine indépendance, qu'il s'agisse de l'usage du préservatif ou d'autres moyens de protection, ou encore de l'abstinence (18). La lutte contre les inégalités entre les sexes et l'amélioration des conditions économiques des femmes permettront d'améliorer leurs capacités à prendre des décisions éclairées en matière de santé en ce qui concerne leurs relations sexuelles (19).

Dans les États membres de l'OIF à faible revenu et à revenu intermédiaire pour lesquels des données sont disponibles, les femmes occupant un poste rémunéré touchent des revenus considérablement moins élevés que les hommes (fig. 6) (20). Certains États membres de l'OIF ont toutefois reconnu que l'autonomisation des femmes vivant avec le VIH sur le plan socio-économique était indispensable à l'amélioration de la qualité de l'accès aux services de santé. Au Sénégal, un projet pilote a tenté de définir des voies d'accès durables au traitement du VIH pour les personnes séropositives ainsi que leurs familles. Entre autres, un fonds de garantie a été mis en place pour assurer le remboursement des sociétés à but non lucratif (mutuelles) qui couvrent les services spécialisés de traitement du VIH non pris en charge dans le paquet minimum de services (21).

La mise en œuvre de ripostes plus efficaces au VIH nécessite des mesures visant à lutter contre les inégalités entre les sexes et à renforcer les capacités des femmes à générer des revenus et être économiquement autonomes. Cela facilitera les prises de décisions sur les questions de santé et réduira le risque d'infection au VIH chez les femmes.

Figure 6. **Salaires de la femme en pourcentage par rapport au salaire de l'homme dans les États membres de l'OIF d'après les données disponibles, 2011**



Source : *The Global Gender Gap Report 2011* (Rapport de 2011 sur l'inégalité entre les hommes et les femmes), Forum économique mondial, Genève, 2011.

5

IMPLIQUER LES FEMMES EN TANT QUE LEADERS DE LA RIPOSTE AU SIDA

Les femmes et les filles représentent près de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde. Il est donc indispensable de les impliquer dans les processus de prise de décisions en tant que partenaires à part entière.

Plus de 30 années se sont écoulées depuis le début de l'épidémie. Or, les femmes ne participent toujours pas aux processus de prise de décisions politiques et à l'élaboration des politiques de façon systématique et régulière. Dans le monde, moins d'un parlementaire sur cinq est une femme (tableau 1) (22). Dans un trop grand nombre de pays, les femmes ne sont pas représentées sur la scène politique et n'ont pas accès à l'appareil gouvernemental pour influencer de manière significative la riposte au VIH. De même, les femmes sont peu représentées au sein des instances de prise de décisions influençant la riposte au VIH, y compris les mécanismes de coordination dans les pays chargés de formuler des demandes de subvention auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (23).

Plusieurs États et gouvernements membres de l'OIF tentent de remédier à la sous-représentation des femmes et certains ont accompli des progrès remarquables. Le tableau 1 démontre toutefois que de nombreux pays sont encore à la traîne. Au-delà des parlements, les femmes ont mis en place leurs propres réseaux politiques, par exemple au Cameroun et aux Seychelles, en rassemblant des organisations locales, des mouvements féministes et des femmes politiques élues (24).

Consciente de l'importance des femmes en tant que leaders de la riposte au VIH, l'ONUSIDA s'est associée à la société civile et aux gouvernements pour élaborer conjointement l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH (2010-2014), adopté par plus de 90 pays. L'ONUSIDA et l'Assemblée parlementaire de la francophonie ont convenu en 2010 de soutenir les pays dans le respect de leurs engagements en matière de VIH, ce qui a favorisé la coopération intergouvernementale et régionale. Par ailleurs, un plan d'action pour 2012-2013 a été adopté en octobre 2012 par le Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida. Ce plan exhorte les membres du Réseau parlementaire et les représentants nationaux et régionaux de l'ONUSIDA à élaborer des stratégies pour concrétiser les résolutions de l'Assemblée parlementaire de la francophonie. Le plan invite également l'ONUSIDA et le réseau parlementaire à collaborer avec le réseau des femmes parlementaires afin d'élaborer et de mettre en œuvre des initiatives de

plaidoyer, d'information, d'éducation et de communication en vue de promouvoir la lutte contre les violences sexuelles en période de conflit.

