

Prise en compte du **sexe social** dans les interventions en **Afrique subsaharienne**

16

*Joséphine Aho, Malgorzata Miszkurka,
Pernelle Smits, Maryline Sicotte
et Anne-Marie Antchouey
Université de Montréal (Canada)*

La prise en compte des différentes composantes du sexe social (ou genre) dans le cadre d'une approche sexospécifique et non plus sexodiscriminante (basée uniquement sur le sexe biologique) est susceptible d'accroître l'efficacité des interventions et des politiques pour lutter contre le VIH/sida et de réduire le différentiel de santé hommes/femmes en Afrique subsaharienne.

L'épidémie du VIH/sida n'est pas contrôlée en Afrique subsaharienne même si elle s'est stabilisée et commence à s'infléchir dans certains pays. En 2007, près de 68 % des personnes infectées par le VIH dans le monde vivaient dans cette région, et 76 % des décès dus au sida s'y étaient produits¹. Il y a une prépondérance féminine dans l'infection au VIH : 61 % des adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne étaient des femmes alors que cette proportion était de 58 % en 2004 et de 37 % en 2001^{1,2}. De nombreuses interventions tentent de faire reculer cette épidémie, certaines avec succès, mais les résultats ne sont

pas toujours ceux escomptés. Une des raisons de ces résultats mitigés pourrait résider dans le peu de prise en compte du sexe social dans les interventions de santé publique.

Le sexe social, communément appelé genre, est un ensemble de règles implicites et explicites qui régit les relations femmes/hommes dans une société à un moment précis. Ces règles déterminent leurs rapports et leurs relations (pouvoirs, production, conditions de vie, rôles, besoins, obligations et responsabilités) au niveau socioculturel (normes et valeurs) et institutionnel (famille, système éducatif, emploi). Le sexe social intègre les caractéristiques permanentes de l'individu (anatomiques, physiologiques et génétiques) et ses caractéristiques variables telles les potentialités, les opportunités sociales et les mœurs sexuelles.

Nous soutenons que le sexe social explique, en partie, la prépondérance féminine de l'épidémie du VIH/sida en Afrique subsaharienne et son fardeau social et sanitaire, par l'exposition et la vulnérabilité différentielles qu'il génère. En santé publique, une exposition est une situa-

Faculté de médecine,
département de médecine
sociale et préventive,
Université de Montréal
(Canada) : Joséphine Aho,
Malgorzata Miszkurka,
Maryline Sicotte,
Anne-Marie Antchouey

Faculté de médecine,
département
d'administration
de la santé,
Université de Montréal :
Pernelle Smits

Faculté de médecine,
Université des sciences
de la santé du Gabon :
Anne-Marie Antchouey

Adresse de
correspondance :
josephine.aho
@umontreal.ca

Nous tenons à remercier
François Béland,
professeur au
département d'admini-
stration de la santé de
l'Université de Montréal,
dont les commentaires
ont nourri cette réflexion.

**1 - « Le point sur
l'épidémie de sida :
rapport spécial sur
la prévention du VIH :
décembre 2007 »,
Onusida**

**2 - « Rapport sur la
santé dans le monde :
2004 : Changer le
cours de l'histoire »,
OMS**

3 - Les potentialités sont constituées par le capital humain, social, économique, etc.

4 - Les capacités sont constituées par les caractéristiques personnelles et les opportunités sociales

5 - Wingood GM & Diclemente R, « Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women ». *Health Educ Behav.* 2000, 27, 5, 539-65

6 - Hewitt RG, Parsa N & Gugino L, « Women's health : The role of gender in HIV progression », *AIDS*, 2001, 11, 1, 29-33

7 - Clark R. Sex differences in antiretroviral therapy-associated intolerance and adverse events. *Drug saf.* 2005, 28, 12, 1075-83

8 - Auto efficacité : perception d'une personne sur sa capacité à atteindre les buts qu'elle s'est fixée

