



GENRE et VIH/SIDA

Panorama

Vicci Tallis

septembre 2002

Vicci Tallis (auteure)

Vicci Tallis milite sur les thèmes du genre et du VIH/SIDA au sein de l'ONG Project Empower, basée en Afrique du Sud. Elle travaille sur le VIH/SIDA depuis 1986, dans les domaines du plaidoyer, de l'offre de services et du renforcement des capacités. Vicci a été consultante en matière de genre auprès du « Comité directeur national sur le VIH/SIDA » (National HIV/AIDS Directorate). Elle termine actuellement une thèse sur l'amélioration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA en vue de réduire les facteurs de risques sexospécifiques.

Alice Welbourn (conseillère)

Alice mène une activité indépendante en tant qu'auteure, spécialiste de réseaux, formatrice et conseillère dans son domaine de spécialisation, les approches centrées sur la personne et tenant compte des critères d'âge et de sexe, en matière de droits sexuels/reproductifs et de bien-être. Elle est conseillère auprès de diverses organisations dans ce domaine. L'essentiel de ses travaux se place au niveau international et on lui doit l'approche 'Stepping Stones' (Tremplin), aujourd'hui adaptée pour plus de 30 pays en Afrique et en Asie. Mariée et mère de deux enfants, elle est aujourd'hui membre du conseil d'administration de la « Communauté internationale des femmes vivant avec le virus VIH/SIDA » (International Community of Women Living with HIV/AIDS - ICW).

Emma Bell (coordinatrice éditoriale)

Emma est agent de recherche et de communication au sein de BRIDGE. Elle coordonne les services clientèle de BRIDGE, et a signé et participé à la rédaction de plusieurs rapports. Ses écrits ont porté sur le genre et la mondialisation, la participation, les institutions nationales chargées des questions féminines et de l'égalité des sexes, et les violences faites aux femmes. Elle a enseigné sur le thème du genre et de la réforme agraire au sein du Département d'études africaines et asiatiques de l'Université du Sussex et a collaboré à la création d'un site Web d'intégration transversale du genre pour le Ministère britannique du développement international.

L'auteur tient à remercier tout spécialement Dawn Cavanagh, de Project Empower, pour l'aide apportée tout au long de la conceptualisation et de la rédaction de ce rapport, ainsi que Laura Washington, de Project Empower également, pour ses précieux commentaires sur le document-projet. Remerciements également aux membres de l'équipe de BRIDGE Hazel Reeves, Charlotte Sever, et Ra'ida Al-Zu'bi pour leurs contributions et critiques essentielles à ce rapport, et à Laurence Nectoux pour la traduction française.

BRIDGE remercie les agences suivantes pour leur soutien financier : l'Agence canadienne de développement international (ACDI), le Secrétariat du Commonwealth, l'Agence danoise de développement international (Danida), le ministère du développement international au Royaume-Uni (DFID), le ministère néo-zélandais des affaires étrangères et du commerce, l'Agence norvégienne de développement et de coopération (NORAD), le ministère norvégien des affaires étrangères, l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (Asdi) et la Direction du développement et de la coopération (DDC), en Suisse.

Fondé en 1992, BRIDGE est un service de recherche et d'information sur le développement opérant au sein de l'Institute of Development Studies (IDS), au Royaume-Uni. BRIDGE soutient les efforts d'intégration transversale du genre déployés dans la sphère politique et sur le terrain, en comblant le fossé entre théorie, politique et pratique par l'apport d'informations accessibles et variées sur toutes les questions relatives à la notion de genre.

Déjà parus dans la collection des Kit Actu' :

- Genre et changement culturel
- Genre et participation

disponibles en ligne - www.ids.ac.uk/bridge/reports_gend_CEP.html ou en écrivant à BRIDGE (voir les coordonnées au dos de ce rapport).

Table des matières

Acronyms	iv
Résumé	1
1. Introduction	5
2. Une approche orientée droits	8
2. Une approche orientée droits	8
3. Une pandémie en évolution	12
3.1 La pandémie du VIH et du sida	12
3.1.1 La troisième pandémie – la stigmatisation et les tabous	13
3.2 Quels sont les facteurs qui font progresser la pandémie du VIH/SIDA ?	15
3.2.1 <i>Facteurs sociaux</i>	16
3.2.2 <i>Facteurs économiques</i>	20
3.2.3 <i>Facteurs politiques</i>	23
3.3 Impact de l'épidémie	23
3.3.1 <i>Impacts sociaux</i>	24
3.3.2 <i>Impacts économiques</i>	25
3.3.3 <i>Impacts politiques</i>	26
3.3.4 <i>Impacts démographiques</i>	26
4. Enjeux cruciaux : agir pour transformer	27
4.1 Approches actuelles	28
4.1.1 <i>L'accent sur les stéréotypes</i>	28
4.1.2 <i>Programmes « neutres »</i>	29
4.1.3 <i>Approches sensibles à la dimension hommes-femmes</i>	31
4.1.4 <i>Approches autonomisantes</i>	32
4.1.5 <i>Agir pour transformer</i>	36
4.2 Institutionnaliser le genre et le VIH/SIDA	40
4.2.1 <i>Des approches sur plusieurs fronts</i>	44
5. Conclusions et Recommandations	49
5. Conclusions et Recommandations	49
6. Références	53

Acronyms

Les traductions entre crochets ne sont pas des traductions officielles. NdT

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
ACORD	Association de coopération et de recherches pour le développement
ADAPT	Agisanang Domestic Abuse Prevention and Training [Projet de formation et de prévention en matière de violence domestique d'Agisanang]
ASDI	Agence suédoise de développement international
AWID	Association for Women's Rights in Development (Association pour les droits des femmes en développement)
CAFOD	Catholic Agency for Overseas Development (Organisation catholique pour le développement outre-mer)
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
DAW	Division des Nations unies pour la promotion de la femme
DAWN	Development Alternatives with Women for a New Era [Pour un développement alternatif associant les femmes]
DDC	Direction du développement et de la coopération (Suisse)
DFID	Ministère du développement international (Royaume-Uni)
ECHA	East, Central and Horn of Africa (Région de l'est, du centre et de la corne de l'Afrique)
FIDA (U)	Association of Uganda Women Lawyers
GIPA	Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (Programme GIPA : Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA)
HDN	Health & Development Networks (Réseaux santé et développement)
ICASO	International Council of AIDS Services Organizations (Conseil international des ONG de lutte contre le sida)
ICRW	International Centre for Research on Women (Centre international de recherche sur les femmes)
ICW	International Community of Women living with HIV/AIDS (Communauté internationale des femmes vivant avec le SIDA)
IGAD	Intergovernmental Authority on Development (Autorité régionale intergouvernementale de développement)
IST	Infections sexuellement transmissibles
JOHA	Joint Oxfam HIV/AIDS Programme (Programme commun d'Oxfam sur le VIH/SIDA)
MAP	Men as Partners [Hommes partenaires et responsables]
MST	Maladies sexuellement transmissibles
NORAD	Agence norvégienne de coopération pour le développement
OCAA	Oxfam Community Aid Abroad [Programme d'assistance aux communautés à l'étranger]
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le virus VIH/SIDA
SAfAIDS	Southern Africa AIDS Information Dissemination Service [Service de diffusion d'informations sur le SIDA en Afrique australe]
SHIP	STD/HIV Intervention Project [Projet d'intervention sur les MST et le VIH]
TME	Transmission de la mère à l'enfant
TPE	Transmission parent-enfant
UE	Union européenne
UNGASS	Séance extraordinaire de l'assemblée générale des Nations unies
UNIFEM	Fonds de développement des Nations unies pour les femmes
UNRISD	Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
W@B/HDN	Women at Barcelona/Health & Development Networks [Réseaux des Femmes à la conférence de Barcelone/santé et développement]
WASN	Women and AIDS Support Network [Réseau « Femmes et SIDA »]

Résumé

Égalité des sexes : défis majeurs

- Utiliser un cadre de droits humains intégrant la dimension du genre.
- Informer les programmes et les politiques en matière de VIH/SIDA des réalités diverses et complexes de la vie des femmes, des hommes et des enfants.
- Changer ou transformer les relations de pouvoir inégales entre hommes et femmes afin de donner une égalité de pouvoir aux femmes et réduire le facteur de risque des deux sexes.
- Élaborer une réponse coordonnée au VIH/SIDA qui se place à tous les niveaux et soit multi-aspectuelle, multisectorielle et institutionnalisée.

Le virus VIH/SIDA n'est pas seulement conditionné par les inégalités entre les sexes ; il aggrave cette inégalité, exposant les femmes, les hommes et les enfants à un risque accru. La caractérisation et la stigmatisation des populations « à risques » sous diverses catégories : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, travailleurs du sexe et toxicomanes, n'a que récemment été contredite par le taux d'infection croissant des personnes présumées « sans risques », dont les femmes mariées et dans leur maturité. Les relations hétérosexuelles sont devenues le facteur de risque dominant. Près de 50 % des personnes atteintes du VIH et du sida seraient aujourd'hui des femmes. Les femmes, en tant qu'individus et dans leurs rôles sociaux de mères et de pourvoyeuses de soins, accusent un taux d'infection nettement supérieur et disproportionné par rapport à celui des hommes.

Causes et conséquences

Les approches traditionnelles, à dominante sanitaire, ont été et demeurent inadaptées, ignorant les dimensions sociales, culturelles, économiques et les aspects relatifs aux droits humains. Mettre l'accent sur les droits sexuels et reproductifs des femmes et des hommes est une mesure de correction importante. Il faut cependant un cadre de droits humains élargi, abordant l'ensemble des inégalités qui permettent au VIH/SIDA de progresser – dont la pauvreté – et qui reconnaisse les droits des personnes infectées par des voies de transmission non sexuelles. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) offre un tel cadre. Un autre instrument utile est la Déclaration des droits de Barcelone sur les femmes et le VIH-SIDA ('Women and HIV/AIDS: The Barcelona Bill of Rights' (juillet 2002)) qui inclut, entre autres, le droit à l'égalité, à l'indépendance économique et à l'éducation.

Le rejet, la culpabilité et la stigmatisation attachés au VIH ont empêché toute discussion ouverte, différé l'adoption de mesures efficaces et accablé un peu plus les personnes vivant avec le VIH et le sida. La sexualité des femmes, en particulier, est souvent stigmatisée et frappée d'interdits. La construction sociale de la sexualité – le droit « moral » des individus (gays, jeunes, personnes

handicapées, ou qui ne sont plus en âge de procréer notamment) à en exprimer une – ne leur permet généralement pas d'accéder à des services et informations adaptés en matière de santé sexuelle.

Dans les relations entre hommes et femmes, c'est l'homme qui est censé décider, les femmes restant passives. Or, deux parties inégales ne peuvent négocier le moment de leurs rapports sexuels, leur fréquence, ni le moyen de se protéger des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH. La tradition qui légitime la multiplicité des partenaires sexuels chez les hommes et leur prête une plus grande expérience en ce domaine, renforce les risques pour eux-mêmes et pour leurs partenaires, et les dissuade de rechercher des conseils en santé sexuelle.

Le VIH, le genre et la pauvreté entretiennent des rapports complexes. La nécessité de survivre à court terme peut conduire des femmes pauvres à accepter des relations sexuelles et à s'exposer au VIH, hypothéquant ainsi leurs chances de survie à plus long terme. La pauvreté limite également l'accès des individus, hommes et femmes, aux informations en matière de santé sexuelle, aux technologies de prévention et aux traitements. Cependant, du fait des inégalités entre les sexes, hommes et femmes n'ont pas les mêmes expériences de la pauvreté, ni les mêmes capacités d'en sortir. La réduction des budgets sociaux reporte souvent sur les femmes et les filles la charge de s'occuper des parents malades et de faire vivre la famille, à mesure que ses membres tombent malades et disparaissent et que les revenus diminuent. C'est l'une des répercussions invisibles du VIH/SIDA.

Approches

Malheureusement, nombre d'approches en vue de limiter l'expansion et les conséquences du VIH/SIDA ne prennent toujours pas en compte les différences et les inégalités entre les sexes. Certaines ont réaffirmé l'existence d'une passivité féminine et d'une domination masculine dans les décisions en matière de sexe et de reproduction. D'autres ont tenté de répondre aux besoins et contraintes spécifiques des hommes et des femmes, sans remettre en cause le *status quo*. Les interventions doivent viser le double objectif d'autonomiser les femmes et de transformer les relations entre les sexes.

Il est indispensable de partir des réalités quotidiennes des gens et de leurs priorités. La communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)) cherche à définir ce que veulent les femmes séropositives et le projet Sonagachi, en Inde, soutient les priorités définies par les travailleuses du sexe elles-mêmes, jusqu'à la négociation de rapports protégés avec leurs clients. Ces deux programmes sont menés par les femmes elles-mêmes. Il ne peut y avoir de réelle autonomisation sans une participation véritable des publics concernés à la définition des problèmes et des solutions.

Les hommes et les femmes qui vivent avec le VIH peuvent mener une vie digne et enrichissante si, au lieu d'être stigmatisés, ils ont le soutien de leur société et communauté. Ils doivent pouvoir dire, comme l'a exprimé une femme séropositive de Mexico : « je sais que je suis une femme [un homme]

de valeur ». Ces renforcements positifs sont le fruit des efforts concertés d'individus, de communautés, et d'organisations telles que l'ICW.

Cependant, « l'autonomisation » risque de rester au niveau du discours sans une véritable prise en compte des inégalités de pouvoir entre les sexes, aux niveaux personnel, collectif, institutionnel et sociétal. Le rééquilibrage des rapports sociaux de sexe est au cœur de l'approche participative de Stepping Stones en matière de VIH, qui travaille avec des hommes et des femmes sur une programme de renforcement de leurs capacités communicatives et relationnelles. Cette démarche a permis de réduire la violence conjugale et d'améliorer la communication entre hommes et femmes sur les questions de sexualité.

L'inégalité de pouvoir entre les institutions de développement et les publics auxquels elles cherchent à venir en aide doit être remis en cause, pour des approches autonomisantes et transformatrices. Les praticiens du développement doivent s'interroger sur leurs propres préjugés et facteurs de risques face au SIDA, afin d'effacer la barrière artificielle entre « experts » et populations « à risques ». De même, les tendances récentes à travailler uniquement avec des hommes doivent être questionnées, dès lors qu'elles se font au détriment des programmes en direction des femmes ou ciblent les hommes sans répondre aux inégalités sexuelles. L'Instituto PROMUNDO travaille avec succès avec de jeunes « propagandistes » animant un groupe de pairs contre l'acceptation des violences sexospécifiques au Brésil.

La nature complexe et l'ampleur de la pandémie du VIH/SIDA exigent une réponse coordonnée à tous les niveaux, embrassant diverses stratégies comme la provision de services, le renforcement des capacités, la recherche et le plaidoyer, intégrée à l'ensemble des secteurs. En Afrique du Sud, le programme commun d'Oxfam sur le VIH/SIDA (Joint Oxfam HIV/AIDS Programme (JOHAP)) a, par le dialogue et le soutien financier, aidé des organisations partenaires à intégrer une approche du genre et du VIH/SIDA dans l'ensemble de leur travail.

L'efficacité des réponses au VIH/SIDA dépend de notre capacité à répondre aux inégalités qui, à la fois, véhiculent la pandémie et se renforcent à son contact. Nous devons pouvoir débattre ouvertement des questions de sexualité, aborder le problème de l'égalité des sexes dans les relations sexuelles et combattre la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontés les malades du sida. C'est aux personnes les plus touchées de délimiter les problèmes et d'identifier les solutions. Par l'action collective à tous les niveaux, du local à l'international, nous pouvons trouver l'énergie de traduire ce défi en action coordonnée.

Résumé de Emma Bell, adapté de l'article principal du bulletin *En Bref* n°11.

1. Introduction

Le VIH/SIDA agit comme un projecteur, révélant les inégalités, sexuelles y compris, à l'échelle mondiale. C'est dans les régions où la pauvreté et les inégalités économiques sont profondes et étendues, marquées par les inégalités sexuelles et un accès faible et inégal aux services publics, que l'épidémie est la plus forte (Collins et Rau 2000). Elle trouve la grande majorité de ses victimes dans le monde « en développement » et touche 71 % des hommes, des femmes et des enfants de l'Afrique subsaharienne (ONUSIDA 2002).

Bennett (1990) recense trois pandémies successives :

- La *pandémie du VIH* ou pandémie silencieuse est en grande partie masquée et progresse rapidement dans le monde entier.
- La *pandémie du SIDA* représente les conséquences visibles du VIH.
- La *troisième pandémie* n'est pas d'ordre médical mais social ; c'est l'épidémie de rejet, de culpabilisation, de stigmatisation, de préjugés et de discrimination qui se manifeste dans tous les pays où sévit le VIH/SIDA.

« La troisième pandémie, de réaction sociale, culturelle, économique et politique au SIDA [...] est, tout autant que le virus, un élément clé de la réponse au défi mondial » (Mann in Bennett 1990 : 2).

Pour répondre efficacement aux trois pandémies, il est vital de comprendre les facteurs qui gouvernent l'augmentation des risques d'infection chez les hommes et les femmes, et d'analyser l'impact du VIH/SIDA sur les individus, les ménages, les communautés et la société. Le présent rapport n'entrevoit de solution efficace que dans un continuum de prévention et de soins, inscrit dans un cadre de droits humains. Cette articulation prévention- soins aborde l'impact du VIH/SIDA pour l'ensemble des personnes *touchées* par le virus. Dans ce groupe figurent à la fois les personnes non infectées par le virus, les familles confrontées à la mort d'un ou plusieurs de leurs proches, les personnes vivant avec le VIH ainsi que tous ceux – hommes, femmes, enfants – qui souffrent de symptômes liés au VIH/SIDA. Ce cadre doit comporter des objectifs généraux de prévention intégrée, et des stratégies de soins et de soutien aux individus et aux familles touchées par le virus VIH/SIDA. Les disparités sexuelles s'observent à chaque étape du continuum de prévention et de soins, et conditionnent, entre autres choses, les possibilités de prévention, l'accès à des matériels, informations et ressources adaptés, la qualité des soins et les chances de survie. D'où la nécessité de placer le continuum de prévention et de soins dans un cadre de droits humains qui combatte pied à pied les inégalités.

Le VIH/SIDA a ouvert un certain nombre de débats sur la sexualité et souligné l'importance de l'égalité des sexes dans les relations sexuelles, au même titre que l'égalité et le respect dans toutes les relations sociales. Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida en 2001, Stephanie Urdang, conseillère en genre et sida au sein du Fonds de développement des Nations unies pour les femmes (UNIFEM), notait que l'on s'accordait de plus en plus, dans le monde entier, à reconnaître la prédominance des facteurs sociaux sur les facteurs épidémiologiques. Il est besoin de définir plus clairement quels facteurs sociaux, économiques et politiques interviennent, en termes de cause et d'impact. Le genre et les relations de genre, basés sur le pouvoir, jouent un rôle capital :

Tant que les inégalités entre les sexes, qui reposent sur des relations de pouvoir, ne recevront pas un traitement spécifique dans chaque stratégie, politique et programme, du niveau global et gouvernemental au niveau communautaire et familial, nos efforts contre la pandémie seront vains. L'égalité entre les sexes n'est pas seulement une question de justice ou d'équité. L'inégalité des sexes tue. (p. 4 ibid).

Dans un article du New York Times, M. Mocumbi, premier ministre du Mozambique et ancien ministre de la santé, docteur et membre du comité de la Coalition internationale pour la santé des femmes (International Women's Health Coalition) déclarait que le sida progresse rapidement parmi les hétérosexuels à la faveur des inégalités entre les sexes :

« Au Mozambique, 15 % des jeunes femmes et des filles sont séropositives, soit le double des garçons de leur âge, non parce que les filles courent d'un partenaire à l'autre, mais parce que près de 3 filles sur 5 sont mariées avant l'âge de 18 ans, dont 40 % d'entre elles à des hommes bien plus âgés, qui n'en sont pas au début de leur vie sexuelle et risquent d'exposer leurs femmes au VIH et aux maladies sexuellement transmissibles [...]. L'abstinence n'est pas une option pour ces enfants que l'on épouse. Celles qui tentent de négocier l'usage d'un préservatif se trouvent généralement confrontées à la violence ou au rejet. [...] En tant que père, j'ai peur pour la vie de mes propres enfants et de leurs amis du même âge. Même s'ils vivent dans des familles stables, sont éduqués, informés et comprennent la nécessité d'éviter les pratiques sexuelles à risque, ce n'est pas le cas de la grande majorité de leurs camarades. En tant que premier ministre, je suis horrifié de voir que près d'une génération, voire deux, est condamnée. Selon les estimations des Nations Unies, 37 % des jeunes de 16 ans de mon pays mourront du sida avant l'âge de 30 ans. [...] Nous devons trouver le courage de parler de la sexualité de façon franche et constructive. Nous devons reconnaître les pressions qui s'exercent sur nos enfants et les poussent à avoir des relations sexuelles sans amour, au péril de leur vie. Nous devons leur fournir des informations, des savoir-faire en communication et, oui, des préservatifs. Changer de fond en comble la façon dont les filles et garçons apprennent

à nouer des relations ensemble et dont les hommes traitent les filles et les femmes est un travail lent, opiniâtre. Mais la vie de nos enfants vaut bien ce prix » (Mocumbi 2001).