Investir dans le leadership des femmes et promouvoir leur participation aux processus d'élaboration de politiques, de planification et de budgétisation ainsi qu'au suivi des programmes inciteront les pays à concrétiser les engagements politiques souscrits. En outre, des efforts concertés sont nécessaires pour impliquer de manière significative les femmes vivant avec le VIH dans le processus de prise de décisions et leur donner les moyens d'adapter les programmes nationaux pour répondre à leurs besoins.

Tableau 1. **Proportion de sièges occupés par des femmes dans les Chambres basses des parlements nationaux**

> 40%	30-39%	20-29%	10-19%	<10%
Andorre	Belgique	Bulgarie	Albanie	Bénin
Rwanda	Burundi	Cambodge	Arménie	Comores
Sénégal	Ex.-Rép. yougoslave	Canada	Burkina Faso	Congo
Seychelles	de Macédonie	Cap-Vert	Cameroun	Egypte
		France	Centrafrique	Haïti
		Grèce	Chypre	Liban
		Laos	Côte d'Ivoire	Qatar
		Luxembourg	Djibouti	RD Congo
		Mauritanie	Dominique	Vanuatu
		Suisse	Gabon	
		Tunisie	Ghana	
		Vietnam	Guinée-Bissau	
			Guinée équatoriale	
			Madagascar	
			Mali	
			Maroc	
			Maurice	
			Moldavie	
			Monaco	
			Niger	
			Roumanie	
			Sainte-Lucie	
			Sao Tomé et Príncipe	
			Tchad	
			Togo	

Source : Données synthétisées par l'Union interparlementaire sur la base des informations fournies par les parlements nationaux au 1er février 2013.

CONCLUSION : MIEUX S'ARMER POUR RÉUSSIR

Des progrès considérables ont été accomplis par les États et gouvernements membres de l'OIF pour s'attaquer aux principales causes de la vulnérabilité des femmes vis-à-vis du VIH. Mais des écarts considérables subsistent et il reste encore beaucoup à faire.

Étant donné l'importance et la gravité de l'épidémie de sida, il convient de se pencher de toute urgence sur les inégalités entre les sexes et les violences sexuelles à l'égard des femmes et des filles. Les cinq mesures détaillées dans le présent document constituent un pas important vers l'instauration d'un environnement plus équitable et favorable au sein duquel l'épidémie de sida pourra être mieux maîtrisée.

Les disparités entre les sexes et le manque connexe d'indépendance financière continuent de rendre les femmes vulnérables aux violences et à l'infection au VIH. Les violences sexuelles entre partenaires et en période de conflit accentuent le risque d'infection au VIH, tandis que le VIH intensifie les risques de violences. Nous devons donc impérativement briser le cercle de la violence et du VIH.

L'éducation aux droits et à la santé sexuelle et reproductive et les services de prise en charge du VIH doivent être adaptés aux besoins des femmes, en particulier ceux des jeunes femmes et des femmes les plus vulnérables, à travers la diffusion des informations pertinentes et la mise en place de systèmes de prestation appropriés. Les femmes vivant avec le VIH et les femmes plus exposées au risque d'infection au VIH, notamment les consommatrices de drogues, les professionnelles du sexe, les jeunes femmes et les femmes économiquement et socialement vulnérables, doivent devenir des partenaires à part entière dans le processus d'élaboration des politiques afin de mieux adapter les actions menées à leurs besoins.

Dans de nombreux États membres de l'OIF comme ailleurs, les femmes ne bénéficient pas toutes de services de santé et d'éducation, ce qui compromet leur participation aux processus politiques. L'autonomie économique des femmes et leur représentation sur la scène politique s'avèrent indispensables pour promouvoir l'égalité des sexes et réduire leur vulnérabilité.

Afin de concrétiser les objectifs communs de zéro nouvelle infection au VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida, une transformation sociale doit se produire par le biais d'une collaboration étroite des femmes et des filles avec les dirigeants politiques et culturels et d'un engagement soutenu en faveur de l'élaboration d'un programme de développement pour l'après-2015. Associées à l'objectif de tolérance zéro contre les violences basées sur le genre, ces mesures faciliteront, à terme, la mise en œuvre d'une riposte plus efficace au VIH dans les États et gouvernements membres de l'OIF.