9 - Prata N, Morris L, Mazive E et al., « Relationship Between HIV Risk Perception and Condom Use : Evidence from a Population-Based Survey in Mozambique », *Int Family Planning Perspectives*, 2006, 32, 4, 192-200

10 - Adih WK & Alexander CS, « Determinant of Condom Use to Prevent HIV Infection Among Youth in Ghana. *J of Adolescent Health* » ; 1999, 24: 63-72

11 - Rao Gupta G. « Gender, sexuality, and HIV/AIDS : The What, the Why, and the How ». Plenary address : XIIIth International AIDS Conference. Durban, South Africa, 2000

tion qui met en péril la santé, tandis que la vulnérabilité est l'état d'un individu pour lequel on estime qu'il y a un risque. A partir du concept de capacité développé en 1985 par Sen (capacités = potentialités³ x capacités⁴), Dubois définit la vulnérabilité comme étant le rapport des risques sur les capacités. Si le risque excède les capacités d'un individu, ce dernier devient vulnérable.

Il s'agit ici de rappeler l'existence et l'imbrication de différentes composantes du sexe social – biologique, psychosociale, comportementale, socioculturelle et structurale – dont la prise en compte est essentielle. Nous nous baserons sur les concepts d'exposition et de vulnérabilité différentielles pour argumenter notre propos.

La composante biologique du sexe social désignée par le terme générique « sexe » est déterminée par les caractéristiques génétiques, anatomiques, et physiologiques des hommes et des femmes. Ainsi, lors d'un contact sexuel, les femmes sont huit fois plus à risque d'être infectées par le VIH que les hommes de par l'étendue des muqueuses exposées, les micro-déchirures fréquentes du vagin (ou du rectum) ainsi que la quantité de fluides sexuels reçus et leur teneur en virus⁵. Certaines études suggèrent que l'infection au VIH progresse plus rapidement chez les femmes à cause des effets biologiques des cytokines, des hormones et du cycle menstruel sur la réplication virale⁶. Cependant, plusieurs études n'ont démontré aucune différence entre hommes et femmes, ces résultats contradictoires s'expliquant probablement par la méthodologie des études notamment la courte durée de suivi et le manque de puissance statistique.

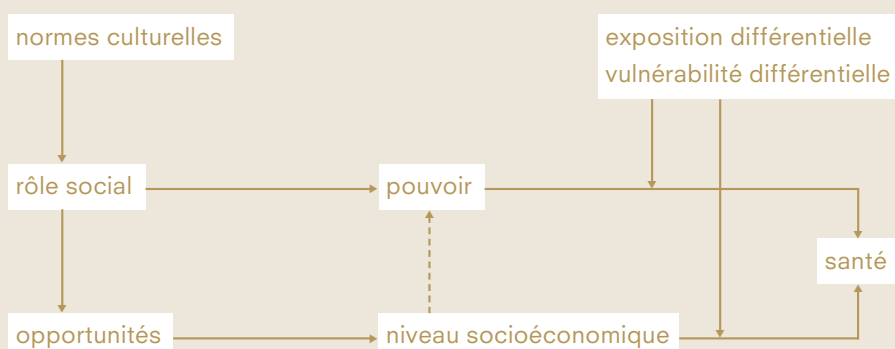
Par ailleurs, les études cliniques sur les antirétroviraux (ARV) sont généralement effectuées dans des populations masculines⁷. Cependant, peu de prescriptions tiennent compte du sexe biologique alors que la quantité et la distribution des graisses corporelles ainsi que les hormones influencent la biodisponibilité et le métabolisme des médicaments⁷. Ainsi, les femmes auraient des concentrations plasmatiques plus élevées de médicaments aux posologies habituelles d'où une toxicité plus importante et des effets secondaires plus fréquents⁶.

En résumé, pendant les quatre phases de l'histoire naturelle du sida (la phase d'acquisition du virus, la phase de primo-infection symptomatique, la phase chronique et le stade de sida), la composante biologique du sexe social génère une vulnérabilité plus grande des femmes, leurs capacités biologiques étant plus faibles.