Si l'importance des inégalités entre les sexes dans le processus qui gouverne et détermine l'impact de la pandémie du VIH/SIDA est reconnue, peu d'efforts sont déployés pour y répondre. Ainsi, lors de la 14^e Conférence internationale sur le sida à Barcelone, en 2002, des militants de la cause des femmes ont cherché en vain la dimension du genre dans les informations qui leur étaient présentées. « Nous manquons toujours d'informations cruciales sur l'impact, différent ou non, du VIH/SIDA sur les hommes et les femmes » (modérateur de la liste de diffusion W@B/HDN 2002).

La complexité et la multiplicité des liens qui unissent les trois pandémies appellent une analyse en profondeur, afin de comprendre vraiment comment l'épidémie du VIH/SIDA a pu s'étendre ainsi, à l'échelle mondiale et à un rythme aussi rapide. Pourquoi, 20 ans après le premier diagnostic, la discrimination et la stigmatisation continuent-elles de prévaloir et de peser sur l'expansion et les conséquences du VIH/SIDA ?

Trois grands points seront abordés :

Une approche axée sur les droits :

- L'importance de placer le VIH/SIDA dans un cadre de droits humains *intégrant la dimension du genre*.

L'évolution de la pandémie :

- L'histoire de la pandémie et le rôle de la discrimination et de la stigmatisation.
- Une analyse de la façon dont les inégalités sexuelles conditionnent les facteurs économiques, politiques et sociaux qui favorisent l'expansion du VIH.
- Comment le VIH/SIDA aggrave les inégalités, entre les sexes notamment.

Principaux défis à relever dans une optique de transformation:

- Établir un agenda répondant aux exigences de l'égalité hommes-femmes.
- Définir un cadre en vue d'évaluer le degré de prise en compte du genre dans les réponses au VIH/SIDA, l'ultime objectif étant l'autonomisation des femmes et la transformation des relations hommes-femmes.
- Institutionnaliser une réponse au VIH/SIDA qui intègre la dimension du genre au travers d'une approche à tous les niveaux, multi-aspectuelle et multisectorielle.

2. Une approche orientée droits

La réponse au VIH/SIDA doit se fonder sur une approche axée sur les droits, incluant les droits des femmes

Dans de nombreux pays, la réponse initiale au VIH/SIDA a été d'envisager et de traiter le VIH comme une question sanitaire, en ignorant les aspects sociaux, économiques, et de droits humains qui affectent tant la prévention que les soins. Comme l'ont fait remarquer Wiseberg, Hecht et Reekie (1998), la réponse était « souvent réactionnaire, invoquée au nom de la santé publique et fréquemment au détriment des droits humains » (p.1). Le modèle sanitaire considère que l'individu est maître de sa santé. Le cadre sanitaire entend donc fournir des informations et encourager les comportements « sains ». La santé est perçue comme étant de la responsabilité de l'individu, en dehors de tout contexte social. Ce raisonnement ignore le fait que les choix et décisions sont conditionnés, certes par les connaissances, mais aussi par les peurs et préjugés des individus, et les restrictions posées à leurs moyens d'agir (Richardson 1996). Une telle approche peut porter atteinte à la santé et au bien-être des hommes et des femmes.

L'approche orientée droits met en valeur l'aspiration ou le droit de tous à une vie riche et épanouie, où chacun(e) puisse se réaliser pleinement. Les droits humains fixent des normes mondiales de bien-être et de développement humain (DAW, OMS, ONUSIDA 2000).

Le VIH/SIDA entre dans les champs des droits humains à différents titres :

- Le manque d'accès aux méthodes de prévention, aux informations et à des matériels adaptés, aux soins et traitements, entraînant une vulnérabilité¹ au VIH, sont liées à des violations des droits humains telles que la pauvreté, les inégalités, le racisme et le sexisme.
- Les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et sont affectées par cette épidémie se trouvent souvent dans l'incapacité de vivre une vie d'égalité, de dignité et de liberté, car leurs droits sont souvent violés du fait de leur séropositivité. Il s'agit notamment des droits à la vie privée, à la confidentialité, à des soins de bonne qualité, à des services en matière de santé sexuelle et reproductive, à l'emploi, l'éducation, la liberté de circuler et le droit de voyager.

¹ Le terme de vulnérabilité est contesté, accusé de véhiculer une image d'impuissance et d'encourager une mentalité de victime, avec l'argument qu'un cadre de vulnérabilité met l'accent sur la capacité des individus à se protéger de l'infection par le VIH (Cohen et Reid 1999 ; Collins et Rau 2000). Mann et Tarantola (1996) opposent la vulnérabilité à l'autonomie acquise. Les hommes, les femmes et les enfants peuvent être vulnérables dans certains aspects de leur vie et rendus autonomes dans d'autres. Pour la simplicité de l'exposé et les besoins de l'analyse, le terme de vulnérabilité renvoie implicitement au contexte de vie des individus et aux risques de contraction du VIH qui en découle.

Il ne suffit pas, cependant, de mettre l'accent sur les seuls droits humains car les articulations des droits humains prennent rarement les femmes en compte. Les violations des droits et les discriminations sur la base du sexe, approuvées ou tolérées par la société, en offrent quotidiennement la preuve. De plus, comme l'observe Charlesworth, les formulations traditionnelles des droits humains se fondent sur un modèle masculin type et ne s'appliquent aux femmes qu'en seconde intention, quand c'est le cas (Peters et Wolpe 1995). La reconnaissance d'un droit humain et son respect effectif peuvent aussi prendre des valeurs très différentes. Ainsi, les hommes peuvent se sentir concernés par la liberté de procréer mais ne sont pas menacés dans leurs vies par son absence, ni confrontés aux mêmes conséquences si cette liberté leur est refusée (Cook 1995).

Le programme commun de l'ONU sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), en partenariat avec le bureau du Haut Commissariat aux droits de l'Homme, a élaboré une série de directives à l'intention des états membres. Ces 12 directives visent à aider les pays à élaborer des politiques et des programmes qui tiennent compte du contexte d'apparition du VIH/SIDA et qui protègent et défendent les droits humains. Si les directives embrassent un vaste champ et offrent un cadre général pour concevoir des réponses progressistes, la dimension du genre y est en grande partie absente. Des réflexions et analyses plus récentes au sein de l'ONUSIDA n'y ont pas été incorporées.

De par la dimension souvent sexuelle de l'infection, le VIH/SIDA est lié aux droits sexuels et reproductifs. Les dimensions sociales et culturelles de l'activité sexuelle et reproductive favorisent et creusent les inégalités entre les sexes et renforcent la vulnérabilité des femmes comme des hommes face à l'infection par le VIH. Les droits reproductifs renvoient aux droits qui touchent directement ou indirectement au potentiel et à la capacité de procréer, et sur les questions notamment de fertilité, de planning familial et d'interruption de grossesse.

Les droits reproductifs acquièrent une autre dimension en lien avec le VIH/SIDA, à mesure que les conquêtes du mouvement féministe s'érodent. C'est l'exemple, entre autres, des pressions que peuvent exercer des personnels de santé sur les choix reproductifs des femmes infectées par le VIH/SIDA. Des cas de femmes séropositives demandant une interruption de grossesse et « forcées » d'accepter la stérilisation ont été mentionnés (Mthembu 1998). Souvent, les femmes atteintes du VIH/SIDA ne trouvent pas d'informations précises sur la grossesse et l'allaitement (Seidel et Tallis 1999). La préférence culturelle pour l'allaitement place souvent les femmes devant des choix difficiles, la décision de ne pas allaiter risquant de les contraindre à dévoiler leur séropositivité (Paxton 2001). Les femmes ont également rapporté des attitudes hostiles et méprisantes de la part des fournisseurs de services, pratiquant des tests sans leur consentement ou leur refusant leurs prestations (Manchester et Mthembu 2002).

« Lorsque j'étais enceinte, je suis allée au service prénatal où l'on m'a dit de faire un examen de sang. Ils ne m'ont pas dit pourquoi c'était. Toutes les femmes qui venaient à la clinique devaient avoir un examen de sang. Ils n'expliquaient pas du tout quel genre de tests ils faisaient. J'ai compris que c'était pour le sida en recevant les résultats. »

Une femme Thai de 29 ans (*ibid*)

Si les droits reproductifs sont un point crucial, ils sont par définition limités, puisqu'ils ne concernent que les hommes et les femmes en âge de procréer. S'agissant du VIH/SIDA, il importe également de parler des droits sexuels, terme plus inclusif qui met l'accent sur la capacité des hommes et des femmes à faire des choix quant à l'expression de leur sexualité et de leur vie sexuelle, et de décider avec qui ils ont des relations sexuelles, comment et pourquoi (Hlatshwayo and Klugman 2001).

Hlatshwayo et Klugman (2001) proposent un cadre de droits sexuels pour les hommes et les femmes reconnaissant les droits de :

- disposer de son corps ;
- avoir des relations sexuelles choisies : avec qui, quand, comment, et non subies ;
- prendre des décisions concernant sa propre sexualité ;
- avoir du plaisir sexuel ;
- se protéger des conséquences possibles de l'acte sexuel tel que la grossesse, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH ;
- accéder à des services efficaces, qui ne jugent pas et offrent une assistance en matière de problèmes sexuels.

Les droits sexuels et reproductifs renvoient aux droits et libertés des femmes, des hommes et des couples. Les droits sexuels et reproductifs sont cruciaux si l'on veut que les femmes accèdent au bien-être et à une certaine qualité de vie, élargissent le champs de leurs opportunités et que les efforts de prévention et de traitement du VIH/SIDA portent leurs fruits. « Le bien-être sexuel et reproductif est la source intarissable qui conditionne tous les aspects de notre vie – physiques, matériels et psychologiques » (Cornwall et Welbourn, en cours d'impression).

Il est vital, cependant, que les femmes jouissent d'autres droits humains fondamentaux pour réduire les inégalités qui favorisent l'épidémie. En outre, si le VIH/SIDA se transmet majoritairement par voie sexuelle, d'autres modes d'infections sont à prendre en compte, tels que l'injection de drogues par voie intraveineuse et les transfusions sanguines, et les droits de ces groupes marginalisés doivent être respectés.

Diverses conventions existent, législations internationales signées par différents pays et qui ont force obligatoire (UNIFEM / AWID 2002). Ces déclarations comportent des clauses que l'on peut invoquer dans l'action et le plaidoyer en vue de réduire la vulnérabilité au VIH/SIDA et son impact. Ainsi, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) est

un outil essentiel pour comprendre les inégalités et les discriminations hommes-femmes, et les combattre.

Aspects de la CEDAW relatives au VIH/SIDA :

- Les stéréotypes sexuels et les lacunes de connaissances
- L'exposition physique
- La violence sexospécifique et l'exploitation sexuelle
- Les inégalités hommes-femmes et les rapports protégés
- L'accès aux services de santé
- La grossesse et la transmission périnatale
- Les soins et les prestations de soins
- La participation des femmes et leur accès aux fonctions dirigeantes

(UNIFEM 2002)

Déclarations spécifiques élaborées par divers acteurs dans le domaine du genre et du sida et mettant fortement l'accent sur les droits sexuels et reproductifs ainsi que sur les droits sociaux, économiques et politiques plus généraux :

- Déclaration en douze points de la Communauté internationale des femmes vivant avec le virus VIH/SIDA (International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)), formulant les besoins des femmes qui vivent avec le VIH/SIDA dans le monde.
- « Déclaration des droits de Barcelone : les femmes et le VIH/SIDA » (Women and HIV/AIDS : Barcelona Bill of Rights² - juillet 2002), qui fait du droit de vivre dignement et dans l'égalité un de ses principes fondamentaux.

(Se reporter à la Boîte à outils pour une liste complète des recommandations de l'ICW et de la Déclaration de Barcelone).

² La Déclaration des droits de Barcelone a été lancée par Women at Barcelona et Mujeres Adelante avec la participation centrale du Caucus international des femmes sur le sida (International Women's AIDS Caucus) de l'International AIDS Society, et de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (International Community of Women Living with HIV/AIDS) lors de la 14^e conférence internationale sur le sida qui s'est tenue à Barcelone, en juillet 2002.

3. Une pandémie en évolution

3.1 La pandémie du VIH et du sida

Le VIH et le sida sont apparus il y a une vingtaine d'années et continuent de sévir à l'échelle mondiale aujourd'hui. Depuis le début de la pandémie du VIH, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par ce virus. On a d'abord pensé que le VIH ne touchait que les hommes qui avaient des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais dès 1982, le premier cas de femme atteinte du sida était diagnostiqué. Les principaux modes de transmission restent les relations hétérosexuelles, les relations sexuelles entre hommes, le partage de seringues infectées entre toxicomanes et l'infection du bébé au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

Si le virus continue de toucher majoritairement les hommes, les statistiques mondiales de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA montrent une augmentation du taux de femmes atteintes par le virus. En 1997, 41 % des adultes atteints par le VIH et le sida étaient des femmes (ONUSIDA 1998a) ; en 2001, ce chiffre était proche de 50 % (ONUSIDA 2002)³. On observe une augmentation même dans les pays où l'infection touchait à l'origine les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les toxicomanes par injection. Certains groupes de femmes sont particulièrement vulnérables : ce sont par exemple les femmes jeunes et celles qui ont des relations sexuelles en échange de biens, de services ou d'argent. Les chiffres de l'épidémie dans le monde font apparaître une même courbe du VIH chez les femmes : le taux d'infection est le plus élevé parmi les femmes de 15 à 25 ans et culmine chez les hommes entre 5 et 10 ans plus tard. Une nouvelle épidémie émerge dans certains pays parmi les plus de 50 ans, les femmes en particulier, avec une augmentation de 40 % au cours des cinq dernières années (ONUSIDA 2002). Le facteur de risque dominant est la sexualité entre partenaires hétérosexuels. Les femmes âgées sont particulièrement vulnérables, en raison du comportement sexuel de leurs partenaires et des modifications physiologiques liées à la ménopause, notamment l'amincissement des parois vaginales et la réduction des sécrétions lubrifiantes.

L'histoire du VIH/SIDA est complexe, faite de parcours individuels et de spécificités locales, régionales et nationales, reliés par une série de traits communs. Certains pays – d'Afrique notamment – ont une épidémie de VIH déjà ancienne et commencent à affronter les conséquences du sida. D'autres assistent à une augmentation régulière des taux d'incidence et de prévalence du VIH, dont l'explosion n'est plus qu'une question d'échéance. De nombreux pays ont des taux nationaux de prévalence faibles mais ceux-ci masquent souvent de graves épidémies d'abord concentrées et limitées à certaines localités ou groupes spécifiques au sein de la population. Myanmar (Burma), en Asie du

³ Adultes atteints du VIH/SIDA en 2001 : 37,1 millions. Femmes atteintes du VIH/SIDA : 18,5 millions (ONUSIDA 2002).

Sud-Est en est un exemple, avec une prévalence nationale du virus inférieure à 2 % mais un taux de 60 % parmi les consommateurs de drogues par injection et de 40 % parmi les travailleurs sexuels. On trouve partout dans le monde des exemples de pays qui n'ont pas réagi de manière appropriée lorsque la prévalence était faible, et se trouvent aujourd'hui confrontés à de graves épidémies. En 1990, la première enquête prénatale conduite en Afrique du Sud montrait qu'1 % des femmes enceintes étaient affectées du VIH. 12 ans plus tard, la prévalence était de 24 %, atteignant plus de 36 % dans l'une des provinces (ONUSIDA 2000).

3.1.1 La troisième pandémie – la stigmatisation et les tabous

Les hommes, les femmes et les enfants atteints du VIH/SIDA sont souvent victimes de discriminations et d'ostracisme. La stigmatisation liée au VIH/SIDA, la troisième épidémie, est extrêmement complexe, dynamique, et profondément ancrée dans la société. Elle est liée aux inégalités sociales plus générales et au regard négatif que les sociétés portent souvent sur l'expression de la sexualité. Or, il y a des différences dans la façon dont les hommes et les femmes sont stigmatisés et ressentent cet ostracisme mais rares sont les analyses qui se sont penchées sur cet aspect des choses. La stigmatisation liée au VIH/SIDA a empêché de débattre ouvertement des causes de l'infection par le VIH ainsi que des réponses qu'il convenait d'adopter pour y remédier (Aggleton et Parker 2002). La stigmatisation a également des effets psychologiques importants chez les victimes du VIH/SIDA, et sur la perception qu'elles ont d'elles-mêmes. La peur d'être stigmatisé empêche les femmes, les hommes et les jeunes de s'occuper de leur santé sexuelle et reproductive et d'accéder, par exemple, aux informations en matière de santé sexuelle, aux soins et aux méthodes de prévention du VIH et des MST, tels que le préservatif féminin. Ainsi la stigmatisation s'observe et se répercute à tous les niveaux du continuum de prévention et de soins. L'histoire de Thembi, une militante contre le sida en Afrique du sud, illustre clairement ce fait.

Thembi – une militante contre le sida en Afrique du sud.

Thembi⁴ était une jeune femme brillante, contrainte de quitter l'école à un âge précoce en raison de difficultés financières à la maison. Elle trouva un emploi de domestique et put ainsi apporter une contribution financière à son foyer, composé de ses parents et de ses deux enfants. Quand elle fut enceinte de son troisième enfant, elle apprit à la clinique qu'elle était séropositive. Ses employeurs l'apprirent et elle perdit son emploi.

Thembi adhéra à un groupe de soutien, composé de cinq femmes. Thembi avait de bonnes capacités d'organisation et de direction et assumait bientôt la direction du groupe. Comme la plupart des femmes étaient au chômage, elles se lancèrent dans un projet de génération de revenu à l'issue d'une formation de couture. Une proposition de financement permit au groupe d'acquérir trois machines à coudre et du tissu.

4 Les noms ont été modifiés.

Quand Thembi apprit à ses parents qu'elle était séropositive, elle fut chassée de la maison et, de désespoir, se tourna vers l'église à laquelle elle appartenait. Le pasteur et sa femme l'accueillirent. Thembi se mit à parler de plus en plus librement de sa vie en tant que séropositive et à s'adresser à des communautés religieuses et des groupes de jeunes. Elle se vit offrir un poste d'éducatrice en matière de sida. C'était son premier véritable emploi et l'avenir lui souriait.

Au bout d'un an à ce poste, sa cadette âgée de trois ans, Nana, tomba malade. Au bout de quelques semaines d'hôpital, Nana mourut de symptômes en relation avec le sida. Après une période de deuil, Thembi reprit son travail, plus résolue encore à éduquer les autres. Elle prit contact avec des églises, des entreprises, des groupes de femmes, des cliniques et des écoles et raconta son histoire.

Quand Thembi tomba malade, ses collègues tentèrent de la faire entrer dans un hôpital semi-privé – quand ils y parvinrent enfin, elle resta alitée pendant deux semaines sans aucun traitement, du fait de son manque d'argent et du peu de cas que l'hôpital faisait des malades du sida. Elle fut ensuite transférée dans un hôpital public plus grand mais il était trop tard – Thembi mourut deux jours plus tard.

(Adapté de Tallis 1998)

Link et Phelan (ICRW 2002) dégagent quatre aspects de la stigmatisation façonnés par le pouvoir social, économique et politique :

- Distinction et verbalisation de la différence ;
- Association de la différence avec des attitudes négatives ;
- Séparation entre « eux » et « nous » ;
- Perte de statut et discrimination.

Les causes et les conséquences de la stigmatisation sont clairement illustrées dans le coin gauche de la figure ci-dessous, renforçant les comportements à hauts risques et les réponses inadaptées à l'épidémie. Cependant, dans le monde entier, le VIH/SIDA a aussi provoqué des réactions de compassion, de solidarité et de soutien. Ces réactions peuvent créer et renforcer un cycle positif d'attitudes et de comportements. Sans un effort concerté en vue d'éradiquer la stigmatisation liée au VIH/SIDA, le cycle positif illustré à droite ne peut être complété.

