



■ **Élargir et renforcer les services de santé sexuelle et reproductive**

On considère généralement que la santé sexuelle et reproductive comporte quatre éléments : planification familiale ou régulation de la fécondité à moindre risque ; santé et nutrition maternelles ; protection contre les infections sexuellement transmissibles ; et droits liés à la reproduction.

L'amélioration des services de santé sexuelle et reproductive pourrait sauver des millions de vies. Ces services fournissent également des opportunités idéales pour améliorer l'information et les services relatifs au VIH offerts aux femmes et aux filles. Toutefois, pour le moment, leur inexistence ou leur qualité médiocre sont responsables d'environ un tiers du fardeau mondial représenté par les maladies et les décès prématurés chez les femmes en âge de procréer.³⁷

Les adolescents qui reçoivent une éducation sexuelle de qualité sont plus enclins à différer le début de leur activité sexuelle et à pratiquer une sexualité à moindre risque et ils tendent à restreindre le nombre de leurs partenaires sexuels. Tous ces facteurs réduisent les risques d'infection par le VIH. Mais les normes sociales et les tabous culturels empêchent de nombreux jeunes – en particulier de jeunes femmes – de recevoir ou d'utiliser les informations, les services et les outils (tels que les préservatifs) qui peuvent les aider à protéger leur santé et leur vie.

Une des voies les plus efficaces pour réduire la transmission du VIH et pour éviter les infections de l'appareil consiste à prévenir et à traiter les infections sexuellement transmissibles. La plupart des infections sexuellement transmissibles peuvent être évitées en utilisant des préservatifs, et un grand nombre des infections bactériennes sont faciles et peu coûteuses à traiter grâce aux antibiotiques. Malheureusement, les connaissances et les services qui permettraient de se protéger contre ces infections sont insuffisants dans de nombreux pays, ce qui accroît de façon significative la propagation du VIH.



La conquête du droit à la santé sexuelle et reproductive est particulièrement important pour les groupes vulnérables, tels que les professionnel(le)s du sexe, et a occupé une place prépondérante dans quelques-unes des ripostes au SIDA les plus réussies. Ainsi, la Thaïlande a pu démontrer qu'un meilleur accès des professionnel(le)s du sexe à des services de santé sexuelle – dans le cadre plus large d'une stratégie de prévention, peut contribuer la faire régresser l'épidémie de SIDA. Il a en effet fait tomber les nouveaux cas d'infection par le VIH de 143 000 en 1991 à moins de 20 000 en 2003 – en partie grâce à un plus large accès des professionnel(le)s du sexe à des services de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles, y compris du VIH.³⁸ Des projets emmenés par des professionnel(le)s du sexe dans le quartier de Sonagachi à Calcutta, en Inde, ont également démontré que des programmes intensifs d'autonomisation peuvent protéger les professionnel(le)s du sexe et leurs clients des risques d'infection par la VIH. Il serait bon que d'autres pays suivent ces exemples, car l'amélioration des services

“Pourquoi réussissons-nous si bien ce que nous faisons ? Eh bien, parce qu'ici à Sonagachi, ce sont les professionnel(le)s du sexe qui prennent les décisions ”

Rama Debnath, Sonagachi

de santé sexuelle et reproductive, en particulier à l'intention des groupes vulnérables, et l'intégration de ces services au sein des services consacrés au VIH, pourrait projeter loin en avant la riposte au SIDA. Les gouvernements nationaux et les partenaires internationaux doivent prendre des mesures pour :

- Accroître les engagements et contributions budgétaires en faveur des services de santé sexuelle et reproductive, de l'information et de l'éducation afin de réaliser les engagements de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) de dégager US \$20,5 milliards d'ici 2010, et US \$21.7 milliards d'ici 2015.
- Garantir l'accès des femmes à des services d'information en matière de santé sexuelle et reproductive.
- Améliorer l'intégration de l'information et des services liés au VIH dans les services existants de santé sexuelle et reproductive.
- S'assurer que les professionnel(le)s du sexe auront un meilleur accès à des informations et des services en matière de VIH, y compris sur la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles.



Jusqu'à ce que la mort nous sépare

Selon une idée largement répandue, le mariage serait un refuge contre le SIDA. Il n'en est rien. Des faits existent pour prouver que le mariage peut représenter pour les femmes un risque majeur de contracter le VIH, en particulier pour les jeunes femmes et les jeunes filles. Aucune stratégie connue n'existe pour s'attaquer à cette réalité.