Selon notre grille d'analyse, **les composantes psychosociales** déterminent également une vulnérabilité différentielle entre hommes et femmes tandis que le comportement individuel conduit à une exposition différentielle. Les variables psychosociales ayant fait l'objet d'études sur le VIH/sida sont essentiellement la perception du risque de maladie et de la sévérité de la maladie, les barrières et bénéfices perçus quant au traitement et l'auto-efficacité⁸. Les risques liés à l'acquisition du VIH sont perçus différemment par les hommes et par les femmes. Une étude réalisée au Mozambique a révélé que 27 % des femmes et 80 % des hommes qui se considéraient à faible risque d'infection, encourraient en fait un risque élevé⁹. De plus, la perception du risque chez les jeunes, influencée par leur niveau d'information sur le sujet (peu de discussions sur la sexualité à la maison ou à l'école) et le comportement sexuel dans la population adulte générale, conditionnent le port du préservatif et le nombre des partenaires d'où un danger de perpétuation de comportements à risque. Au Ghana, la susceptibilité perçue à l'infection au VIH, l'auto-efficacité et les barrières perçues à l'utilisation du condom ainsi que le support social perçu étaient les prédicteurs les plus importants d'un comportement sexuel protégé¹⁰.

Par ailleurs, les études sur le dépistage révèlent que les femmes discutent plus souvent avec leurs partenaires de leur volonté de se faire tester, contrairement aux hommes¹¹. Ainsi, dans l'étude de Brou et coll.¹², 97 % des femmes dépistées positives pendant la grossesse avaient déclaré leur statut à leur partenaire sexuel et 94 % avaient incité leur partenaire à se faire dépister. Cependant seul un conjoint sur quatre l'avait fait. Même si le dialogue dans le couple, suite à ce dépistage, restait centré sur la nécessité de se protéger lors d'éventuels rapports extraconjugaux, ceci a

Figure 1. Mécanismes d'action des composantes socioculturelles sur la santé



18

permis dans certains couples de renforcer, d'améliorer ou d'amorcer le dialogue autour des IST/sida. Ces différences au niveau du dépistage entraîne une surexposition au VIH des femmes qui, en étant souvent non informées du statut séropositif de leur partenaire, sont moins susceptibles de se protéger.

Les interventions préventives et thérapeutiques pour le VIH qui n'intègrent pas ces différences psychosociales et comportementales, sont susceptibles d'être moins efficaces, d'autant plus que ces composantes s'inscrivent dans des contextes socioculturels particuliers.

Les normes sociétales générées par **l'environnement socioculturel** régissent le sexe social et les rôles sociaux des hommes et des femmes ¹¹. Nous proposons ici un modèle des mécanismes d'action qui intègre les normes culturelles, les rôles sociaux, les opportunités, le pouvoir et le niveau socioéconomique et qui définit deux trajectoires principales à travers lesquelles les normes culturelles influent sur la santé.

Les normes culturelles créent des standards de masculinité et de féminité qui influencent les comportements sexuels. Les modèles de masculinité incitent les jeunes hommes à avoir des relations sexuelles précoces et à adopter des comportements à risque (multipartenariat sexuel, relations non protégées) qui les exposent au VIH. Par ailleurs, la notion de préséance masculine qui prévaut dans de nombreuses sociétés africaines, confère aux hommes un

grand pouvoir décisionnel quant au port du préservatif et leur donne un contrôle important sur les femmes (contrôle des ressources, domination physique et sexuelle)¹¹. Cette préséance masculine permet également aux hommes de profiter d'un plus grand nombre d'opportunités surtout en matière d'éducation et d'emploi. Cependant, une meilleure éducation et un statut socioéconomique élevé ne constituent pas nécessairement des facteurs protecteurs ou prédicteurs de comportements sexuels sécuritaires. En Afrique subsaharienne, certaines études ont montré que les hommes éduqués avaient plus tendance à pratiquer le multi-partenariat sexuel et utilisaient moins le préservatif¹³ mais d'autres études montrent une relation inverse¹⁴.