Nath (2001) observe, sur la base de son travail avec des femmes séropositives au Mexique, une forte estime de soi chez les femmes séropositives soutenues par leurs communautés et qui ne sont pas victimes d'ostracisme. Les femmes pouvaient mener une vie de « dignité, de positivité et d'enrichissement » (p. 51). Comme l'a exprimé une des femmes : « je sais que je suis une femme de

valeur. Je fais plus d'exercice et j'essaie de ne pas déprimer. Je prends soin de ma santé et de celle de mon fils. Il n'est pas infecté » (p52).

Tarisa's, une femme atteinte du sida a confié ces mots à Sunanda Ray, du Service de diffusion d'informations sur le sida en Afrique du Sud (Southern Africa AIDS Information Dissemination Service - (SAfAIDS) : « le fait de parler franchement de ma séropositivité a changé la perception de beaucoup de gens, pour qui le virus était le fruit de la prostitution, de la promiscuité et une punition de Dieu. Cela a aidé d'autres personnes séropositives à accepter leur situation. Maintenant, elles me regardent comme une personne à part entière. Aujourd'hui, elles acceptent le fait que je puisse avoir des relations sexuelles en étant séropositive, au même titre que manger, boire, me rendre à mon travail. Certaines personnes ne font pas le test, parce qu'elles pensent qu'elles devront cesser d'avoir des relations sexuelles si le test est positif » (The Communications Initiative 2002).

Cycles de comportements et d'attitudes négatifs et positifs

(Manchester et Welbourn 2001)

3.2 Quels sont les facteurs qui font progresser la pandémie du VIH/SIDA ?

Un jeu complexe de facteurs micro- et macro- économiques entretiennent la pandémie du VIH aux niveaux national, régional, continental et mondial. Si la pandémie suit des cours différents selon les pays, on retrouve des attributs communs dans le mode principal de transmission et de diffusion, qui expliquent en partie la diffusion rapide du virus à l'échelle mondiale, au cours des 20 dernières années. Baylies (2000) remarque que les facteurs d'expansion de l'épidémie sont « profondément enracinés et incontournables, ancrés dans les relations de pouvoir qui définissent les rôles et les positions des hommes et des femmes, aussi bien dans les relations intimes que dans un cadre social plus large » (p. 1).

Mann et Tarantola (1996) dégagent trois sources, séparées mais interconnectées, de vulnérabilité de l'individu face au VIH et au sida : personnelle, programmatique et sociétale. Dans son intégralité, le modèle peut fournir un cadre utile pour mener une analyse détaillée de la probabilité qu'ont les hommes et les femmes de contracter une infection par le VIH, de replacer la vie des hommes et des femmes dans leur contexte social, et de définir des solutions en fonction de ce dernier. Il est particulièrement utile pour mettre en lumière le rôle joué par les institutions, les politiques et les programmes dans le renforcement ou la réduction de la vulnérabilité, rôle souvent négligé dans les analyses des facteurs qui favorisent l'épidémie. En ne prenant pas en compte les réalités quotidiennes des gens, les institutions de différents niveaux, qu'elles soient étatiques ou émanent de la société civile, ne peuvent mener une action efficace et accroissent la vulnérabilité des femmes, des hommes

et des enfants au VIH/SIDA, ainsi que leurs risques de contracter l'infection. (Welbourn, pers. comm. 2002).

Au rang des facteurs qui augmentent la vulnérabilité des femmes et des hommes face au VIH, on trouve certaines pratiques culturelles, un accès inadapté aux biens et aux ressources et à leur maîtrise (notamment la santé, l'éducation et les programmes sociaux), les pratiques et croyances religieuses, la mauvaise gouvernance, les migrations, les conflits, la violence, l'urbanisation, la stigmatisation et la discrimination des groupes marginalisés (par exemple les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, les populations carcérales). Tous ces facteurs ont des dimensions sexospécifiques.

Pour les besoins de cet exposé, nous traiterons les facteurs sociaux, économiques et politiques. Néanmoins, ils se recoupent souvent et se renforcent les uns les autres ; ainsi, par exemple, ces trois facteurs façonnent les processus de migration qui entraînent souvent une plus grande vulnérabilité des hommes et des femmes à l'infection. Cependant, dans ce rapport, les migrations seront abordées en tant que facteurs sociaux.

3.2.1 Facteurs sociaux

De nombreux facteurs sociaux interviennent dans la diffusion du VIH. Nous aborderons dans cette section la sexualité et le pouvoir, les violences sexospécifiques, la religion et la culture.

Sexualité et pouvoir

« Les relations patriarcales impliquent, à des degrés divers et selon le lieu, des inégalités de pouvoir et, sans pouvoir, les femmes ne peuvent espérer maîtriser grand chose des relations sexuelles avec les hommes. C'est dans ce contexte de relations de pouvoir inégales que les femmes sont censées prendre des mesures de prévention et de protection en vue de minimiser leur risque de contracter le VIH » (Travers et Bennett 1996 : 67).

La masculinité et la féminité sont des constructions sociales de ce que les hommes et les femmes devraient idéalement être. La masculinité est associée à la domination, la féminité à la passivité. La sexualité aussi est une construction sociale et, pour les hommes, les diverses expressions possibles de la sexualité, y compris l'hétérosexualité et l'homosexualité, sont un moyen important de prouver leur masculinité. Les constructions sociales de la féminité prescrivent aux femmes une sexualité invisible et sous surveillance. Le rapport de la sexualité à la masculinité et à la féminité est complexe, et varie selon le contexte historique et culturel. En dépit de ces différences, la perception et les pratiques sociales associées à l'hétérosexualité ont des éléments en commun. Les rôles sexuels attribués aux femmes et aux hommes ne sont pas seulement différents, mais inégaux. Presque partout, on accorde le beau rôle au désir masculin, les femmes n'étant que les destinataires passives de la passion

masculine (Doyal 1994). Les femmes grandissent souvent dans l'idée que le sexe est quelque chose « qui leur arrive » tandis que les hommes voient le sexe comme quelque chose qu'ils font.

L'inégalité de pouvoir dans les relations sexuelles conduit à cette double norme sexuelle qui réduit considérablement la capacité des hommes et des femmes à empêcher la transmission sexuelle du VIH (Wilton 1997). Des parties inégales ne sont pas en situation de négocier le moment et la fréquence de leurs rapports sexuels, ni comment ils peuvent se protéger contre les MST et le VIH. Baylies et Bujra (2000) font état des difficultés des femmes à affronter le pouvoir masculin « dans la solitude des relations intimes et à négocier des rapports mieux protégés » (p. xii). Le sexe est souvent la monnaie d'échange que l'on attend des filles et des femmes en échange d'un abri, de nourriture et de biens de consommation (ONUSIDA dans Baylies 2000). Dans le monde entier, la justification des relations avec des partenaires multiples pour les hommes est une norme sociale qui accroît la vulnérabilité des femmes. Dans de nombreuses cultures, les femmes comme les hommes pensent que la diversité des partenaires sexuels est acceptable et indispensable pour les hommes, mais inappropriée pour les femmes.

Une étude du Centre international de recherches sur les femmes (ICRW), portant sur la condition des femmes de plus de 10 pays, a observé que : « bien que de nombreuses femmes se soient montrées préoccupées par les infidélités de leurs partenaires, elles se résignaient à l'idée qu'elles n'avaient aucun contrôle sur la situation. Des femmes originaires d'Inde, de Jamaïque, de Papouasie-Nouvelle-Guinée, du Zimbabwe et du Brésil ont rapporté qu'elles risquaient de menacer leur propre sécurité physique et leur stabilité familiale, en évoquant l'infidélité de leurs partenaires. (Gupta et Weiss 1993 : 405).

Cette double norme sexuelle – il faut le souligner – multiplie aussi les risques pour les hommes. Lorsque les hommes ne prennent pas soin de leur santé sexuelle ou n'estiment pas nécessaire de se faire conseiller en la matière, ils se mettent, eux-mêmes et leurs partenaires, en danger. La construction sociale qui définit ceux qui ont et ceux qui n'ont pas de sexualité, ou pas de sexualité légitime, met tout le monde au risque de contracter le VIH ou une MST. Les sociétés ont souvent du mal à admettre que les jeunes, les personnes handicapées et celles qui ne sont plus en âge de procréer puissent avoir des rapports sexuels. On les empêche, de ce fait, d'accéder à une information en matière de santé sexuelle appropriée. Ceci vaut également pour les sociétés qui ne reconnaissent pas l'homosexualité.

Violence sexospécifique

L'une des conséquences les plus graves des relations de pouvoir sexospécifiques est la violence masculine à l'égard des femmes et des filles de tous âges, laquelle se manifeste dans toutes les sociétés et nuit à la capacité des femmes à se protéger du VIH. La violence à l'égard des femmes et des filles, qu'elle soit physique, psychologique et/ou sexuelle est un produit de la construction sociale de la masculinité, qui légitime souvent la domination de l'homme sur la femme. Le caractère et

l'étendue de la violence reflètent les disparités sociales, culturelles et économiques préexistantes entre hommes et femmes. Ces actes de violence se produisent dans de nombreux contextes – au sein du foyer, dans le mariage, au travail et dans les lieux publics. Toutes les femmes et les filles sont susceptibles de vivre dans la peur de la violence et cette peur peut être décuplée dans certaines circonstances et à certains moments.

La violence sexospécifique est à la fois une cause et une conséquence de l'infection par le VIH:

- Les filles et les femmes violées peuvent être infectées par le VIH à la suite du viol.
- La plupart des femmes violées n'ont pas accès à une prophylaxie post-exposition⁵ et vivent dans la peur d'une possible séroconversion⁶.
- La peur de la violence peut empêcher les femmes d'insister pour que leurs partenaires utilisent des préservatifs ou d'autres méthodes de protection.
- Les mythes qui prétendent, par exemple, que faire l'amour avec une vierge guérit du VIH, entraînent des viols et des agressions sexuelles.

De nombreuses femmes et filles qui révèlent leur séropositivité à leurs partenaires, parents et communautés subissent des agressions physiques et morales. En décembre 1998, une jeune femme sud-africaine, Gugu Dlamini, a été battue à mort par des membres de sa communauté après avoir révélé qu'elle était séropositive, car elle était perçue comme la honte de la communauté (Vetten et Bhana 2001).

Dans les situations de guerre et de conflits, les risques et les incidences des violences liées au sexe de la victime montent en flèche en raison d'une conjugaison de facteurs, dont l'effondrement des systèmes de justice et de maintien de l'ordre et les mouvements de population de grande ampleur, de femmes et d'enfants notamment. Les situations de conflit augmentent la vulnérabilité des femmes et des filles, victimes :

- des viols commis par les forces d'opposition, aggravés par le fait que les taux de séropositivité sont souvent plus élevés chez les personnels militaires. Le viol est également courant dans les camps de réfugiés, et souvent le fait des personnels des missions d'urgence.
- de l'obligation de multiplier les rapports sexuels de survie, à mesure que les femmes sont confrontées à la perte de leur revenu, de leur foyer et à la disparition des membres qui subvenaient aux besoins de la famille.

(Gordan et Crehan 1999).

⁵ La prophylaxie post-exposition (PPE) renvoie à l'administration d'un médicament antirétroviral susceptible de réduire le risque d'infection par le VIH après une exposition à haut risque. En théorie, la PPE peut prévenir l'apparition de l'infection ou empêcher une nouvelle infection, tout en débarrassant l'organisme des cellules déjà infectées. (Anderson 2000).

⁶La séroconversion désigne le premier développement d'anticorps après un contact avec le VIH.

Culture et religion

La culture et la religion jouent un grand rôle dans le maintien du status quo en terme de genre, la pérennisation des normes sociales et des attentes sociales envers les sexes. Elles peuvent constituer des obstacles majeurs à une prévention effective du VIH. La position de l'église catholique sur l'utilisation des préservatifs en est un exemple. Dans leur majorité, les positions prises par les religions organisées sur la sexualité et le VIH/SIDA sont extrêmement conservatrices et rarement contestées, or nombre de gens font confiance à leurs églises et se tournent vers leurs chefs de file en temps de crise. La culture et la religion continueront d'accroître la vulnérabilité des hommes et des femmes à l'infection tant qu'elles continueront de dépeindre le sexe et la sexualité comme un sujet tabou.

Dans le monde entier, cependant, de plus en plus d'organisations religieuses cherchent des réponses progressistes au VIH/SIDA, afin de réduire les facteurs de vulnérabilité. Ainsi, diverses religions ont été amenées à statuer sur la question des préservatifs et à réviser leur position. Certaines branches de l'église catholique diffusent désormais des informations complètes, scientifiques, sur tous les moyens de prévention du VIH, préservatifs compris (CAFOD 2001). En Indonésie, un projet de formation en direction de prêcheurs islamiques défend l'idée d'un compromis avec les principes dans l'intérêt de la protection sociale, expliquant que si le sexe en dehors du mariage est un péché, c'est un péché plus grand encore s'il est commis sans préservatifs (KangGURU Radio English 2000).

Migrations

Pour O'Brien (1995), il est vital de comprendre les formes et aspects de la mobilité pour freiner l'expansion du VIH et traiter les personnes infectées. À l'échelle mondiale, 2 milliards de personnes migrent de façon permanente ou temporaire, à l'intérieur de leurs frontières ou entre deux pays. Au cours des dernières décennies, le développement de la pauvreté, l'inégalité des femmes en droits, le manque d'accès au travail formel et les réformes économiques et politiques ont entraîné une augmentation du nombre de femmes qui partent chercher un emploi dans d'autres régions de leur pays ou à l'étranger. Cependant, les femmes sont souvent invisibles tant dans les statistiques qu'en tant qu'actrices majeures des processus migratoires (Zlotnik in Sweetman 1998). Migrer n'est pas en soi et en lui même un facteur de risque d'infection par le VIH. Mais les changements de conditions peuvent conduire à des risques personnels, comme la séparation d'avec sa famille, ses partenaires sexuels, ainsi qu'à des tensions et des vulnérabilités liées au processus migratoire.

L'identité de ceux qui émigrent dépend essentiellement de facteurs sociaux et des réalités économiques. Les décisions au sein du foyer quant à savoir qui partira sont fonction de l'offre des marchés du travail et des rôles des membres de la famille à la maison, tous deux soumis à des critères sexospécifiques. La migration, surtout lorsqu'elle est imposée, dans des situations de conflit, par exemple, ou des mouvements de population « illégaux » peut conduire ceux ou celles qui émigrent vers des emplois sans qualification, mal rémunérés et/ou isolés, et à des conditions de vie qui

aggravent leur dépendance à l'égard d'autres personnes, souvent plus puissantes, pour des raisons de survie élémentaire, toutes choses qui renforcent la vulnérabilité au VIH/SIDA. C'est particulièrement le cas pour les femmes qui n'ont d'autres perspectives que d'accéder à un travail dévalorisant, faiblement rémunéré et/ou isolé (y compris le mariage, le travail domestique, en usine ou la prostitution). Leur statut social et leur isolement de la famille et des réseaux d'aide sociale les rend vulnérables face aux risques d'agression et de contamination par les MST et le VIH. Dans les régions où l'immigration de main-d'œuvre masculine est élevée, la vulnérabilité face au VIH/SIDA peut être un problème. Au Cambodge, par exemple, les hommes sont censés avoir de multiples partenaires sexuels lorsqu'ils voyagent, créant un risque d'infection pour eux-mêmes, leur(s) partenaire(s) à la maison et leurs autres partenaires sexuels (Sellers, Panhavichetr, Chansophal et Maclean, en cours d'impression).

En dépit des risques liés aux migrations, il est important de reconnaître aux hommes et aux femmes le droit « de circuler librement et de voyager quel que soit leur situation relativement au VIH » (Déclaration en 12 points de l'ICW et Déclaration des droits de Barcelone 2002). C'était un point focal de la Conférence de Barcelone sur le VIH/SIDA en 2002, les autorités espagnoles refusant des visas à de nombreux demandeurs en provenance du Sud, dont beaucoup ne cachaient pas qu'ils étaient séropositifs. Certains pays ont des politiques discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui voyagent sur leur sol et d'autres renforcent actuellement les contrôles. Ainsi, le Canada a récemment introduit un test de séropositivité obligatoire pour les personnes qui émigrent au Canada. Les autorités affirmant que cela n'affectera pas la décision finale, on peut se demander pourquoi elles ont besoin de cette information.

3.2.2 Facteurs économiques

Au rang des facteurs économiques majeurs figurent les cadres et politiques macro-économiques, et la pauvreté et les inégalités.

Cadres et politiques macro-économiques

Les facteurs économiques et macro-politiques qui influent sur le développement en général, quel que soit le niveau – national, régional et mondial – où ils interviennent, conditionnent de plus en plus l'accès aux droits socio-économiques, renforçant de ce fait la vulnérabilité au VIH et au sida. Les pressions nées de l'économie mondiale pèsent de plus en plus sur les décisions des gouvernements nationaux. La dette publique, la spéculation sur les capitaux, l'imposition de programmes d'ajustements macro-économiques et la croissance du chômage, sont autant de processus de l'économie mondialisée qui ont un effet délétère sur les systèmes de santé et le bien-être des pays les plus pauvres. Les coupes budgétaires dans le domaine social se sont accompagnées de l'« ajustement silencieux » – ce surcroît de difficultés et de pressions imposé aux femmes à la suite d'un ajustement structurel (Kaihuizi 1999 ; Singh et Zammit 2000 ; Rowbotham et Linkogle 2001; Riley

2001). C'est particulièrement vrai en l'absence de modes de subsistance alternatifs et de services sociaux capables de répondre aux besoins élémentaires des populations pauvres.

Au niveau national, les politiques fiscales des gouvernements entraînent des choix politiques qui sont rarement en faveur des populations pauvres et marginalisées, et notamment des femmes pauvres, des femmes rurales ou toxicomanes par voie intraveineuse. Les secteurs de la santé et du développement sont souvent parmi les premiers à en faire les frais. Les liens avec l'infection par le HIV sont évidents.

Pauvreté et inégalité

Les femmes et les hommes ne vivent pas la pauvreté de la même façon en raison des inégalités entre les sexes :

« Les causes et les conséquences de la pauvreté sont étroitement liées aux disparités sexuelles et pourtant, les conceptualisations traditionnelles ne parviennent jamais à dégager les aspects sexospécifiques de la pauvreté, engendrant des politiques et des programmes incapables d'améliorer la vie des femmes pauvres et de leurs familles » (Beneria et Bisnath in Cagatay 1998 :2).

Même lorsque les femmes ont la chance d'avoir un revenu et des ressources (une terre, du matériel, un emploi, des connaissances et des savoir-faire), ce sont souvent les hommes qui en ont le contrôle, ce qui réduit la capacité des femmes à sortir de la pauvreté (May 2000; Nkiru Igbelina-Igbokwe 2002).

La relation entre le VIH et la pauvreté est complexe ; si la plupart des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA sont pauvres, de nombreux individus qui ne le sont pas sont également touchés et infectés. Cependant, les populations en situation de pauvreté ont plus de risques de tomber malades et meurent généralement plus vite, victimes de la malnutrition et du manque d'accès à des soins adaptés. Ainsi, la pandémie du VIH affiche des pics au sein de la population aisée et cultivée comme parmi les plus pauvres de la société (Collins et Rau 2000). L'infection d'une population aisée par le VIH s'explique par la disposition d'un revenu et d'une situation sociale leur permettant notamment de voyager et d'engager des rapports sexuels qui les mettent en danger. Selon Baylies (2000), les hommes sont majoritaires dans cette catégorie, et voient dans ce comportement « une expression de leur pouvoir » (p12). La situation des pauvres est tout autre, des femmes pauvres en particulier, que leur condition peut conduire à prendre des risques pour survivre et empêcher de se protéger.

Voici quelques exemples des liens qui unissent genre, pauvreté et VIH :

Lien bio-médical – Les facteurs exposant les filles et les femmes à un plus grand risque d'infection comme l'anémie chronique et la rupture précoce de l'hymen sont aggravés par la pauvreté (Farmer in Collins et Rau 2000). Le fait que les femmes pauvres ne sont pas maîtres des circonstances dans

lesquelles se déroule l'acte sexuel peut augmenter la fréquence des rapports et abaisser l'âge des premières relations.