RÉFÉRENCES :

1. Garcia-Moreno C, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet* 2006 ; 368(9543):1260-69.
2. Sexual and gender-based violence in Africa: key issues for programming. Nairobi: Population Council, 2008.
3. Campbell JC, et al. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 2008;15 (4):221-31.
4. Violence against HIV-positive women briefing. Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (<http://www.icw.org/files/Violence.pdf>, consulté le 10 mars 2013).
5. Devries K, Hossain M. Document élaboré pour l'ONUSIDA. Londres, 2013. Gender based violence in OIF member states. Prevalence of intimate partner violence, child sexual abuse, and sexual violence in conflict. Genève : ONUSIDA, 2013.
6. García-Moreno C et al. Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. Genève : étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes, Département Genre et santé de la femme, 2005.
7. Manjoo R, McRaith C. Gender-based violence and justice in conflict and post-conflict areas. *Cornell International Law Journal*, 2010;44:11-31.
8. Let me not die before my time: domestic violence in West Africa. New York : International Rescue Committee (Comité international de secours), 2012.
9. Une année de crises, Tendances mondiales 2011 du HCR. Genève : HCR, 2012 (<http://www.unhcr.fr/501145f39.html>, consulté le 10 mars 2013).
10. The Moroccan family code: PNUD (http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/povertyreduction/projects_and_initiatives/projects_morocco/, consulté le 10 mars 2013).
11. Cornier N et al. Access to HIV prevention, care and treatment in refugee camps. Washington, DC, 18e Conférence internationale sur le sida, 2012.
12. MEASURE DHS STATcompiler: ICF International, 2012 (<http://www.statcompiler.com>, consulté le 22 février 2013).
13. Mortalité maternelle : évolution entre 1990 et 2010. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Genève : OMS, 2012.
14. Les femmes s'expriment : le rôle des femmes vivant avec le VIH dans la lutte mondiale contre le sida. Genève : ONUSIDA, 2012.
15. Rapport 2012 des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement. New York : Nations Unies, 2012.
16. Greig FE, Koopman C. Multilevel Analysis of Women's Empowerment and HIV Prevention: Quantitative Survey Results from a Preliminary Study in Botswana. *AIDS and Behavior* 2003;7(2):195-208.
17. Révision à mi-parcours de l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH. Rapport du Djibouti sur les missions dans le pays. Genève : ONUSIDA, 2012 (non publié).
18. Mboko Ibara SB, Fassa Tolno D. Sida et comportements sexuels des femmes célibataires au Congo. Yaoundé Université de Yaoundé II, Institut de formation et de recherché démographique (IFORD), 2008.

19. Kim J, et al. Exploring the role of economic empowerment in HIV prevention. *AIDS and Behavior* 2008;22:57-71.
20. The Global Gender Gap Report 2011 (Rapport mondial sur les écarts entre les hommes et les femmes de 2011), Forum économique mondial, 2011.
21. Sow B, Anne AC. Local solutions for sustainable financing of HIV treatment, Senegal. Washington, DC, 18e Conférence internationale sur le sida, 2012.
22. Données synthétisées par l'Union interparlementaire sur la base des informations fournies par les parlements nationaux au 1er février 2013 (<http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>, consulté le 1er mars 2013).
23. Analysis of gender-related activities in Global Fund HIV proposals from round 10. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, 2011.
24. ONU Femmes - Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Fiche d'information n°7, Participation des femmes au pouvoir et à la prise des décisions, fondée sur l'examen et l'évaluation de l'application du programme d'action de Beijing : rapport du Secrétaire général. New York: Département de l'information publique des Nations Unies (UNDPI), 2000.

ONUSIDA / JC2477F (version originale française, mars 2013)

Copyright © 2013

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

Tous droits de reproduction réservés.

ISBN 978-92-9253-017-4

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.



ONUSIDA
Programme commun des Nations
Unies sur le VIH/sida

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
ONU FEMMES
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org