S'agissant des femmes, leurs rôles sociaux de mère et d'épouse, très valorisées en Afrique sub-saharienne, modèlent les standards de féminité¹⁵. Alors qu'elles ont peu de contrôle sur leur vie sexuelle et dans la négociation de pratiques sexuelles protégées¹¹, elles entreprennent très tôt des activités sexuelles, souvent avec des hommes plus âgés ce qui contribue au déséquilibre du pouvoir¹⁶ et peuvent, de fait, être exposées précocement. De plus, leurs ressources financières limitées, conséquences d'opportunités moins fréquentes d'éducation et d'emploi, les rendent souvent dépendantes économiquement des hommes, les poussant parfois à recourir à une prostitution de subsistance.

12 - Brou H., Agbo H., Desgrees Du Lou A, « Le dépistage du VIH en prénatal : impact chez des femmes VIH – à Abidjan (Côte d'Ivoire) », Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé, 2005, 15, 2, 81-91

13 - Mmbaga EJ, Leyna GH, Mnyika KS et al., « Education attainment and the risk of HIV-1 infections in rural Kilimanjaro Region of Tanzania, 1991-2005: a reversed association », Sexually Transmitted Diseases, 2007, 34, 12, 947-53

14 - Lagarde E, Caraël M, Glynn JR, et al., « Educational level is associated with condom use within non-spousal partnerships in four cities of sub-Saharan Africa » AIDS, 2001, 15, 11, 1399-408

15 - Phaladze N & Tlou S, « Gender and HIV/AIDS in Botswana : a focus on inequalities and discrimination » Gender and Development, 2006, 14, 1, 23-35

16 - « State of the world 2003: Making one billion count : investing in health adolescents' and rights ». UNFPA

Les trajectoires proposées objectivent bien l'exposition et la vulnérabilité différentielles des hommes et des femmes liées aux réalités socio-culturelles africaines. Elles ne reflètent cependant qu'une partie de ces réalités. L'économie, la politique, la religion, les mouvements de population (volontaires ou forcés) sont autant de facteurs qui influent sur la donne socioculturelle.

Au niveau des composantes structurelles, **le système de santé** et particulièrement l'organisation des soins sont des déterminants essentiels dans la prise en charge préventive et curative du VIH/sida. En Afrique subsaharienne, les temps d'attente pour les consultations ainsi que les horaires et les distances à parcourir font obstacles à l'accès aux soins des femmes qui ont la charge de s'occuper de la famille¹⁷.

Cependant, certains services comme l'obstétrique et la gynécologie constituent une porte privilégiée d'entrée des femmes dans le système de soins, notamment pour le dépistage du sida¹⁸. Lorsque les services de santé sont payants, les hommes consultent davantage¹⁹ mais lorsque les consultations et tests de dépistage sont gratuits comme au Botswana, il y a une nette augmentation de l'utilisation des services de santé par la population générale et, particulièrement par les femmes¹⁷. Le coût global des traitements, incluant les médicaments, les examens de laboratoire, le suivi est donc un déterminant structurel majeur générant des états de santé différentiels dans le cas du VIH-sida.

En conclusion, à l'approche sexodiscriminante basée uniquement sur le sexe biologique, nous préférons celle sexospécifique qui tient compte des rôles sociaux, opportunités et relations de pouvoir liés au sexe social. La prise en compte des différentes composantes du sexe social est, nous croyons, susceptible d'accroître l'efficacité des interventions et des politiques pour lutter contre le VIH/sida et de réduire le différentiel de santé hommes/femmes en Afrique subsaharienne. - **Joséphine Aho, Malgorzata Miszkurka, Pernelle Smits, Maryline Sicotte et Anne-Marie Antchouey**

17 - Fleischman J. *Breaking the Cycle: Ensuring Equitable Access to HIV Treatment for Women and Girls.* Washington, Center for Strategic and International Studies, 2004

18 - « AIDS Epidemic Update 2002 », Onusida

19 - De Pinho H. *Report of a Workshop on gendered experience of people who are HIV positive.* University of Cape Town, 2003