Les rapports sexuels de survie – Dans toutes les régions du monde, l'offre de services sexuels semble être motivée par des raisons économiques (Tawil *et al.* in Collins et Rau, 2000). Le travail sexuel en Afrique est la plupart du temps une question de survie ; il s'agit pour les femmes de gagner de l'argent pour rester en vie avec leur famille. Ainsi, le sexe de survie est une forme de gagne-pain informel. Les femmes travaillant dans le secteur informel ne font, en quelque sorte, qu'élargir les moyens de subsistance dont elles disposent à la pratique d'un travail perçu comme typiquement féminin. Elles sont rarement bien rémunérées pour leurs « services », comme c'est également la règle dans les autres secteurs. Le travail sexuel accompli sous l'emprise de la pauvreté est plus susceptible d'encourager des comportements à risques.

« Le paradoxe de ce que nous appelons le sexe de survie, qu'il soit strictement commercial ou non, est qu'il ne permet une survie sociale de relativement court terme (mais néanmoins impérieuse), qu'au prix d'une exposition aux risques de maladie et de mort par le VIH, à plus long terme (Preston Whyte 2000 : 3).

*Transmission de la mère à l'enfant*⁷ – L'accès à des médicaments relativement bon marché capables de réduire substantiellement le risque de transmission de la mère à l'enfant est refusé à toutes les femmes qui n'ont pas les moyens de les acheter dans la plupart des « pays en développement ». De plus, les risques d'infections par voie d'allaitement peuvent être éliminés par l'usage exclusif de biberons mais les femmes pauvres n'ont ni les moyens d'acheter des aliments formulés, ni l'accès à des installations et infrastructures de base, leur offrant par exemple une eau propre pour préparer le biberon et réduire ainsi les autres risques d'infections (Seidel et Tallis 1999). Les femmes pauvres ont moins d'intimité du fait de la surpopulation environnante et la décision de ne pas allaiter au sein peut être remarquée par les voisins et constituer un aveu de leur séropositivité.

L'accès aux technologies – La pauvreté peut aussi limiter la capacité des femmes à accéder aux antirétroviraux, aux préservatifs féminins et aux microbiocides. L'opportunité de financer ou de soustraire l'accès à ces technologies a fait débat aux niveaux national et international. Mais quel est le sens de lancer des programmes d'accès aux traitements par antirétroviraux dans des cliniques qui n'ont pas l'eau courante ? Cette question a été débattue lors de la 14^e conférence internationale sur le

⁷ Des débats ont lieu actuellement pour savoir s'il vaut mieux parler de transmission mère-enfant ou de transmission parent-enfant. Dans une volonté de déculpabiliser les femmes, certains préfèrent mettre l'accent sur le parent plutôt que sur la mère. Ce terme est utilisé couramment au Zimbabwe, par exemple, dans le souci d'impliquer les hommes dans les problèmes de santé sexuelle et reproductive des femmes. D'autres pensent que l'utilisation du terme « parent » masque le fait, qu'en réalité, les hommes sont rarement présents au moment de la grossesse, sont tout à fait susceptibles de rejeter une femme en apprenant qu'elle est séropositive et se sentent rarement responsables de l'enfant après sa naissance (communications personnelles avec des femmes porteuses du VIH/SIDA).

sida à Barcelone, en 2002. La Déclaration des droits de Barcelone, pour sa part, inscrit le droit d'accéder à des soins étendus, décents, abordables et de qualité, ainsi qu'aux traitements par antirétroviraux.

3.2.3 Facteurs politiques

Il ne peut y avoir de réponse efficace à la pandémie sans une volonté et un engagement politiques au plus haut niveau. Les pays qui ont réussi à freiner quelque peu l'expansion du VIH et à répondre à l'impact du VIH/SIDA ont bénéficié d'une volonté politique forte et de l'intervention continue des pouvoirs publics (Ouganda, Thaïlande, Brésil, par exemple). Si certains pays ont fait preuve d'engagement et de dynamisme, l'action n'a pas toujours été menée dans un cadre de droits humains soucieux de la dimension hommes-femmes. Un exemple en est l'homophobie du président ougandais qui a, durant plusieurs années, bafoué de manière systématique les droits des gays et des lesbiennes, les persécutant tout en niant l'existence d'hommes et de femmes homosexuels en Ouganda, et renforçant leur marginalisation et leur vulnérabilité au VIH/SIDA.

Le manque de volonté politique ne peut que freiner la réalisation des programmes de prévention et de soins, en empêchant la création d'un environnement propice ou habilitant. L'Afrique du Sud et le refus du Président Mbeki de reconnaître le lien entre le VIH et le sida en sont une illustration criante mais, les dirigeants de la plupart des pays ont mis du temps à agir ou ont nié l'étendue du VIH/SIDA. Une initiative en vue d'impliquer les dirigeants du monde entier a été lancée à l'occasion de la 14^e Conférence internationale sur le sida (2002), avec l'ex-président Bill Clinton pour chef de file. Les défenseurs de la cause des femmes doivent veiller à ce que l'engagement politique se double d'un engagement en faveur de l'égalité des sexes.

3.3 Impact de l'épidémie

Le sida est aujourd'hui la première cause de mortalité en Afrique subsaharienne et la quatrième cause de mortalité à l'échelle du globe (ONUSIDA 2002). Le VIH et le sida ont des conséquences sociales, économiques, politiques, démographiques et sur le plan individuel. Un nombre croissant d'hommes et de femmes vivent avec le VIH/SIDA et sont confrontés à une multitude de problèmes mentaux, émotionnels, sociaux et financiers complexes. Le VIH/SIDA touche les hommes et les femmes de toutes classes sociales, origines, orientations sexuelles et statut sérologique – mais ces facteurs conditionneront l'impact que le VIH/SIDA aura dans leur vie.

On a beaucoup écrit sur les répercussions du VIH/SIDA mais on n'a guère réussi à mesurer l'impact humain du VIH, en lien, en particulier, avec la problématique hommes-femmes (Whelan 1999). Il est clairement établi, cependant, que les femmes sont bien plus touchées que les hommes. Une des conséquences majeures du VIH/SIDA est l'aggravation des inégalités entre les sexes et d'autres facteurs qui favorisent l'épidémie.

3.3.1 Impacts sociaux

L'impact du VIH/SIDA sur les femmes a été qualifié de « triple péril » (Bennett 1990), au regard des principaux rôles – productif, reproductif et communautaire – socialement dévolus aux femmes. Le VIH/SIDA touche les femmes en tant qu'individus, mères et pourvoyeuses de soins dans chacun de ces rôles socialement définis. De même, les rôles socialement dévolus aux hommes et aux garçons conditionnent l'impact de l'épidémie dans leur vie.

Les femmes sont affectées par le VIH/SIDA en tant qu'individus, mais dans les programmes dédiés au VIH/SIDA, elles ne sont souvent représentées qu'en tant que mères et pourvoyeuses de soins. Une étude menée à Durban, en Afrique du Sud, sur les expériences de femmes vivant avec le VIH et enceintes, montrait à quel point l'autonomisation des femmes avait été négligée. Les femmes interrogées manquaient d'explications et d'informations sur le sida et les autres MST. Un grand nombre de femmes reconnaissaient que leurs partenaires n'étaient pas monogames mais n'avaient jamais eu l'occasion ni la possibilité d'y réfléchir, d'analyser et d'intégrer personnellement ce que cela pouvait signifier pour elle. Les femmes restaient dans ce type de relations par peur de la violence, et en raison de leur dépendance financière à l'égard des hommes. Qui plus est, beaucoup de ces femmes étaient au chômage et peu d'entre elles avaient des qualifications leur permettant de trouver un travail. Les coutumes et pratiques sexistes, telles que le paiement de la *lobola* (dot) et de l'*inhlawulo* (paiement de « dommages » à la famille d'une femme en cas de grossesse adultérine⁸) formaient un des thèmes dominants de cette étude (Tallis 1997).

En tant que mères, les femmes atteintes du VIH/SIDA sont touchées à triple raison. Premièrement, de nombreuses mères de jeunes adultes ont peur de voir leurs enfants infectés par le VIH, mais savent rarement comment s'y prendre pour discuter ouvertement de la sexualité avec eux. Deuxièmement, de plus en plus de mères doivent s'occuper de leurs enfants jeunes et adultes, mais aussi des partenaires de leurs enfants lorsqu'ils tombent malades. Enfin, une mère séropositive peut transmettre le VIH à son enfant au cours de sa grossesse, pendant l'accouchement voire après la naissance, par l'allaitement. Ce dernier cas peut se produire dès lors qu'une femme n'a pas conscience de ce risque ou n'a pas les moyens d'acheter des aliments formulés (Tallis 1998).

Ce sont les femmes qui s'occupent le plus souvent des malades du sida, et cela aussi bien dans le secteur formel qu'informel. Les personnels soignants et les travailleurs sociaux (le secteur de soins formel) sont majoritairement des femmes. Dans un pays en développement, l'essentiel des soins aux malades du sida est dispensé dans le cadre de la communauté, de façon informelle, les femmes s'occupant de leurs partenaires et de leurs enfants. Les grands-mères prennent souvent en charge

⁸ La famille d'une femme qui tombe enceinte alors qu'elle n'est pas mariée demande des « dommages », en argent ou en biens, à l'homme responsable de sa grossesse. Pour les femmes, ce n'est pas tant l'aspect matériel qui est en jeu que leur sentiment de dignité et d'estime personnelle, et la façon dont elles perçoivent leur grossesse. Les femmes dont le partenaire reconnaît sa responsabilité ont plus de chances d'avoir un regard positif sur leur grossesse.

leurs petits-enfants, lorsque les parents ne sont plus en état de le faire ou sont décédés (Tallis 1998). May (2000) parle de la « pauvreté de temps » qui touche les femmes, du fait des longues heures consacrées aux rôles reproductifs – corvée de bois, d'eau, charge des enfants, cuisine et ménage – au détriment de leur propre bien-être. De nombreuses femmes vivant avec le VIH doivent en plus s'occuper de leurs partenaires et/ou de leurs enfants malades, alors qu'elles sont elles-mêmes malades. Face à une telle augmentation de sa charge de travail, une femme séropositive n'aura généralement pas le temps de s'occuper d'elle-même ou de prendre en charge ses propres besoins (Bennett 1990). Comme le fait remarquer Mary Crewe, les soins à domicile ont un sens pour les milieux aisés, qui disposent des ressources (y compris humaines) nécessaires, ce qui est loin d'être la règle (2002). La contribution des femmes en matière de prévention et de soins est rarement reconnue et quantifiée.

Des études ont également montré que les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes comportements et réflexes en matière de santé. L'attitude des femmes à cet égard est plus souvent déterminée par leurs rôles reproductifs en tant que femmes enceintes ou mères d'un enfant malade. Parmi les facteurs qui influent sur les comportements sanitaires, on trouve l'argent, le temps, l'attitude des travailleurs de santé et la mobilité. Des recherches montrent également que les hommes sont souvent mieux pris en charge et soignés que les femmes. Ceux-ci ont plus de chances d'accéder à une meilleure qualité de soins dans le secteur privé, d'être admis, par exemple, dans des cliniques du travail ou de bénéficier de prestations de santé qui améliorent l'offre de soins disponible (Tallis 2001).

Les impacts sociaux rejaillissent sur les adultes mais aussi les enfants. Une tendance croissante est de retirer les enfants de l'école, les filles en particulier, pour s'occuper des malades et assumer une partie des tâches ménagères. Du fait du VIH/SIDA, le taux de scolarisation a ainsi chuté de 36 % au Swaziland. Cette baisse, qui touche majoritairement les filles, compromet leur éducation et leur avenir (Desmond *et al.* 2000). Si le retrait scolaire concerne plus souvent les filles, des études montrent qu'il arrive que les garçons soient aussi retirés de l'école, lorsque un ou plusieurs de leurs proches tombent malades ou décèdent. Cependant, ils sont plus souvent occupés aux travaux agricoles ou à des activités génératrices de revenus, en complément des ressources familiales (Bennell, Hyde, et Swainson 2002).

3.3.2 Impacts économiques

Tous les impacts sociaux précités ont aussi des conséquences économiques. Lorsque les femmes, par exemple, tombent malades ou doivent s'occuper de leurs proches, elles ont moins de temps à consacrer à des activités productives dont elles puissent tirer un bénéfice pour elles-mêmes, leurs familles, leurs communautés ou la nation tout entière. La disparition du principal soutien et revenu de la famille est aussi lourd de conséquences économiques pour les femmes et les familles. C'est alors aux femmes et aux enfants qu'il incombe de trouver les moyens de survenir aux besoins du foyer. Bien que les conséquences économiques du VIH/SIDA soient bien documentées au niveau macro- et

micro-économiques (Whiteside et Sunter 2000 ; Desmond, Michael et Gow 2000), l'impact économique réel sur les femmes n'a jamais été quantifié, ceci parce que les économistes ne prennent toujours pas sérieusement en compte leur travail au sein du foyer, de la communauté, et le travail productif fourni en dehors du secteur formel.

3.3.3 Impacts politiques

La nécessité d'anticiper les conséquences du VIH/SIDA sur les processus politiques et d'y répondre émerge peu à peu, comme en témoigne le nombre croissant de projets de recherche qui se penchent sur l'impact du VIH/SIDA sur la stabilité politique et la capacité des dirigeants à gouverner, en Afrique australe. Ce domaine d'investigation est encore relativement nouveau mais représente un défi majeur pour le développement et le bien-être humain, en particulier dans les régions où les taux d'incidence et de prévalence sont élevés et où les indicateurs de développement, déjà peu élevés, continuent de chuter. Pour l'heure, les efforts ont surtout visé à renforcer la volonté et l'engagement politiques dans la lutte contre le VIH/SIDA plutôt qu'à analyser les facteurs politiques qui favorisent l'épidémie et les réponses possibles à l'impact du VIH/SIDA sur les processus et la stabilité politiques. (Altman 2002).

3.3.4 Impacts démographiques

Le VIH/SIDA affecte les grandes variables démographiques que sont la mortalité et la fertilité, modifiant le taux de croissance et la taille de la population. Le sida tue aujourd'hui des hommes, des femmes et des enfants dans des régions où les taux de mortalité sont les plus bas, entraînant une diminution de l'espérance de vie. Les gains du développement s'érodent. Peu d'études ont cherché à quantifier le déséquilibre sexuel qui en résultera.

L'impact sur la fertilité est moins bien compris mais trois évolutions sont attendues :

- Une baisse du nombre de naissances si les femmes meurent à un âge où elles sont encore capables de procréer.
- Une moindre fertilité des femmes atteintes du VIH/SIDA.
- Une baisse de la fertilité liée aux méthodes de prévention comme les préservatifs masculins et féminins.

(Whiteside et Sunter 2000).

4. Enjeux cruciaux : agir pour transformer

L'analyse de la pandémie du VIH/SIDA, de ces forces motrices et de son impact considérable sur les individus (femmes, hommes et enfants), les foyers et les communautés, fait clairement ressortir le rôle central des inégalité sexuelles et la nécessité d'envisager le VIH/SIDA sous l'angle des droits humains. Les approches doivent avoir à cœur d'intégrer une analyse approfondie des relations de pouvoir entre les sexes et du contexte dans lequel les hommes et les femmes vivent, ainsi qu'une meilleure compréhension de la situation des femmes face au VIH/SIDA. Elles doivent, de plus, accorder une place centrale aux questions du pouvoir et de la sexualité.

Pour beaucoup, un travail intégrant les sexospécificités se définit par le choix des participants et des outils. À l'origine, adopter une approche « sexospécifique » signifiait que l'on ne travaillait qu'avec des femmes, en leur apprenant l'usage du préservatif, par exemple. La focalisation sur le genre, doublée d'une meilleure reconnaissance des facteurs qui limitent la capacité des femmes à négocier des rapports sans risques, a parfois permis de passer de la priorité accordée aux femmes à des stratégies de travail avec des femmes et des hommes, ou uniquement des hommes. C'est le cas, indéniablement, des programmes et campagnes actuels sur le thème du VIH/SIDA, qui mettent souvent l'accent sur la participation des hommes. Cela ne pose pas de problème en soi, sauf lorsque des programmes ciblent les hommes au détriment de programmes destinés aux femmes, ou sans s'attaquer aux inégalités sexuelles. Ce type de démarche doit être combattue.

Une approche sexospécifique ne doit donc pas se mener au détriment d'un programme féministe qui chercherait à aider les femmes à modifier ou transformer les dynamiques de pouvoir. Baden et Goetz (1999) mettent en garde contre le danger de vider la notion de genre de son contenu féministe, comme c'est parfois le cas dans ses applications politiques. Le genre devient alors un simple descriptif, s'intéressant aux différents rôles et responsabilités des hommes et des femmes, sans remettre en cause le déséquilibre des pouvoirs.

Une approche du VIH/SIDA axée sur les droits et soucieuse de l'égalité des sexes doit :

- partir de l'expérience vécue des femmes, des hommes et des enfants
- garantir la participation
- chercher à transformer les rapports entre les sexes
- définir une réponse soucieuse de l'égalité des sexes
- permettre une réponse coordonnée à tous les niveaux, qui soit multi-aspectuelle et multisectorielle
- institutionnaliser les problématiques du genre et du VIH/SIDA

Jusqu'à présent, cependant, les programmes n'ont pas su relevé ces défis, même si un nombre croissant d'approches s'attèlent réellement à la transformation des relations entre les sexes et cherchent des voies d'autonomisation. Le cadre de Gupta (2000) pour évaluer dans quelle mesure les réponses au VIH/SIDA intègrent la dimension du genre identifie cinq niveaux de réponse :

- les réponses qui recourent aux stéréotypes
- les réponses « neutres », d'où la dimension du genre est absente
- les réponses sensibles à la dimension hommes-femmes
- les réponses transformatrices
- les réponses autonomisantes

Pour les besoins de l'exposé, les approches autonomisantes seront traitées comme des processus situés en amont des approches transformatrices. En effet, si l'autonomisation est indissociable du processus de transformation, l'objectif final est bien la transformation des relations entre les sexes, plutôt que l'autonomisation. Le modèle de Gupta est utile en ce qu'il fournit un cadre permettant de situer les réponses au VIH/SIDA et les programmes, et a été spécialement conçu pour aborder la double thématique « genre et VIH/SIDA ». Les modalités d'incorporation des objectifs d'autonomisation et de transformation dans le travail des institutions seront également abordées.

4.1 Approches actuelles

4.1.1 L'accent sur les stéréotypes

De nombreuses approches ont recours aux stéréotypes sexuels pour faire passer leur message, renforçant ainsi le stigma associé au VIH/SIDA. Gupta y voit des programmes et/ou matériels donnant une « image prédatrice, violente, irresponsable, de la sexualité masculine » (p. 8) et présentant les femmes comme des victimes sans défense. Certains matériels se focalisent sur d'autres stéréotypes féminins, comme ceux qui décrivent les travailleuses sexuelles comme une source d'infection. On peut citer en exemple une affiche de prévention où une travailleuse sexuelle apparaît sous la forme d'un squelette avec cette légende : « Ne vous fiez pas aux apparences : le sida tue », ou cette carte postale de prévention affichant les mots : **Joystick** (sur un corps masculin couvrant l'endroit du pénis) – **Play-station** (couvrant le vagin d'un corps féminin) et **Game over** (sur l'image du virus).

(Vous n'avez qu'une vie, utilisez un préservatif)

Ses images renforcent l'idée que les hommes sont actifs dans les relations sexuelles et les femmes passives. Ou que les personnes qui ne se conforment pas aux comportements féminins ou masculins acceptables (travailleurs sexuels, gays ou hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, par exemple), sont « responsables » de la progression du virus. Ces images associent également le diagnostic du VIH à un arrêt de mort immédiat, qui ne sert qu'à stigmatiser un peu plus les personnes atteintes du VIH/SIDA.

4.1.2 Programmes « neutres »

Gupta définit les programmes neutres en terme de genre comme des programmes ou matériels qui ne distinguent pas les besoins des femmes de ceux des hommes, sans pour autant être nuisibles. Il s'agit, par exemple, de messages comme « soyez fidèle », « ne multipliez pas les partenaires » ou « utilisez un préservatif ». On pourrait répondre, cependant, que les programmes ou messages qui ne prennent pas en compte la dimension du genre ne sont pas, en réalité, si inoffensifs. Si l'on analyse l'exemple de Gupta, les messages du type « soyez fidèle » ou « ne multipliez pas les partenaires » pourraient bien, en réalité, accroître la vulnérabilité des femmes, en faisant croire aux femmes que parce qu'elles sont fidèles, elles sont à l'abri d'une infection par le VIH, ce qui n'est pas forcément le cas (Abdool Karim 1998).

De nombreux programmes en matière de VIH/SIDA ne prennent pas en compte la dimension du genre ; c'est le cas de nombreux programmes nationaux de lutte contre le sida.

La plupart des pays ont un programme national de lutte contre le sida, qui peut intégrer ou non la tuberculose et les MST, privilégie généralement l'action sanitaire et œuvre sous l'égide du ministère de la santé. Ces ministères ou divisions s'inspirent généralement des cadres établis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au tout début de l'épidémie, et plus récemment par l'ONUSIDA.

Les programmes nationaux de lutte contre le sida sont des espaces importants pour l'intégration transversale du genre car :

- ils définissent les politiques nationales en matière de prévention et de traitement.
- ils sont chargés de coordonner le processus de mise en œuvre du plan et du programme national de lutte contre le sida.
- ils disposent de budgets suffisants pour financer toute une gamme d'interventions et de programmes, permettant de mieux appréhender le processus d'intégration du genre dans le travail sur le VIH/SIDA, et de renforcer les capacités en ce domaine.
- dans de nombreux pays, ils ont de l'influence sur les ONG et la société civile au sens large et tentent d'exercer leur contrôle sur les réponses qu'elles peuvent apporter. (Tallis 2000).

Le principal objectif d'un programme national de lutte contre le sida est de freiner la progression du VIH et de réduire l'impact de l'épidémie à l'intérieur de ses frontières. Pour y parvenir, une approche du VIH/SIDA intégrant la dimension du genre est nécessaire. Cependant, dans une étude consacrée au rôle des programmes nationaux de lutte contre le sida dans l'intégration du genre, l'examen de 15 pays d'Asie et du Pacifique, d'Europe, des Amériques et d'Afrique ont révélé un manque de compréhension du concept de genre et du lien qu'il entretient avec le VIH/SIDA, une faible volonté d'intégrer le genre à tous les niveaux et un manque de capacité et d'outils pour mener des analyses sexospécifiques, les planifier et en assurer le suivi et l'évaluation. (Tallis 2000).

Les programmes neutres en terme de genre : améliorer la réponse au Sénégal

De grands progrès ont été accomplis au Sénégal dans la lutte contre le VIH et le sida et l'ONUSIDA a qualifié la réponse du pays de meilleure pratique pour ses points forts :

- Une réponse immédiate au VIH, lorsque les premières personnes atteintes du sida ont été identifiées et qu'un programme national de lutte contre le sida a été instauré.
- Le soutien des politiciens au programme de lutte contre le VIH/SIDA.
- Une direction politique étendue à la société civile
- Une direction stable du programme de lutte contre le sida, soutenue politiquement.
- Une direction franche et honnête sur le sujet de l'épidémie.
- L'identification et le traitement sensible des obstacles au succès du programme, comme la suppression des taxes indirectes sur les préservatifs.
- La mobilisation et l'intervention d'acteurs majeurs comme les chefs religieux et la communauté scientifique.
- Le recours maximum aux structures politiques existantes.
- La mobilisation de ressources sur le plan national et international.

(ONUSIDA 1999a ; Sidebe 2000)

Sidebe (2000) note que cette réponse pourrait être améliorée en s'attaquant aux attitudes et pratiques qui augmentent la vulnérabilité des hommes et des femmes et « dés-autonomisent » les femmes tant sur le plan individuel que sociétal. Au Sénégal, « l'inégalité de traitement des citoyens est très répandue, et souvent liée à des pratiques sociales qui altèrent les relations entre les sexes » (p. 8).

Plusieurs facteurs renforcent la vulnérabilité des femmes au VIH :

- Le mariage précoce est courant pour les femmes au Sénégal, en dépit des lois qui interdisent le mariage des filles en dessous de 16 ans. Ces jeunes femmes sont rendues vulnérables par une activité sexuelle précoce et la dépendance financière à l'égard de leurs maris, du fait de leur accès limité au système scolaire et à des alternatives viables. Le mari est souvent un homme plus âgé qui a eu d'autres partenaires.
- En dépit d'un « code de la famille » qui prône la fidélité des hommes et des femmes dans le mariage, dans la réalité, les femmes surtout sont censées rester fidèles, non les hommes.
- Certaines pratiques traditionnelles augmentent la vulnérabilité des femmes comme le lévirat ou l'héritage des veuves et l'excision. Bien que les mutilations génitales féminines aient été interdites en 1999, elles se pratiquent toujours illégalement en de nombreux endroits.

(Sidebe 2000)

Sidebe affirme que le « Programme national de lutte contre le sida pourrait faire davantage pour améliorer les connaissances des femmes tant sur le VIH/SIDA que sur leurs droits légaux en rapport avec des questions comme le mariage précoce et le l'évirat » (p. 9). Dans son ensemble, la réponse ne prend pas en compte la dimension hommes-femmes, ce qui dans certains cas, renforce la vulnérabilité des femmes. Le fait que des codes et lois relatifs aux droits humains, contre les mutilations génitales féminines par exemple, existent mais ne sont pas appliqués est une autre source de vulnérabilité.

Quelle est la place des femmes dans les programmes de recherche ?

Bien que les premiers cas de VIH/SIDA chez les femmes aient été diagnostiqués dès le début des années 1980, peu d'études se sont penchées sur les implications que cette reconnaissance des différences entre les hommes et les femmes pouvaient avoir sur la progression de la maladie, les infections opportunistes, et la gestion de l'épidémie. Les études n'ont pas abordé la dimension du genre. Les recherches sur le VIH/SIDA dans la population féminine sont au début de leur développement et nombre de questions n'ont pas encore trouvé de réponses. Fin 1999, les femmes ne représentaient que 12 % de l'ensemble des participants étudiés. Des études font état de différences entre les hommes et les femmes eu égard aux pronostics de survie, à la charge virale et à la tolérance des médicaments. La gestion des traitements antirétroviraux et des infections opportunistes doit donc être adaptées à chaque sexe. Ignorer les différences entre hommes et femmes dans la progression de la maladie conduit à des conclusions et des solutions qui ne prennent pas en compte la dimension de genre.

4.1.3 Approches sensibles à la dimension hommes-femmes

Les approches qui intègrent la dimension du genre répondent aux différents besoins et circonstances limitantes des individus, liés à leur sexe et à leur sexualité. Nombre de programmes actuels sur le SIDA opèrent à ce niveau, cherchant à identifier les besoins concrets des femmes et à y répondre par des prestations de services. Certains de ces programmes mettent l'accent sur la mise à disposition de préservatifs féminins, la génération d'un revenu ou l'accès des femmes aux services de santé.

Certaines approches du travail avec les hommes peuvent aussi se ranger dans cette catégorie, comme les programmes d'éducation qui invitent les hommes à assumer leur rôle de décideurs dans leurs relations avec les femmes et les orientent vers des choix plus responsables, et qui les protègent, eux, leurs partenaires féminins et leurs enfants actuels ou à venir. Ces approches jouent souvent sur la préoccupation de l'homme d'assurer sa descendance, en l'encourageant à rester séronégatif pour avoir un bébé en bonne santé qui portera et transmettra son nom.

Gupta donne l'exemple des microbiocides comme méthode de prévention répondant aux besoins des hommes et des femmes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Des programmes sensibles à la dimension du genre choisiront d'agir ainsi sur les conditions de vie immédiate des femmes, sans pour autant remettre en cause le status quo. Cependant, la découverte d'un

microbiocide efficace⁹ peut améliorer la capacité des femmes à maîtriser leur santé sexuelle et reproductive.

Plaidoyer en faveur d'un microbiocide.

La campagne mondiale pour offrir aux femmes des options de prévention est un vaste effort international visant à encourager l'investissement dans des produits microbiocides que les hommes et les femmes puissent utiliser par voie rectale ou vaginale afin de se protéger, eux et leurs partenaires, du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. La campagne compte environ 70 organisations partenaires dans le monde entier, qui tentent de mobiliser les volontés politiques afin de mettre les avancées de la science au service de l'intérêt public et de promouvoir l'intégration des besoins et des points de vue des femmes dans toutes les phases de la recherche, du développement et de l'introduction des microbiocides. Les microbiocides peuvent ouvrir aux femmes de nouvelles possibilités d'exercer réellement leurs droits sexuels et reproductifs. (www.global-campaign.org).

Les approches sensibles à la dimension du genre sont impuissantes à remettre en cause l'état de choses par lequel les hommes détiennent le pouvoir décisionnel et l'utilisent pour contrôler la sexualité et les droits sexuels de leurs partenaires.

4.1.4 Approches autonomisantes

Les programmes qui autonomisent les femmes cherchent en premier lieu à leur ouvrir un meilleur accès à l'information, aux savoir-faire, aux services et aux technologies mais aussi à garantir leur participation dans les processus décisionnels à tous les niveaux. L'autonomisation, au sens propre, renvoie à la capacité de prendre sa vie en main, d'agir, d'évoluer et de définir ses propres priorités (Young 1997). Cette conception de l'autonomisation implique une capacitation collective et individuelle, à savoir :

- faire naître l'estime de soi et la confiance en soi
- acquérir une capacité de jugement critique
- renforcer la cohésion du groupe
- encourager la prise de décision et l'action

Les approches autonomisantes partent des expériences réelles, diverses et complexes, des gens (Welbourn : communication personnelle 2002). Divers projets dont le Projet en direction des travailleuses (Working Women's Project), à Bradford, au Royaume-Uni, se sont penchés sur l'importance de répondre aux préoccupations des bénéficiaires du travail en développement et à ceux/celles qui sont le plus affecté(e)s par telle ou telle question de développement. Ces préoccupations sont conditionnées par le contexte dans lequel les individus évoluent. Ce n'est qu'en traitant et reconnaissant les problèmes fondamentaux des femmes au quotidien, comme le fait de se

⁹ Selon le Dr Peter Piot d'ONUSIDA, il faudra "des années" pour parvenir à développer un microbiocide efficace et sans risque (HDN Key Correspondent 2002). Ce produit ne devrait pas être disponible avant 2007, au plus tôt.

prémunir contre la violence des clients, de la police et des souteneurs¹⁰, que l'équipe du projet de Bradford a pu travailler avec elles sur les thèmes de la prévention du sida et de la santé sexuelle (Butcher et Welbourn 2001). Les individus ont une perception propre de ce qu'il vivent, à travers trois niveaux fondamentaux et reliés entre eux : identité, services et institutions, comme le montre le diagramme ci-dessous. Ces niveaux ont plus ou moins d'importance selon la situation et l'âge des individus.

ICW : le Projet « des voix et des choix », The Voices and Choices Project (Zimbabwe)

« Dès le début de ce projet, des femmes vivant avec le VIH ont participé aux décisions concernant les thèmes à étudier et cela était très encourageant. Au cours du processus, j'ai réalisé que je devenais autonome. J'ai vraiment changé, j'ai pris de l'assurance et gagné le respect de la communauté. Je suis désormais invitée aux ateliers et aux réunions chaque fois que des problèmes qui concernent les femmes sont en discussion » Otilia Tasikani (ICW 2002 : 17)

Le projet « des voix et des choix » (Voices and Choices) de l'ICW est un exemple d'intervention d'une organisation internationale à l'échelon national, dans l'objectif principal d'autonomiser les femmes vivant avec le virus du VIH/SIDA. L'ICW a animé en partenariat avec le « Réseau de soutien Femmes et sida » (Women and AIDS Support Network (WASN)), une organisation nationale du Zimbabwe, un programme d'action-recherche sur deux ans (1998-2000), en vue de définir les besoins des femmes qui vivent avec le VIH/SIDA au Zimbabwe. Le volet recherche intégrait un programme de renforcement des capacités au sein d'un groupe de femmes vivant avec le VIH/SIDA, qui ont pris en charge l'essentiel de la collecte de données et ont participé aux activités de collation, d'analyse et de planification (Butcher et Welbourn 2001). Un atelier a été mis sur pied en vue d'établir une stratégie de plaidoyer pour répondre aux problèmes auxquels les femmes vivant avec le VIH/SIDA ont à faire face au Zimbabwe. L'étape suivante du projet consistera à mettre en œuvre les plans élaborés dans le cadre de l'atelier (Cavanagh et Tallis 2001).

(Voir le bulletin *En Bref* pour de plus amples informations sur ce projet).

Cornwall et Welbourn citent des projets « offrant de formidables opportunités pour le respect effectif des droits, en permettant à la fois aux individus de prendre conscience et d'articuler leurs droits et d'accéder réellement au bien-être reproductif et sexuel » (en cours d'impression). Le projet de l'ICW est parvenu à remplir ce double objectif, en rendant les femmes autonomes à titre individuel et collectif, et en ouvrant aux femmes qui vivent avec le VIH/SIDA la possibilité de répondre par elles-mêmes aux problèmes qu'elles ont pu identifier, avec le soutien d'autres organisations.

L'autonomisation requiert une participation réelle. Elle s'appuie sur « la volonté de donner le pouvoir d'interpréter et d'analyser pour aboutir à des solutions » (Akerkar 2001: 2). La participation peut être perçue comme un moyen pour une certaine fin, à savoir, atteindre un développement plus efficace. Cependant, la participation qui renforce l'autonomie est une fin en soi. Cornwall et Welbourn (en cours

¹⁰ Un souteneur est une personne, un homme généralement, qui sollicite des clients pour un travailleur sexuel ou une maison close, en échange d'un partage des gains.

d'impression) voient en la participation un droit humain, qui donne aux individus une voix en même temps qu'un choix. Les personnes les plus directement concernées par un problème de développement doivent participer aux étapes de définition du problème et d'élaboration des solutions. Dans le cas du VIH/SIDA, il s'agira d'inclure les populations pauvres et marginalisées, comme, par exemple, les femmes, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, et les toxicomanes par voie intraveineuse.

Le projet Sonagachi

Le projet Sonagachi, qui travaille avec des travailleurs sexuels en Inde, illustre l'importance d'amener les femmes à conduire elles-mêmes le changement plutôt que de confier ce soin à des « extérieurs », agissant comme des véhicules ou des catalyseurs du changement. Les travailleurs sexuels de Sonagachi peuvent désormais négocier des relations sexuelles protégées avec leurs clients et sont mieux traités et considérés d'une façon générale, y compris par la police. En 1992, le projet d'intervention sur les MST et le VIH (STD/HIV Intervention Project (SHIP)) a inauguré une clinique spécialisée dans le traitement des MST, pour un public de travailleurs sexuels, afin d'endiguer la progression de la maladie et de distribuer des préservatifs. Cependant, la clinique a très vite élargi son champ d'action aux problèmes structurels liés au genre, au milieu social et à la sexualité. Les travailleurs sexuels décident eux-mêmes des stratégies du programme. 25 % des postes de direction sont réservés aux travailleurs sexuels, qui occupent de nombreuses fonctions stratégiques. Les travailleurs sexuels sont éducateurs au sein de groupes de pairs, aide-soignants et personnels de clinique dans les cliniques du projet MST. SHIP vise à renforcer les capacités des travailleurs sexuels à questionner les stéréotypes culturels de leur société et à comprendre ce qu'est le pouvoir et qui le possède (voir la Boîte à outils).

Mieux impliquer les personnes vivant avec le VIH/SIDA (GIPA)

Le GIPA a été lancé lors du Sommet de Paris sur le sida en 1994 et ratifié par les gouvernements de 42 pays. Il vise à reconnaître l'importante contribution des personnes vivant avec le VIH/SIDA, et à leur offrir un espace d'intervention dans tous les domaines, des politiques jusqu'à leur mise en œuvre (ONUSIDA, 1999). En Afrique du Sud, le programme GIPA existe depuis 1998. A l'origine, des postes réservés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ont été créés dans diverses organisations et entreprises. Dans une seconde phase, le programme s'est focalisé sur des ministères spécifiques, comme la santé, le développement social, le domaine foncier et l'agriculture, l'objectif étant d'impliquer les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'élaboration de politiques et de programmes implantés sur les lieux de travail. Dans une évaluation du programme (ONUSIDA 2002b), l'intérêt du GIPA apparaissait double : améliorer l'efficacité des institutions de placement par un traitement personnalisé du VIH, et créer un environnement de soutien pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Si les bénéfices de ces mesures ont été importants, l'objectif principal du GIPA, à savoir, l'implication des femmes et des hommes vivant avec le VIH à tous les niveaux des politiques, de la planification et des programmes, n'a pas été atteint.

L'autonomisation peut être une fin en soi, ou servir un objectif, celui de la transformation des relations de pouvoir entre les sexes. L'autonomisation place les hommes et les femmes en capacité d'agir aux niveaux personnel, collectif et communautaire, mais aussi institutionnel et sociétal, afin de combattre, traiter et réduire le déséquilibre des pouvoirs dans les rapports sociaux de sexe. L'ICW, le projet Sonagachi et le GIPA ont, avec des succès divers et à différents niveaux, reconnu cet impératif de transformation des relations sociales inégales et agi en conséquence. Ainsi, les femmes engagées dans le projet de l'ICW travaillent à l'élaboration d'une stratégie de plaidoyer national, les femmes de Sonagachi se battent pour être mieux traitées par leurs clients masculins, les souteneurs et la police et le GIPA questionne le droit des personnes qui ne vivent pas avec le VIH/SIDA de fixer les priorités des programmes en ce domaine.

Femmes ensemble...

Lors de la XIII^e Conférence internationale sur le SIDA, qui s'est tenu à Durban, en Afrique du Sud, un groupe de femmes, dont le Caucus international des femmes sur le sida, ont organisé diverses manifestations en marge de la conférence en vue d'élargir la participation locale des femmes, que des frais d'inscription exorbitants empêchaient d'assister à la conférence. Ces manifestations visaient aussi à empêcher que les femmes et les hommes du Nord ne dominent l'agenda des priorités. Divers ateliers se sont tenus d'un bout à l'autre de la conférence.

Devant le succès de ce programme, une démarche similaire a été menée à Barcelone à l'occasion de la XIV^e Conférence internationale sur le SIDA. Des ateliers de renforcement des capacités, la rédaction d'une loi sur les droits et une marche des femmes – regroupant des femmes invitées ou non à la conférence, et des membres de Mujeres Adelante – ont notamment été organisées. Les participantes réclamaient la prise en charge médicale des femmes séropositives, l'arrêt de la violence et le respect des droits humains pour tous.

Il convient de tirer les leçons de Durban et de Barcelone, afin de garantir l'implication de toutes les femmes dans la planification et la mise en œuvre des politiques internationales sur le VIH/SIDA.

Baylies et Bujra (1995) observent que les discours en faveur de l'autonomisation ne sont souvent que pure rhétorique. Le VIH en Afrique se transmet par voie majoritairement hétérosexuelle, dans le cadre de relations inégales entre les sexes, et il est vain d'espérer freiner son expansion sans une transformation des relations de genre. Dans ce contexte, on a mis l'accent sur « l'autonomisation des femmes », mais en pratique, il est bien difficile de transformer les relations de genre « face aux structures enracinées du pouvoir masculin, même lorsque, comme dans le cas du sida, les relations sexuelles représentent aussi un risque pour les hommes. Si l'on néglige la question du pouvoir, les appels à l'autonomisation risquent de rester purement incantatoires » (p. 195).

4.1.5 Agir pour transformer

Pourquoi l'objectif de transformation est-il si crucial dans le cas du VIH/SIDA ? La pandémie du VIH/SIDA prospère indiscutablement sur le terreau des dynamiques de pouvoir qui oppriment les femmes et renforcent leur vulnérabilité. Le défi est de changer ou de transformer l'inégal rapport de force entre les hommes et les femmes, pour aboutir à une situation d'égalité de pouvoir et de moindre vulnérabilité des deux sexes. Gupta (2000) voit dans les relations le point nodal des transformations. Pour la clarté de l'exposé, le terme de « transformation » est ici élargi aux changements radicaux qui peuvent se produire aux niveaux personnel, relationnel (dont la redéfinition des relations hétérosexuelles), communautaire et sociétal, appliqués aux systèmes, mécanismes, politiques et pratiques nécessaires pour aider à l'émergence de tels, véritables, changements. Les appels à transformer la société ont transcendé les générations et si des progrès ont été faits, ce n'est qu'à un rythme lent. Les impératifs de la pandémie du VIH/SIDA peuvent fournir le catalyseur nécessaire pour reconnaître, aborder et remédier aux inégalités hommes-femmes.

Stepping Stones – une méthode de formation participative

Stepping Stones (« Tremplin ») œuvre au service des communautés dans le domaine de la problématique hommes-femmes et du VIH, au renforcement des savoir-faire relationnels et de communication, pour lutter contre les inégalités sexospécifiques et inter-générationnelles, entre hommes et femmes et entre jeunes et vieux. Un atelier Stepping Stones a d'abord été mené dans le village de Buwenda en Ouganda. Une analyse d'impact a révélé une augmentation de l'utilisation du préservatif, ainsi qu'une amélioration des relations et des communications interpersonnelles et un déclin des violences conjugales et de l'abus d'alcool. Des jeunes femmes ont rapporté qu'elles avaient gagné en assurance et en estime de soi, et étaient déterminées à être indépendantes économiquement et à s'impliquer davantage dans la vie politique. Les questions d'ordre sexuel étaient plus facilement abordées et les malades du VIH/SIDA mieux pris en charge et assistés.

(Reeves 1998)

Dans une approche tenant compte des sexospécificités, la transformation des relations de genre vers l'égalité hommes-femmes est l'objectif principal, et doit se produire aux niveaux personnel, organisationnel, programmatique et sociétal. Si le point d'entrée peut varier pour chacun de ces niveaux, la réalisation progressive de l'objectif de transformation doit absolument se faire aux quatre niveaux. Cela ne vaut pas obligation pour chaque organisation de s'engager à tous les niveaux. On peut parfaitement œuvrer à un objectif commun, celui de l'égalité des sexes, selon différents angles.

Puntos de Encuentro – une O.N.G. féministe du Nicaragua

Née dans un contexte post-révolutionnaire, dans un pays dirigé par un gouvernement conservateur, Puntos de Encuentro cherche à promouvoir des relations égalitaires et positives. Son principal objectif est d'influencer l'opinion publique pour faire évoluer les mentalités, dans le domaine en particulier des normes et des préjugés attachés au genre, à la sexualité, et aux systèmes d'aide sociale. Ils cherchent également à renforcer les mouvements des femmes et de la jeunesse. Cette organisation a reconnu l'importance de partir des intérêts spécifiques des jeunes et s'est également préoccupé d'élargir la participation populaire au mouvement féministe, avec la volonté de construire des alliances pour s'opposer à la domination et créer des relations d'égalité entre les individus. Ceci a conduit l'organisation à amener des jeunes gens, ainsi que des hommes adultes, à entrer dans l'institution et à s'engager dans un travail avec les deux groupes. Puntos de Encuentro utilise une stratégie multimédia, dont des programmes de radio et de télévision pour atteindre ces buts. L'organisation prévoit de donner une forte impulsion au travail spécifique sur le VIH/SIDA dans toutes ses activités multimédia et communautaires dans les années à venir (voir la Boîte à outils pour de plus amples informations).

Le travail avec des hommes a-t-il des vertus transformatrices ?

Le choix de se préoccuper uniquement des femmes peut accroître la charge des femmes en lien avec le VIH et conduit souvent à désigner les femmes comme coupables. Cependant, l'engagement des hommes n'améliore pas en soi la vie et la santé des femmes, et peut, en fait, enraciner plus profondément les inégalités hommes-femmes. Une récente tendance dans le travail sur le VIH/SIDA est de reporter les ressources autrefois destinées aux femmes sur des projets ciblant ou impliquant des hommes. Comme l'affirme Bujra (1999), cibler les hommes en cherchant ce qui peut les faire réagir risque de renforcer la domination des hommes sur les femmes dans les relations intimes.

Les problèmes posés par le choix de privilégier les hommes au détriment des femmes s'illustrent dans le débat¹¹ sur les microbiocides – et les femmes qui utilisent un microbiocide à l'insu de leurs partenaires. L'utilisation de microbiocides « en cachette » est souvent mal vue, tandis que l'engagement des hommes est porté aux nues. Il convient toutefois de se demander pourquoi un microbiocide est nécessaire et de se mettre un peu à la place des femmes – de comprendre que de nombreuses femmes courent de multiples risques d'être infectées par le VIH ou une MST – en raison notamment du faible pouvoir dont elle dispose dans les relations sexuelles. Le recours aux microbiocides n'est pas toujours gardé secret – certaines femmes sont à même de communiquer avec leurs partenaires. De nombreuses autres n'auront pas cette capacité, ou choisiront de ne pas aborder le sujet avec leurs partenaires sexuels.

¹¹ Ce paragraphe est un résumé d'une discussion sur la liste de diffusion GENDER-AIDS en 2002.

En dépit des réserves mentionnées plus haut, les hommes détiennent le pouvoir au sein de la société, y compris dans leurs relations, et il est vital, pour cette raison, de travailler avec les hommes et de les amener à réfléchir à la position qu'ils occupent au sein de la société et dans leurs relations. La domination des hommes qui leur permet de décider quand et comment les relations sexuelles auront lieu, leur recours à la violence contre les femmes, leur indifférence à l'égard de leurs besoins en matière de santé et l'opposition de certains hommes à l'utilisation de préservatifs figurent au rang des principaux obstacles à l'endiguement du VIH dans le monde entier (Barker 2002). Les efforts d'autonomisation des femmes n'ont guère de chance d'aboutir à une plus grande égalité dans leurs relations avec les hommes si ces derniers ne changent pas. Un travail similaire doit être mené en direction des hommes et des femmes de la communauté au sens large, laquelle joue un rôle crucial dans le renforcement des constructions négatives de la masculinité.

Travailler avec des jeunes hommes au Brésil

L'*Instituto PROMUNDO* de Rio de Janeiro, au Brésil a monté un projet engageant de jeunes hommes sur le thème de la prévention de la violence sexospécifique. Le projet a été lancé en raison d'un taux élevé de violences sexospécifiques, plus ou moins tolérées, au Brésil, et notamment de violences sexuelles et conjugales, prenant les proportions d'un phénomène social. PROMUNDO a choisi de travailler avec des jeunes hommes en partant du constat que les attitudes et les comportements des hommes à l'égard des femmes se forment au cours de l'adolescence. Le projet a commencé par une phase de recherche extensive qui a permis d'identifier des jeunes hommes opposés à la violence sexospécifique et de comprendre avec eux d'où leur venait cet état d'esprit, différent de la majorité des jeunes hommes de leur communauté. L'étape suivante a consisté à recruter des animateurs, des hommes qui avaient montré qu'ils croyaient à la réalisation de l'égalité des sexes au travers de la mobilisation. Les animateurs étaient chargés de former les jeunes qui avaient pris part à la phase de recherche, et de leur apprendre à s'adresser à leur pairs.

Ces jeunes propagandistes ont ensuite écrit et joué une pièce interactive basée sur leurs propres vies, mettant en relief les problèmes soulevés par la violence sexospécifique et son impact sur les hommes et les femmes. Des imprimés sous forme d'albums photos ont été utilisés, en appui aux messages diffusés dans la pièce. Le projet a su, entre autres réussites, offrir une voix et un mode d'expression à des hommes et des garçons sensibles aux problèmes de l'égalité des sexes. Ce processus autonomisant a également permis de mettre faire ressortir les constructions masculines positives et négatives de la violence sexospécifique et de proposer un autre mode de comportement. Le choix de confier l'animation des groupes à des hommes jeunes, donnant l'exemple d'attitudes et de comportements non sexistes, a renforcé l'impact du travail de PROMUNDO, de même que la création de ce groupe de pairs potentiellement alternatif. (Voir le bulletin *En Bref* pour de plus amples informations et Barker, à paraître)

Programme Men as Partners (MAP – [Hommes partenaires et responsables]) en Afrique du Sud

Au lieu de se concentrer uniquement sur la violence conjugale, le VIH ou la santé reproductive, les éducateurs de MAP offre aux hommes l'opportunité d'explorer et de remettre en cause leurs attitudes sur les questions relatives au genre, la violence, la santé sexuelle et reproductive, le VIH, l'offre de soins et l'action communautaire. L'équipe de MAP a tissé des liens de collaboration avec de nombreux groupes sociaux : guérisseurs, chefs et anciens des villages, prêtres et fonctionnaires gouvernementaux, cheminots et travailleurs du sexe commercial, jeunes scolarisés et non scolarisés ainsi que leurs parents, hommes rencontrés dans les bars et lors de manifestations sportives, sur les lieux de travail et dans les syndicats. (Entretien de Dean Peacock avec les membres du MAP Steven Ngobeni, Malibongwe Puzi, Boitshepo Lesetedi, Gertie Mbhalata et Patrick Godana en novembre 2001).

Les programmes impliquant des femmes, y compris mariées, doivent recevoir un appui continu. Si les femmes sont vulnérables, elles ne sont pas démunies pour autant. Les programmes qui visent à renforcer l'autonomie des femmes fonctionnent et permettent de mieux cibler leurs besoins. L'exemple de l'ICW présenté plus haut en est un exemple.

Les programmes qui travaillent avec des hommes et des femmes sont importants, mais les femmes et les filles sont souvent gênées de parler des questions de santé sexuelle devant les hommes (Shah, Kambou, et Monahan 1999).

Stepping Stones Gambie a lancé un programme avec les hommes et les femmes de la communauté, séparés en différents groupes afin d'élaborer leurs propres solutions en matière de prévention du VIH. C'est le seul forum où les questions sexuelles peuvent être abordées relativement librement. Il importait que les groupes travaillent sur le même exercice pour éviter que les hommes ne soupçonnent les animateurs de mener un exercice sur le contrôle des naissances avec les femmes. Les débats culminent dans l'atelier communautaire final, où chaque groupe de pairs formule une « demande spéciale » à l'assemblée devant tout le village réuni, participants et non participants compris (voir la Boîte à outils).

Si les approches sensibles à la dimension du genre sont un bon point de départ, l'autonomisation des femmes est un objectif primordial et un moyen de contrer véritablement l'expansion du VIH/SIDA. Cependant, dans la plupart des sociétés, les femmes indépendantes suscitent la méfiance et sont marginalisées au sein de leurs propres communautés. Seule la transformation des rapports sociaux de sexe à tous les niveaux de la société permettra aux hommes et aux femmes d'avoir de saines (et heureuses) relations.

4.2 Institutionnaliser le genre et le VIH/SIDA

Bien que reconnues, l'inégalité de pouvoir entre les institutions (y compris les institutions de développement) et le public qu'elles « ciblent » sont rarement combattues. Pour que les approches du VIH/SIDA et du genre soient réellement autonomisantes et transformatrices, les institutions de développement doivent reconsidérer leurs propres pratiques et les programmes qu'elles soutiennent.

Pour l'intégration transversale du genre et/ou des approches en matière de VIH/SIDA, des mécanismes internes et externes sont nécessaires à différents niveaux, pour garantir le changement. De nombreux individus et organisations cherchent à intégrer le genre et/ou le VIH/SIDA au niveau d'une politique, d'un programme ou d'un projet, sans avoir toujours les savoir-faire et les outils de planification nécessaires. L'utilisation d'outils d'intégration transversale du genre comme l'analyse sexospécifique et la planification en terme de genre doit se fonder sur un engagement politique et personnel envers un principe de justice sociale, englobant l'équité sexuelle.

L'intégration interne du genre et du VIH/SIDA garantit la mise en place de politiques et de programmes pertinents au sein de l'organisation. Les politiques inscrivent les objectifs de l'équité sexuelle et l'engagement à lutter contre le VIH/SIDA dans les principes, la philosophie et les rouages institutionnels de l'organisation. L'intégration externe se concentre sur l'intégration du genre et du VIH/SIDA au rang des priorités de l'organisation. Elle passe par l'identification des principaux problèmes qui ont un impact sur le genre et le VIH/SIDA. Ces questions sont ensuite traitées au travers du plaidoyer, de l'offre de services, de la recherche, du renforcement des capacités et de la sensibilisation.

L'ONUSIDA (Whelan 1999) a commissionné une étude sur la façon dont diverses organisations abordent les problèmes du genre et du VIH. Celle-ci a révélé une compréhension étroite des complexités et des défis de la problématique hommes-femmes au sein des institutions. Ce manque de compréhension limite la capacité des programmes à aborder la dimension du genre dans les interventions visant à réduire les vulnérabilités. L'engagement en faveur de l'égalité des sexes, le choix d'une approche participative en vue d'établir des mécanismes capables d'aborder les sexospécificités, et l'incorporation du genre dans tous les programmes n'allaient pas de soi. Les outils d'analyse selon le genre qui auraient pu servir aux équipes de mise en œuvre faisaient défaut, de même que des indicateurs spécifiques qui auraient pu permettre de mesurer la réduction des inégalités hommes-femmes, en termes de vulnérabilité au VIH (Whelan 1999). Des outils ont depuis été élaborés par diverses organisations engagées sur le terrain de la problématique hommes-femmes, des droits sexuels et reproductifs et du VIH/SIDA (voir la Boîte à outils).

S'il convient d'insister davantage sur l'intégration transversale du genre dans les approches en matière de VIH/SIDA, le VIH/SIDA ne doit pas être réduit à une simple question sanitaire, ni traité comme une question de développement séparée. Les programmes de développement doivent avoir une approche sexospécifique du VIH/SIDA.

Les Nations Unies – de l'indifférence au genre à l'action soucieuse de l'égalité des sexes

En tant que chef de file international de la lutte contre la pandémie, l'ONU a reconnu le lien entre les inégalités sexuelles et le VIH/SIDA. Créé en 1996, l'ONUSIDA conseille les acteurs locaux, nationaux et internationaux sur les réponses qui semblent les mieux appropriées face au VIH/SIDA. Mais l'ONUSIDA est-elle en mesure d'adapter cette réponse aux exigences de la problématique hommes-femmes ? D'intégrer le souci de l'égalité des sexes dans l'ensemble de ses réponses ? Dans quelle mesure l'ONUSIDA remplit-elle ces exigences dans son travail ? L'organisation a produit diverses ressources consacrées au VIH/SIDA et à la problématique hommes-femmes, dont des documents techniques et des recueils de meilleures pratiques. Les meilleures pratiques mettent l'accent sur l'apprentissage, la réflexion et l'analyse des succès, des échecs et de leurs raisons. Cinq critères sont utilisés pour identifier les points forts et les faiblesses, décrire les enseignements tirés et ce qui a fait le succès d'une politique, d'un projet ou d'un programme. Dans leur détail, les critères n'abordent pas la dimension du genre et ne permettent pas d'évaluer ce qui marche ou ne marche pas du point de vue des sexospécificités. Si des projets spécifiques sont mis en relief en tant que meilleures pratiques sexospécifiques, d'autres projets et programmes qualifiés de bonnes pratiques pourraient théoriquement aggraver sans le vouloir les inégalités entre les sexes, ou au mieux ne pas faire de mal.

Le premier document de l'ONUSIDA consacré au genre et au SIDA et publié en 1998 dégage 7 étapes fondamentales vers la promotion d'une approche « sexosensible » du VIH/SIDA :

- Sensibiliser à la notion de genre.
- Promouvoir les technologies de prévention.
- Concevoir de nouvelles technologies.
- Étendre l'offre de services consacrée au VIH et aux IST.
- Réduire les facteurs de risque des deux sexes.
- Réduire l'impact des facteurs sexospécifiques sur les populations qui vivent avec le VIH.
- Partager équitablement les responsabilités en matière de soins.

(ONUSIDA, 1998b)

Bien que ce soit un bon début, cette approche ne répondait pas au problème de fond, l'oppression des femmes et les discriminations sexuelles, et n'a pas vraiment cherché à dépasser le status quo en matière de genre. De plus, les étapes se focalisent beaucoup sur ce qu'il faut faire sans définir comment.

Le dernier document technique, produit en 2001, va plus loin que l'approche sensible à la dimension du genre de 1998, et suggère différents moyens d'aborder le genre et le VIH/SIDA, notamment :

- Mettre l'accent sur le rôle des femmes et les organisations de femmes dans l'élaboration, la programmation et la mise en œuvre des politiques en matière de VIH/SIDA, à tous les échelons de gouvernement.
- Autonomiser les hommes et les femmes en accord avec la plateforme pour l'action de Beijing.
- Défendre les droits des femmes en tant que droits humains fondamentaux et revendiquer des changements structurels, dont la transformation des normes et pratiques sociales qui ne respectent pas ces droits.

En dépit d'améliorations par rapport au document initial, ces suggestions, bien que touchant à la nécessité d'autonomiser les hommes et les femmes et de transformer les normes sociales, tombent à plat, faute d'indiquer aux organisations les procédures de mise en œuvre de leurs recommandations. Il est manifeste que si l'ONUSIDA a inscrit le genre dans ses politiques, ce thème n'est pas intégré dans l'ensemble de l'organisation elle-même, ni dans l'ensemble de ses programmes et projets.

L'UNIFEM a récemment défini un cadre de coopération avec l'ONUSIDA, qui a permis de renforcer la coopération inter-organisations. Ainsi, dans la région de l'Est, du centre et de la corne de l'Afrique (ECHA), l'UNIFEM/ONUSIDA et l'Autorité régionale intergouvernementale de développement (Intergovernmental Authority on Development - IGAD) ont abrité conjointement une conférence régionale sur le genre, le VIH et le sida pour 10 pays de la région. Le document qui en est résulté, la « Déclaration de Kampala sur le genre, le VIH et le sida » offre un cadre pour aborder les objectifs de l'autonomisation des femmes et de l'égalité des sexes dans le contexte de prévalence du VIH/SIDA, ainsi qu'un document de stratégie pour guider la région dans les deux années à venir (UNIFEM, à paraître).

Les Nations Unies et les agences bilatérales sont certes des acteurs majeurs, mais il est vital de réserver à la société civile le soin de définir un agenda respectueux des sexospécificités, de mobiliser et de renforcer les capacités d'action. Il n'existe pas, à présent, de mouvement social militant sur le thème du VIH/SIDA et des questions qui y sont liées. Si l'on trouve des réseaux internationaux (tels l'ICW, représentant les femmes qui vivent avec le VIH/SIDA, ou le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO)), qui font du bon travail, l'objectif de transformation gagnerait à ce que d'autres acteurs et mouvements fondamentaux les rejoignent. Dans le monde entier, des groupes d'individus et des organisations comme DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era [Pour un développement alternatif associant les femmes]) et le forum social mondial, traitent de questions essentielles, qui affectent et sont elles-mêmes affectées par la pandémie du VIH/SIDA. Le défi consiste à relier les secteurs, développer les échanges et renforcer les réseaux et la solidarité.

OXFAM : Programme conjoint d'Oxfam sur le VIH/SIDA (JOHAP)

Le programme JOHAP (Joint Oxfam HIV/AIDS Programme) a été mis sur pied en 1998 comme l'un des premiers projets menés conjointement en Afrique du Sud par Novib (Oxfam Pays-Bas), Oxfam Canada et Oxfam Community Aid Abroad (Programme Oxfam d'aide aux communautés à l'étranger, Australie). À l'échelle du monde, Oxfam a une longue tradition d'intervention sur les questions relatives au genre. Le programme est bâti sur les principes des droits humains, assortis d'une composante genre. Un des défis majeurs est d'intégrer le genre à tous les niveaux de la chaîne d'assistance. Si, en tant que bailleur de fonds, Oxfam s'engage sur le front de l'intégration transversale du genre, ses partenaires n'ont pas forcément les capacités techniques d'intégrer le genre dans l'ensemble de leur organisation.

Par le dialogue et le financement, le programme JOHAP a aidé les organisations partenaires à incorporer une approche de la problématique hommes-femmes et du VIH/SIDA dans l'ensemble de leur travail. La première étape vers l'élaboration de programmes autonomisants et transformateurs est d'accroître la sensibilité des organisations partenaires à la dimension du genre. Le programme JOHAP a su, notamment, :

- Penser, discuter, débattre et analyser l'interface entre genre et SIDA, à une époque où l'on discourait beaucoup sur cette interface mais où peu d'organisations essayaient réellement de la mettre en pratique.
- Participer à la mise sur pied du forum Genre et SIDA, qui cherche à rapprocher les organisations qui travaillent respectivement dans les domaines du genre et du sida pour débattre des problèmes et concevoir des réponses appropriées.
- Renforcer les capacités des organisations partenaires désireuses de travailler plus efficacement sur les thèmes du genre et du VIH/SIDA, en fournissant, par exemple, des listes de contrôle en vue d'intégrer le genre dans tous les processus programmatiques et organisationnels, et aider à regrouper les propositions de financement et mettre en œuvre des systèmes de contrôle.

(Communication personnelle avec Dawn Cavanagh (ex-JOHAP), Denise Parmentier (NOVIB), Kate Simpson (OCAA), Tallis, étude en cours, Lee et Kroon 2001)

Les praticiens du développement doivent questionner leurs propres préjugés sur le VIH et leur facteur de risque face au virus, de façon à briser la barrière artificielle entre « experts » et « populations à risque ». Au cours d'un panel en marge de la 14^e conférence internationale sur le sida, à Barcelone (2002), qui a réuni les représentants de l'UNIFEM, de l'Organisation internationale du travail (OIT) et un membre de la communauté pour débattre du problème du VIH/SIDA dans le monde du travail, un participant a déclaré que « le VIH est aujourd'hui la première cause de mortalité parmi les travailleurs de l'ONU, dans le monde entier ». Les agences de développement doivent se demander si elles font

bien tout ce qui est en leur pouvoir en matière de prévention des risques pour leurs propres personnels.

Kate Butcher (consultante) a découvert au cours d'un atelier d'intégration du VIH/SIDA au Népal, que les travailleurs du développement d'origine britannique considèrent plus souvent le VIH comme quelque chose d'impersonnel que leurs compatriotes insulaires. Cette attitude est très bien masquée par le langage du développement et du politiquement correct qui voile l'absence de véritable réponse et évite d'aborder la question du VIH/SIDA pour soi-même (voir la Boîte à outils). L'atelier a également montré que les travailleurs en développement considèrent que certaines personnes sont plus « dignes » de traitement que d'autres. Ce faisant, ils peuvent trouver plus facile d'écouter les voix des mères infectées par leurs partenaires que celles des travailleurs sexuels ou les toxicomanes par injection. L'atelier a permis aux participants d'explorer les implications que pouvait avoir le VIH, sur les plans personnels et professionnels. Ce travail aide à briser la barrière entre le « eux » et le « nous » (Butcher et Welbourn 2001).

4.2.1 Des approches sur plusieurs fronts

La nature complexe et l'ampleur de la pandémie du VIH/SIDA exigent une réponse coordonnée à tous les niveaux, multi-aspectuelle et multisectorielle. Une réponse coordonnée implique des acteurs de différents horizons : ONG locales et internationales, agences gouvernementales, instituts universitaires... Cependant, ces approches doivent comporter des objectifs d'autonomisation et de transformation.

L'analyse de l'évolution de la pandémie et de la réponse mondiale présentée dans ce rapport expose un ensemble de problèmes auxquels diverses parties prenantes doivent répondre à différents niveaux. La responsabilité de ces actions doit incomber à diverses agences en fonction :

- du niveau - local, national, mondial - auquel une institution opère.
- de l'activité principale de l'organisation (renforcement des capacités, offre de services, plaidoyer ou recherche) .
- du secteur ou du thème d'intervention principal de l'organisation, comme le développement, le travail, ou le milieu rural ou urbain.
- des priorités de financement.

Peu d'ONG ont les moyens de mener une approche sur plusieurs fronts, mais il importe de suivre le travail mené dans la région ciblée, pour éviter tout recoupement des efforts ou conflit des méthodes et des objectifs.

La réponse au VIH/SIDA doit se faire à différents niveaux, et se placer simultanément aux niveaux local, national et international. Chaque niveau contribue de manière unique à la réponse globale. Il importe que les différents niveaux soient reliés et s'engagent réciproquement mais aussi de veiller à ce que l'agenda ne soit pas fixé de haut en bas.

Le fonds de développement des Nations unies pour les femmes (UNIFEM) a récemment lancé un programme multi-niveaux de trois ans, en vue de renforcer les capacités nationales à évaluer les lois et les politiques en matière de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH/SIDA, et d'identifier les points de révision pour progresser vers l'égalité des sexes. L'UNIFEM travaille avec les Conseils nationaux sur le sida et les principaux responsables politiques en vue de les éclairer sur l'impact du VIH/SIDA sur les femmes. Le travail au niveau communautaire met l'accent sur l'égalité entre hommes et femmes. Le programme couvre 10 pays (Kenya, Nigéria, Sénégal, Zimbabwe, Rwanda, Inde, Cambodge, Thaïlande, les Barbades, Brésil (www.unifem.undp.org/hiv_aids/)).

Les stratégies en matière de VIH/SIDA au niveau des programmes sont multi-aspectuelles, intégrant la provision de services, le renforcement des capacités, le plaidoyer et la recherche. Chacune de ces quatre stratégies doit répondre aux besoins fondamentaux des hommes, des femmes et des enfants, ainsi qu'aux besoins concrets et aux intérêts stratégiques des femmes. Il est primordial d'aborder le contexte d'inégalités qui favorise l'épidémie, ainsi que les aspects spécifiques au VIH, comme les traitements.

Provisions de services : si de nombreuses organisations sont engagées dans la provision de services en matière de prévention, de soins aux malades et de traitement du VIH/SIDA, certains fournisseurs de services conçoivent des stratégies pour mieux prendre en compte la dimension du genre dans leur travail ou, tout du moins, répondre aux besoins concrets des femmes. En donnant la priorité à l'offre de services, on ne doit pas se limiter aux services de santé ; mais pour une véritable intégration transversale du genre, d'autres secteurs – l'éducation ou les services aux entreprises, par exemple – doivent comporter des stratégies de réponse aux inégalités sexuelles et au VIH/SIDA dans leur offre de services.

Renforcement des capacités : souvent employé dans le sens de « formation », le renforcement des capacités s'étend ici aux institutions et aux individus. Le renforcement des capacités désigne un processus d'autonomisation basé sur les principes de l'apprentissage empirique, et englobe le renforcement des savoir-faire, le conseil et le soutien, comme l'illustre le travail de l'ICW. Les études citées dans ce panorama témoignent d'un manque de compréhension générale de la façon dont le genre conditionne le bien-être des gens et dont on peut introduire le genre dans les programmes, illustrant le besoin de formations, d'outils et de guides en matière de sexospécificités.

Il est vital de renforcer les savoir-faire en vue d'améliorer la communication inter-personnelle. Il importe d'améliorer l'accès aux informations en matière de santé sexuelle, mais cet objectif ne tient pas compte des obstacles rencontrés par les femmes et les filles lorsqu'il s'agit d'appliquer ce savoir dans leurs relations. Le travail en groupe a été utilisé pour lancer des discussions et une réflexion sur les rôles et les relations sexospécifiques, bousculant souvent les croyances et les comportements du plus grand nombre, et renforçant les savoir-faire en vue d'améliorer la communication entre partenaires. Les efforts d'éducation par les pairs de PROMUNDO en sont un bon exemple, comme le travail mené par Kate Butcher pour le DFID, au Royaume-Uni.

Plaidoyer : il est vital de plaider pour une formulation des politiques, une définition des programmes de recherche et une répartition des ressources qui tiennent compte des besoins et des intérêts différenciés des hommes et des femmes. La sensibilisation aux différences liées au sexe, à l'âge, à l'appartenance ethnique, au milieu social, aux capacités physiques et à la sexualité aident à lutter contre la marginalisation.

Recherche : Il existe une quantité phénoménale d'études sur le VIH/SIDA – axées sur les besoins des gens, les facteurs d'expansion, l'impact du virus et des programmes. La priorité traditionnellement accordée aux hommes a souvent éclipsé les femmes dans les recherches, et notamment les femmes séropositives.

Approches multi-aspectuelles : Transmission mère-enfant (TME) - Programme Plus

Ce programme, lancé en Afrique et en Asie par l'Université de Colombie (USA), en 2002, tente de dépasser les objectifs de prévention du virus chez les enfants. Introduit grâce aux efforts de **plaidoyer** d'organisations de femmes et de lutte contre le sida, ce programme entend redonner sa place à la "mère" dans les programmes de TME et propose des services holistiques aux femmes enceintes, séropositives ou non. Il encourage également la participation des partenaires masculins aux différentes étapes. Il importera, dans ce programme, de renforcer les **capacités** du personnel de santé, afin d'aborder les divers éléments du programme et améliorer l'**offre de soins**.

Le diagramme suivant présente les principaux points d'intervention en vue de réorienter les programmes de TME.

(Adapté de : communication personnelle avec Karim Quarraisha Abdool, 2002)

Le VIH/SIDA est aujourd'hui largement reconnu comme un problème de développement et de droits humains. Les réponses strictement sanitaires n'ont pas su endiguer la pandémie du VIH/SIDA. Une réponse **multisectorielle** ou élargie est nécessaire. Il s'agit de planifier des interventions sur le thème

du VIH/SIDA dans toutes les actions en développement, au niveau institutionnel et programmatique. Le tandem coordination-communication constitue un élément vital – et souvent un point faible de l'intervention aux niveaux local, national et autre – de l'approche multisectorielle. Il existe peu d'exemples d'action multisectorielle coordonnée, intégrant une approche sexospécifique du VIH/SIDA, mais on trouve cependant de bons exemples d'interventions sur le thème du genre et du VIH/SIDA, par d'autres secteurs que le secteur de santé.

Aspects fondamentaux d'une réponse multisectorielle au VIH/SIDA :

- Envisager le VIH/SIDA et ses implications dans tous les domaines d'élaboration des politiques.
- Impliquer tous les secteurs dans l'élaboration d'un cadre de réponse aux niveaux épidémique, international, régional, national, sous-national et communautaire.
- Identifier les avantages et les rôles comparatifs de chaque secteur pour mettre en œuvre la réponse, et dans quels cas les secteurs doivent intervenir ensemble ou individuellement.
- Encourager chaque secteur à s'interroger sur l'impact qu'il peut avoir sur la pandémie et réciproquement, et concevoir des plans d'action sectoriels.
- Élaborer des partenariats au sein des gouvernements entre ministères responsables de différents secteurs, et entre les secteurs publics et privés et la société civile.

(Secrétariat du Commonwealth 2002 : 55)

Intégrer le genre d'un bout à l'autre d'une approche multisectorielle

- Renforcer les capacités pour une meilleure formation des professionnels et des personnels clés aux niveaux national et local en termes de sensibilisation au genre et d'analyse sexospécifique (par, notamment, l'élaboration de matériels de formation adaptés au contexte local, les formations de formateurs, et l'allocation de temps et de moyens).
- Établir dans chaque secteur des processus systémiques pour contrôler l'élaboration, l'application, le suivi et l'évaluation du programme, en prenant en compte les besoins, les intérêts et les contributions des hommes et des femmes.
- Améliorer les capacités de collecte, d'analyse et d'exploitation des données ventilées par sexe.

(Secrétariat du Commonwealth 2002 : 59)

Comme il a été mentionné plus haut, de nombreuses ONG n'ont pas les moyens et l'influence nécessaires pour agir dans plusieurs secteurs à la fois. Elles peuvent cependant introduire une approche sexospécifique du VIH/SIDA dans leur travail sur différents secteurs et problèmes.

Relier les initiatives touchant aux micro-entreprises à la prévention du VIH en Afrique du Sud

Cette initiative a pour objet de définir et d'évaluer une stratégie de prévention du VIH/SIDA qui réponde explicitement aux facteurs structurels qui favorisent l'expansion de la pandémie, comme la pauvreté, la violence sexospécifique et les inégalités entre les sexes. Ce programme se propose d'introduire et d'intégrer de façon transversale les efforts de sensibilisation au genre et d'éducation en matière de VIH dans une initiative de micro-entreprises existante. Ce programme est un effort collaboratif entre des ONG du secteur (Small Enterprise Foundation (Fondation pour la petite entreprise) et Agisanang Domestic Abuse Prevention and Training (ADAPT – Projet de formation et de prévention en matière de violence domestique d'Agisanang)), des institutions du Nord et du Sud (la London School of Hygiene and Tropical Medicine (École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres) et l'université du Witwatersrand), et le gouvernement national (Ministère sud-africain de la santé) (Kim, Dr. J., courriel : Jkim@soft.co.za).

Le secteur juridique en Ouganda

L'Agence pour la coopération et la recherche en développement (ACORD) a élaboré une stratégie d'autonomisation visant à donner aux femmes les moyens de remettre en cause les traditions et structures patriarcales de leur société et, ce faisant, de se protéger contre le risque de contracter le VIH/SIDA. L'agence a travaillé de concert avec l'Association des femmes juristes ougandaises (Association of Uganda Women Lawyers) pour mettre sur pied un projet d'éducation juridique. Un processus parallèle de remise en cause des relations de pouvoir traditionnelles au sein du foyer, et de négociation de rapports protégés, a également été mis en œuvre. (Hadjipateras, Angela, courriel : angelah@acord.org.uk)

5. Conclusions et Recommandations

La pandémie du VIH et du SIDA deviennent de plus en plus complexes avec le temps. Les années 1990 ont vu un décalage inquiétant entre la croissance rapide de la pandémie du VIH/SIDA et celle, beaucoup plus lente, des efforts nationaux et internationaux. Cette tendance s'est prolongée jusque dans les années 2000. Si l'épidémie a marqué le pas dans certains pays grâce, en partie, aux programmes de prévention, des analyses à plus grande échelle suggèrent que l'épidémie ne régresse pas mais se déplace pour atteindre des populations nouvelles et vulnérables. On s'intéresse désormais aussi à des populations théoriquement moins susceptibles d'avoir des comportements à risque, comme les femmes mariées.

On admet de plus en plus que l'égalité des sexes fait partie de l'objectif mondial commun. Un niveau croissant d'engagement, d'expérience et de moyens est aujourd'hui mis au service de cet objectif de transformation et l'on dispose de connaissances suffisantes pour forger un agenda commun capable de soutenir cet objectif. L'accès à ces connaissances, comme l'élaboration d'outils et le développement de savoir-faire, doit être élargi à toutes les parties prenantes, à tous les niveaux et dans tous les secteurs. Comme l'atteste la *Boîte à outils* de ce kit, il ne manque pas, à l'heure actuelle, d'excellents guides et outils.

Quantités de réponse ont été apportées au niveau local, national et international, au cours de la dernière décennie. Si l'engagement à traiter les dimensions sexospécifiques du VIH/SIDA va croissant, l'action en termes de politiques et de pratiques reste à développer. L'efficacité de la réponse dépendra de la capacité à traiter les nombreuses inégalités qui favorisent l'épidémie.

Égalité des sexes – défis majeurs :

Utiliser un cadre de droits humains intégrant la dimension du genre :

Diverses conventions et déclarations offrent des cadres utiles pour l'action, qui mettent fortement l'accent sur les droits sexuels et reproductifs, et sur les droits sociaux, économiques et politiques. Sur la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), l'UNIFEM a produit une brochure très utile : 'Turning the tide: CEDAW and the gender dimensions of the HIV/AIDS Pandemic' (Inverser la tendance : la CEDAW et les aspects sexospécifiques de la pandémie du VIH/SIDA) qui dégagent les aspects de la CEDAW qui traitent du VIH/SIDA (se reporter à la section 2 pour un bref aperçu).

Les recommandations spécifiques de la Déclaration des droits de Barcelone incluent, entre autres droits :

- L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, et le droit d'avorter sans risque ni coercition.
- L'accès à des technologies de prévention à des coûts abordables et faciles d'utilisation, comme les préservatifs féminins et les microbiocides, associées à des formations de renforcement des capacités de négociation et d'utilisation.
- Le droit de dévoiler son statut sérologique en toute sécurité, sans risquer de subir diverses formes de violence, d'ostracisme et de discrimination.
- Le droit de vivre sa sexualité en toute sécurité et le droit au plaisir, quel que soit son âge, son statut sérologique ou son orientation sexuelle.
- Le droit de choisir d'être mère et d'avoir des enfants, quel que soit son statut sérologique ou son orientation sexuelle.
- L'équité sexuelle en termes d'accès à l'éducation et l'éducation pour tous, tout au long de la vie.
- L'indépendance économique liée par exemple au droit de posséder et d'hériter, ou d'accéder à des moyens financiers.
- La liberté de circuler et de voyager quel que soit son statut sérologique.

(Voir la liste complète des recommandations dans la Boîte à outils).

Les politiques et programmes en termes de VIH/SIDA doivent être informés par les situations réelles, diverses et complexes, des femmes, des hommes et des enfants :

- Les personnes les plus touchées par un thème du développement doivent être impliquées d'un bout à l'autre au processus d'isolation du problème et d'inventaire des solutions. Les initiatives en développement doivent par conséquent partir de leurs priorités.
- Impliquer les femmes et les hommes vivant avec le VIH et les population les plus vulnérables à tous les niveaux des politiques, de la planification et des programmes. Pour ce faire, il conviendra probablement de renforcer leurs capacités, par des formations techniques, notamment (voir dans la Boîte à outils, les 12 points de la déclaration de l'ICW sur l'amélioration de la situation des femmes vivant avec le VIH et le sida dans le monde entier).
- Admettre sans ostracisme la sexualité des jeunes, des femmes, des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des lesbiennes, des bisexuels et des transgenres, des personnes âgées ou handicapées.
- Être à l'écoute des préoccupations et de l'expérience vécue des femmes et des hommes qui vivent avec le VIH/SIDA et les populations les plus vulnérables, et les aider à accéder à des forums d'expression. Cet effort contribuera à combattre la stigmatisation, les tabous, la culpabilisation et les attitudes de rejet associés au VIH/SIDA.
- Les études, tant dans le domaine social que scientifique, doivent impliquer des participants des deux sexes et les chercheurs doivent être capables de reconnaître et d'analyser l'influence des inégalités et des différences sexospécifiques.

Changer ou transformer le rapport de forces inégal entre hommes et femmes afin de créer une situation d'égalité et de moindre vulnérabilité pour les deux sexes :

- Reconnaître que si l'autonomisation des femmes est un objectif important des interventions sur le thème du VIH/SIDA, il ne peut y avoir d'autonomisation complète sans une transformation des relations entre les sexes.
- Impliquer les hommes dans des interventions sur le thème du VIH/SIDA qui cherchent à bousculer l'état de choses, car on ne peut espérer transformer les relations de genre sans leur participation, et les rôles et obligations socialement prescrits aux hommes les mettent eux aussi en danger.
- Veiller à ce que les interventions impliquant des hommes ne compromettent pas les droits des femmes, ni ne confirment les stéréotypes ou ne se substituent à un travail avec des femmes.
- Travailler uniquement avec les femmes est une bonne chose mais ne permettra pas forcément de transformer les rapports sociaux de sexe qui limitent leurs droits.
- Si les programmes de lutte contre le VIH/SIDA peuvent impliquer des hommes et des femmes, les facteurs qui limitent la capacité des femmes à participer aux débats et aux décisions sur un pied d'égalité doivent être pris en compte.
- Les femmes et les filles doivent aussi se demander si elles ne contribuent pas à perpétuer les constructions négatives de la masculinité.
- Les technologies de traitement et de prévention doivent s'accompagner de stratégies tenant compte des obstacles sexospécifiques à l'utilisation de ces méthodes. Elles ne peuvent, à elles seules, résoudre les inégalités de pouvoir entre les sexes, responsables de la violation des droits sexuels et reproductifs des femmes.

Élaborer une réponse coordonnée au VIH/SIDA à tous les niveaux, multi-aspectuelle, multisectorielle et institutionnalisée :

- Reconnaître que tous les secteurs et programmes de développement doivent prendre en compte les problématiques du genre et du VIH/SIDA, et qu'elles concernent tous les secteurs.
- Même si les programmes n'ont pas toujours les moyens d'agir sur plusieurs fronts, ils doivent se prononcer en faveur d'une réponse coordonnée à la fois autonomisante et transformatrice.
- Les programmes de développement doivent mener une intégration systématique du genre mais aussi aborder le VIH/SIDA sous l'angle des sexospécificités.
- Si les gouvernements du monde entier et les agences des Nations Unies jouent un rôle important dans la réduction des inégalités sexuelles qui favorisent l'expansion du VIH/SIDA, il appartient aux acteurs de la société civile de définir les priorités sur le front de l'égalité des sexes.
- Les réseaux d'organisations et de personnes qui travaillent sur le VIH/SIDA et la problématique hommes-femmes doivent être soutenus et renforcés.

- Les alliances entre le secteur privé, la société civile et les gouvernements contribueront à l'éclosion d'une approche coordonnée multisectorielle, multi-aspectuelle et conduite à tous les niveaux (se reporter à la section 4.2.1 pour des recommandations plus spécifiques du Secrétariat du Commonwealth).
- Les professionnels du développement sont aussi touchés par le VIH/SIDA et ont leurs propres vulnérabilités et préjugés. Il faut briser le clivage du « eux » et « nous » dans la désignation des populations touchées par le VIH/SIDA ou qui participent à l'expansion de la pandémie.

Il nous appartient, par l'action collective à tous les niveaux, du local au national, de traduire ces défis en actions coordonnées.

6. Références

Abdool-Karim, Q., 'Women and AIDS. The imperative for a gendered prognosis and prevention policy' (Les femmes et le SIDA. Perspective de genre et politique de prévention : un besoin urgent), *Agenda* N° 39, 1998

Aggleton, P. et Parker, R., « Cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida », *Collection Meilleures pratiques*, ONUSIDA, Genève, 2002
www.unaids.org/publications/documents/human/JC781-ConceptFramew-E.pdf

Akerkar, S., "Panorama Genre et participation", *Kit Actu' (Cutting Edge Pack)*, BRIDGE, Institute of Development Studies, Brighton, 2001
<http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/cep-part-sumfrw2.doc>

Altman, Dennis, Exposé dans le cadre de la 14^e Conférence Internationale sur le VIH-SIDA, juillet 2002

Anderson, Jean (ed), *A Guide to the Clinical Care of HIV+ Women (Guide des soins cliniques du VIH)*, Womenscare, Rockville, 2000

Baden, Sally, assistée de Wach, Heike, 'Gender, HIV/AIDS transmission and impacts: a review of issues and evidence' (Transmission et impact du VIH/SIDA et perspective de genre : où en est-on ?), *BRIDGE Report* No 47, Institute of Development Studies, Brighton, 1999
www.ids.ac.uk/bridge/Reports/R47%20Gender%20Aids%20c.doc

Barker, Gary, à paraître, 'Cool your head, man' (« Du calme, mec ! ») Résultats d'une initiative d'action-recherche en vue d'engager de jeunes hommes dans la prévention des violences sexospécifiques dans les *favelas* de Rio de Janeiro, Brésil, Instituto PROMUNDO' in A., Welbourn et A., Cornwall (eds)

--, « Les hommes peuvent-ils changer? Peut-on mesurer ce changement ? », *En Bref* N° 11, BRIDGE, Institute of Development Studies, Brighton, 2002

Baylies, Carolyn, 'Perspectives on gender and AIDS in Africa' (Genre et VIH-SIDA en Afrique : perspectives), in Baylies, Carolyn, Janet Bujra et le Gender and Aids Group, 2000

Baylies, Carolyn, Bujra, Janet et le Gender and Aids Group, *AIDS, Sexuality and Gender in Africa: collective strategies and struggles in Tanzania and Zambia* (SIDA, genre et sexualité en Afrique : stratégies et luttes collectives en Tanzanie et en Zambie), Routledge, Londres et New York, 2000

Baylis, Carolyn et Bujra, Janet, 'Discourses in power and empowerment in the fight against HIV/AIDS in Africa' (Discours du pouvoir et de l'autonomisation dans la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique), in P., Aggleton, P., Davis et G., Hart (eds), *AIDS. Safety, Sexuality and Risk*, Taylor and Francis, Londres, 1995

Bennell, Paul, Hyde, Karin et Swainson, Nicola, *The Impact of the HIV/AIDS Epidemic on the Education Sector in Sub-Saharan Africa (Impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation dans l'Afrique subsaharienne)*, Centre for International Education, University of Sussex Institute of Education, Brighton, 2002

Bennett, Olivia, *Panos Dossier: Triple Jeopardy: Women and AIDS (Dossier Panos : Femmes et Sida, le triple péril)*, Panos Institute, Londres, 1990
www.aegis.com/pubs/panos/1990/Triple_Jeopardy_Women_and_AIDS.asp

Bujra, Janet, 'Masculinity and AIDS: discourse and activism in Africa' (Masculinité et SIDA : discours et mobilisation en Afrique), document non publié, 1999

Butcher, Kate et Welbourn, Alice, 'Danger and opportunity: responding to HIV with vision' (Danger et opportunités : une vision contre le SIDA), *Gender and Development*, Vol 9 N°2, 2001

CAFOD - Site web de l'Organisation catholique pour le développement outre-mer (CAFOD), 'HIV Prevention, Condoms and Catholic Ethics' (Prévention du VIH, préservatifs et morale catholique), CAFOD, Londres, 2001
www.CAFOD.org.uk/hivaids/

Cagatay, N., 'Gender and poverty' (Genre et pauvreté), *Working Paper Series* No 5, Division pour l'élimination de la pauvreté et le développement social du PNUD, New York, 1998
www.undp.org/poverty/publications/wkpaper/wp5/wp5-nilufer.PDF

Cavanagh, D. et Tallis, V., ICW Advocacy Workshop Report (Rapport sur l'atelier de plaidoyer de la Communauté internationale des femmes vivant avec le Sida (ICW)) , 2001

Cohen, D. et Reid E., 'The vulnerability of women: Is this a useful construct for policy and programming?' (Vulnérabilité des femmes : un concept utile pour les politiques et les programmes), *Issues Paper* N° 28, programme du PNUD sur le développement et le VIH, New York, 1999

Collins, J. et Rau, B., 'AIDS in the context of development' (Le Sida dans le contexte du développement), *Paper* No 4, Programme de politique sociale et de développement de l'UNRISD (Institut de recherches sur le développement social des Nations unies), UNRISD/ONUSIDA, Genève, 2000
www.unrisd.org/published/_pp/_spd/_collins/content.htm

Cook, R. J., 'International Human Rights and Women's Reproductive Health' (Droits humains internationaux et santé reproductive des femmes) in J. Peters et A. Wolpe (eds), *Women's Rights, Human Rights: international feminist perspectives*, Routledge, Londres, 1995

Communications Initiative (The), site web, 'Tarisai's story: as narrated to Sunanda Ray of SAfAIDS by Tarisai' (L'histoire de Tarisai, telle qu'elle l'a elle-même racontée à Sunanda Ray de SAfAIDS), The Communications Initiative, Victoria, 2002
www.comminit.com/Commentary/sld-4989.html

Cornwall, Andrea et Welbourn, Alice, à paraître, *Realizing Rights: transforming approaches to sexual and reproductive well-being (Faire respecter les droits : transformer les approches en matière de bien-être sexuel et reproductif)*, Zed Press, Londres

Crewe, Mary, exposé présenté lors de la 14^e conférence internationale sur le sida, Barcelone , juillet 2002

DAW, OMS, ONUSIDA, 'The HIV/AIDS pandemic and it's gender implications' (La pandémie du VIH/SIDA et ses implications en terme de genre), rapport de la réunion du groupe d'experts, DAW & Department of Economic and Social Affairs, 17 novembre 2000

Desmond, C., Michael, K. et Gow, G., 'The hidden battle: HIV/AIDS in the household and community' (Le combat invisible : le VIH/SIDA dans les foyers et les communautés), *South African Journal of International Affairs*, Vol 7 No 2, 2000

Doyal, L., 'HIV and AIDS: putting women on the global agenda' (VIH/SIDA : inscrire les femmes dans les priorités mondiales), in L. Doyal , J. Naidoo et T. Wilton (eds), *AIDS: Setting a Feminist Agenda*, Taylor and Francis, Londres, 1994

Liste de diffusion GENDER-AIDS, Health & Development Networks (Réseaux santé et développement – HDN), 2002
www.hivnet.ch:8000/topics/gender-aids

Gordon, Peter et Crehan, Kate, 'Dying of sadness: Gender, sexual violence and the HIV Epidemic' (Mourir de tristesse : genre, violence sexuelle et VIH), *SEPED Conference Paper Series*, 1999
www.undp.org/seped/publications/dyingofsadness.pdf

Gupta, Geeta Rao, Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How (Genre, sexualité et VIH/SIDA : questions fondamentales), ICRW Washington D.C. U.S.A., discours en séance plénière, XIII^e Conférence internationale sur le SIDA, Durban, Afrique du Sud, 12 juillet 2000
www.icrw.org/docs/DurbanSpeech.pdf

Gupta, Geeta Rao et Weiss, Ellen, , 'Women's lives and sex: implications for AIDS prevention culture' (Le sexe dans la vie des femmes : quelles implications sur la culture de prévention du SIDA ?), *Medicine and Psychiatry* Vol 17 No 4, 1993, p. 399–412

HDN Key Correspondent, courriel du 29 juillet 2002, liste de diffusion GENDER-AIDS Listserve, HDN

Hlatshwayo, Z. et Klugman, B., 'A sexual rights approach' (Une approche des droits sexuels), *Agenda* No 47, 2001

ICASO, Résumé des directives internationales sur le VIH-SIDA et les droits de la personne à l'intention des ONG [livret], Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO). -- ICASO, Canada, 1998
www.icaso.org/docs/Summary-English.pdf

ICRW, 'Addressing HIV/AIDS related stigma and resulting discrimination: a 3 country study in Ethiopia, Tanzania and Zambia', *Info Bulletin*, mars 2002
www.icrw.org/docs/Stigma_Africa_InfoBulletin_302.pdf

ICW, « Projet mené par des femmes vivant avec le VIH pour étudier l'impact du VIH sur leur comportement sexuel, bien-être et droits génésiques, et pour promouvoir des améliorations dans la politique et dans la pratique », ICW, Londres, 2002

Kaihuzi, Magdalena T., 'LDCs in a Globalizing World: a Strategy for Gender Balanced Sustainable Development' (Les PMA face à la mondialisation : stratégie pour un développement durable soucieux de l'égalité des sexes), document présenté à l'occasion de l'atelier d'experts sur le commerce, le développement durable et le rôle respectif des hommes et des femmes, organisé dans le cadre des préparatifs de la dixième session de la conférence, 12-13 juillet 1999, Genève, Suisse, 1999
<http://www.unctad.org/Templates/Download.asp?docid=260&lang=2&intlItemID=1775#search=%22Magdalena%20Kaihuzi%20%22>

KangGURU Radio English, The Indonesia HIV/AIDS, STDs Prevention and Care Project (Projet indonésien de prévention et de soins du VIH/SIDA et des MST), KangGURU Radio English, Denpasar, 2000
www.kangguru.org/ausaidprojects/november2000english.htm

Manchester, Joanne et Welbourn, Alice, 'Hope, involvement and vision: new strategy for HIV in Africa' (Espoir, engagement, vision : une nouvelle stratégie pour le VIH en Afrique), rapport aux agences d'un bilan du financement des programmes en matière de VIH conduit par Comic Relief, 2001

Manchester, Joanne et Mthembu, Promise, « Femmes Positives : Voix et Choix », *En Bref* N° 11, BRIDGE, Institute of Development Studies, Brighton, 2002

Mann, J. et Tarantola, D., *AIDS in the World II (Le SIDA dans le monde II)*, Oxford University Press, New York, 1996

Mocumbi, P., 'A Time for Frankness on AIDS and Africa' (Afrique, SIDA, parlons franc), *The New York Times*, 20 juin 2001

Mthembu, Promise, 'A positive view' (Un point de vue positif), *Agenda* No 39, 1998

Nath, M., , *From Tragedy Towards Hope: Men, Women and the AIDS Epidemic* (De la tragédie à l'espoir : les hommes, les femmes et l'épidémie du VIH/SIDA), Secrétariat du Commonwealth, Londres, 2001

Nkiru Igbelina-Igbokwe, courriel du 29 juillet 2002, liste de diffusion GENDER-AIDS, Health & Development Networks

O'Brein, O., 'The mobility project: Developing strategies for working with migrant populations in Europe' (Le projet mobilité : élaborer des stratégies de travail avec les populations migrantes en

Europe) in D. Friedrich et W. Heckman (eds), *AIDS in Europe: the Behavioural Aspect (Le SIDA en Europe : l'aspect comportemental)*, Vol 1, 1995, p. 231–239

ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA » (2002), ONUSIDA, Genève, 2002
www.unaids.org/barcelona/presskit/barcelona%20report/contents.html

--, « Agir vite pour prévenir le SIDA : Le cas du Sénégal », *Collection Meilleures pratiques*, ONUSIDA, Genève, 1999
www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/determinants/una99e34.pdf

--, « De la théorie à la pratique – une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA – Le concept « GIPA » », *Collection Meilleures pratiques*, ONUSIDA, Genève, 1999
Titre disponible en anglais, français, espagnol, russe et chinois à
www.unaids.org/publications/documents/persons

--, « Des visages, des voix, des compétences... Le Modèle GIPA sur le lieu de travail en Afrique du Sud », *Collection Meilleures pratiques*, ONUSIDA, Genève, 2002
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC770-GIPA-SA_fr.pdf

--, « Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA » (2000), ONUSIDA, Genève, 2000
www.unaids.org/epidemic_update/report/#full

--, « *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA* » (1998), ONUSIDA, Genève, 1998

--, « Genre et VIH/SIDA », *mise à jour technique*, ONUSIDA, Genève, 1998
www.unaids.org/publications/documents/human/gender/gendertue.pdf

Organisation des Nations unies, Journée internationale des femmes : communiqué de presse, ONU, Genève, 2000

Paxton, Susan, Parent-To-Child Transmission: Breaking Down the Barriers to Implementing Effective Models (Transmission parent-enfant : lever les obstacles à la mise en œuvre de modèles efficaces), 6e séance plénière de l'ICAAP, 8 Octobre 2001, The Key Centre for Women's Health in Society, The University of Melbourne, 2001

Peters, J. et Wolpe, A., *Women's Rights, Human Rights: international feminist perspectives (droits des femmes, droits humains : points de vue féministes du monde entier)*, Routledge, Londres, 1995

Reeves, H., 'Stepping Stones to the transformation of gender relations?' (Parcours pour la transformation des relations hommes-femmes ?), *Development and Gender En Bref* N°7, BRIDGE, Institute of Development Studies, Brighton, 1998
www.ids.ac.uk/bridge/dgb7.html

Richardson D., 'Contradictions in discourse. Gender, Sexuality and HIV/AIDS' (Genre, sexualité et VIH/SIDA : des discours contradictoires) in J. Holland et C. Adkins (eds), *Sex, Sensibility and the Gendered Body*, Macmillan, Londres, 1996

Riley, Maria, 'Women's Economic Agenda in the 21st Century' (Quelles priorités économiques pour les femmes au 21^e siècle), *Occasional Paper Series*, Women's Project at the Center of Concern and the International Gender and Trade Network, 2001
www.genderandtrade.net/Paper%20Series/Women%2021st%20Century.pdf

Rowbotham, Sheila et Linkogle, Stephanie (eds), *Women Resist Globalization: mobilizing for livelihoods and rights (Mondialisation : les femmes défendent leurs conditions de vie et leurs droits)*, Zed Press, Londres, 2001

Secrétariat du Commonwealth et Centre d'excellence pour la santé des femmes des Maritimes, *Gender Mainstreaming in HIV/AIDS: taking a multisectoral approach (Intégrer la dimension du genre dans les questions relatives au VIH/SIDA : adopter une démarche multisectorielle)*, Secrétariat du Commonwealth, Londres, 2002

Seidel, G. et Tallis, V., Reconceptualising the issues surrounding HIV and breastfeeding and the information given to women by health workers: findings from sociological research in KwaZulu-Natal (Reconceptualiser les questions relatives au VIH et à l'allaitement et les informations données aux femmes par les professionnels de santé. Conclusions d'une enquête sociologique dans le KwaZulu-Natal), Afrique du Sud (non publié), 1999

Sellers, T., Panhavichetr, P., Chansophal, L. et Maclean, A., en cours d'impression, 'Promoting the participation of men in community-based HIV/AIDS Prevention and care in Cambodia' (VIH/SIDA : promouvoir la participation des hommes dans la prévention et les soins communautaires au Cambodge), in A., Welbourn et A., Cornwall (eds)

Shah, Kambou et Monahan, *Embracing Participation in Development: Worldwide Experience from CARE's Reproductive Health Programs with a Step-by-step Field Guide to Participatory Tools and Techniques (Embrasser la participation dans le domaine du développement : l'expérience mondiale des programmes en santé reproductive de CARE avec un guide des outils et techniques participatives sur le terrain)*, CARE et l'Agence américaine de développement international (USAID), CARE, Atlanta, USAID, New York, 1999
www.care.org/programs/health/reproductive_health.html

Sidebe, A., 'HIV/AIDS and inequality in Senegal' (Le VIH/SIDA et les inégalités au Sénégal), *Special Report – Gender and HIV/AIDS (Genre et VIH/SIDA - Rapport spécial)*, Programme de lutte contre le VIH/SIDA de l'Union européenne (UE), Union européenne, Bruxelles, 2000
www.europa.eu.int/comm/development/aids/dump/06_0006.pdf

Singh, Ajit et Zammit, Ann, 'International Capital Flows: Identifying the Gender Dimension' (Flux de capitaux internationaux : identifier les aspects sexospécifiques), *World Development*, Vol 28, N° 7: 1249–68, 2000

Sweetman, Caroline, 'Editorial' in Caroline Sweetman (ed) 'Gender and Migration', *Gender and Development*, Vol 6 No 1, 1998

Tallis, Vicci, 'Treatment issues for women', document préparé pour la Treatment Action Campaign (Campagne action traitement), Afrique du Sud, 2001

—, 'Gendering the response to HIV/AIDS: Challenging gender inequality' (Intégrer le genre dans la réponse au VIH/SIDA : combattre les inégalités hommes-femmes), *Agenda* No 44, 2000

—, 'AIDS is a crisis for women' (Le SIDA, un drame pour les femmes), *Agenda* No 39, 1998

—, 'An exploratory investigation into the psychosocial impact of an HIV positive diagnosis in a small sample of pregnant women, with special reference to Kwazulu-Natal' (Exploration des conséquences psychologiques d'un diagnostic de séropositivité sur un petit échantillon de femmes enceintes, dans la région notamment du Kwazulu-Natal), thèse non publiée, Department of Social Work, Université du Natal, Durban, 1997

Travers, M. et Bennett, L., 'AIDS, Women and Power' (SIDA, femmes et pouvoir), in L., Sherr, C., Hankins et L., Bennett (eds), *AIDS as a Gender Issue: Psychosocial Perspectives*, Taylor and Francis, Londres, 1996

UNIFEM, à paraître, rapport annuel, UNIFEM, New York

—, 2002, 'Turning the Tide: CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic' (Inverser la tendance : la CEDAW et les dimensions sexospécifiques de la pandémie du VIH/SIDA), UNIFEM, New York, 2002
www.undp.org/unifem/public/turningtide/

UNIFEM/AWID, *Act Now: A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS (Agir maintenant : guide des ressources sur le VIH/SIDA à l'intention des à l'intention des à l'intention des jeunes femmes)*, UNIFEM, New York, 2002

Urdang, Stephanie, déclaration lors de la première conférence informelle consultative de l'UNGASS, UNIFEM, New York, 2001

Vetten, Lisa et Kailash Bhana, 'Violence, Vengeance and Gender: a Preliminary Investigation into the Links Between Violence Against Women and HIV/AIDS in South Africa' (Violence, vengeance, et genre : étude préliminaire sur les liens entre les violences faites aux femmes et le VIH/SIDA en Afrique du Sud), *Research Report*, Centre for the Study of Violence and Reconciliation, Johannesburg et Le Cap, 2001

www.wits.ac.za/csvr/papers/paplv&kb.pdf

Whelan, D., March, 'Gender and HIV/AIDS: taking stock of research and programmes' (Genre et VIH/SIDA : états des lieux de la recherche et des programmes), *Collection Meilleures pratiques*, ONUSIDA, Genève, 1999

www.unaids.org/publications/documents/human/gender/una99e16.pdf

Whiteside, Ann, exposé lors du forum consultatif NACOSA, novembre 1997, Durban

Whiteside, Alan et Sunter, Clem, *AIDS: The Challenge for South Africa (SIDA : Le défi de l'Afrique du Sud)*, Human and Rousseau, Le Cap, 2000

Wilton, T., *Engendering AIDS: deconstructing sex, text and epidemic (intégrer le genre dans la problématique du SIDA : déconstruire le sexe, le texte et l'épidémie)*, Sage, Londres, 1997

Wiseberg, L.S, Hecht, M.E et Reekie, K. , 'Human Rights, Law, Ethics and HIV' (Droits humains, législation, éthique et VIH) In Human Rights Internet, *Human Rights: Effective Community Responses*, Human Rights Internet, Ottawa et Ontario : 1998

Women at Barcelona/Health & Development Networks (W@B/HDN) (Réseaux femmes à Barcelone/santé et développement), modérateur de la liste de diffusion, courriel le 1^{er} août 2002, liste de diffusion GENDER-AIDS, HDN

Young, K., 'Planning from a gendered perspective: making a world of difference' (Planifier selon une perspective de genre), in N. Visvanathan L., Duggan, L., Nisonoff et N., Wieggersma (eds), *The Women, Gender and Development Reader*, David Philip Publishers, Johannesburg et Le Cap, 1997