En Afrique et en Asie, 50% à 60% des filles se marient avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. Dans la plupart des pays, les adolescentes s'approchant de cet âge ont deux fois plus de probabilités d'être mariées que les garçons. Au Brésil leur probabilité d'être mariées est cinq fois plus élevée que chez les garçons, et au Kenya, 21 fois plus élevée.³⁹

Il n'est pas surprenant de constater que les jeunes femmes mariées sont plus actives sexuellement que celles qui ne sont pas mariées, et elles ne peuvent que rarement opter pour l'abstinence et l'utilisation du préservatif. Souvent, les jeunes femmes se marient avec des hommes plus âgés qui sont sexuellement actifs depuis longtemps et qui ont donc plus de probabilités d'avoir contracté des infections sexuellement transmissibles comme le VIH. Les adolescentes mariées tendent donc à avoir un taux d'infection par le VIH plus élevé que les jeunes filles non mariées sexuellement actives. Une étude menée dans les zones rurales de l'Ouganda a démontré par exemple que neuf sur dix (88%) des adolescentes de 15 à 19 ans étaient mariées.⁴⁰ A Kisumu, au Kenya, et à Ndola, en Zambie, le taux d'infection chez les adolescentes de 15 à 19 ans mariées était respectivement de 48% et de 65% plus élevé que celui constaté chez des femmes de leur âge non mariées.⁴¹

Pour les femmes plus âgées, le fait d'être mariée peut également constituer un risque majeur de VIH. En Arabie Saoudite (Riyad), la plupart des femmes infectées par le VIH sont mariées.⁴² Au Cambodge, les infections acquises lors de rapports sexuels payants sont en diminution, mais les infections par le VIH chez les femmes enceintes sont demeurées stables – car les hommes (dont la plupart sont infectés lors de rapports payants) continuent de transmettre le VIH à leur femmes ou à leurs amies.⁴³

La prévention des infections VIH dans le cadre du mariage et d'autres relations de longue durée signifie qu'il faut aller au-delà du b.a.-ba de la prévention qui consiste à appliquer la formule : s'abstenir, être fidèle et utiliser des préservatifs. Une telle approche ne représentera pour les filles et les femmes une option acceptable que lorsqu'elle s'intégrera dans un ensemble de mesures abordant les réalités de leur vie.

A brève échéance, cela signifie que davantage de couples devraient bénéficier du conseil et test VIH, que des mesures doivent être prises pour diminuer le nombre de mariages très précoces et que des mesures légales doivent être prises pour protéger les filles et les femmes des contraintes sexuelles et de la violence dans le mariage. A long terme, il est nécessaire de fournir aux femmes et aux filles une plus grande autonomie économique et sociale.



■ Ouvrir l'école aux filles et s'assurer qu'elles pourront y rester

Il a été démontré que plus les gens sont instruits, meilleures sont leurs perspectives d'avenir. Les jeunes femmes ayant reçu une éducation sont mieux au courant de ce qu'il faut faire pour se protéger du VIH et ont plus de probabilités de retarder le début de leur vie sexuelle et d'avoir recours aux préservatifs une fois qu'elles sont actives sexuellement.

“L'éducation est l'arme la plus puissante dont nous disposons pour changer le monde. C'est aussi une arme dont le monde ne peut se passer dans la lutte contre le SIDA. L'éducation sauve des vies.”

Nelson Mandela

Des recherches menées dans sept pays d'Afrique montre que les jeunes femmes bénéficiant d'une éducation secondaire ou supérieure ont au moins cinq fois plus de probabilités de posséder des connaissances complètes de la question du SIDA que leurs homologues n'ayant pas suivi une éducation officielle.⁴⁴ Au Cameroun et au Mozambique, les femmes ayant bénéficié d'études secondaires ou supérieures ont 30 fois, et en Haïti 20 fois, plus de probabilités d'avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.⁴⁵

Dans l'ensemble, les femmes et les filles sont moins instruites que les hommes et les garçons. Dans la plupart des pays en développement, les filles ont beaucoup moins de chances d'entrer dans l'enseignement secondaire et de terminer leur scolarité. En Afrique de l'ouest, du centre et du nord, en Asie du sud et dans le Moyen-Orient, les filles ont également plus de probabilités que les garçons de ne pas pouvoir suivre l'école primaire.⁴⁶

Par ailleurs, les femmes ont moins de connaissances sur le VIH que les hommes. Une enquête menée au Bangladesh a montré que dans ce pays, moins d'une

femme sur cinq avait entendu parler du SIDA.⁴⁷ Au Soudan, seules 5% des femmes ayant participé à l'enquête savaient que l'utilisation de préservatifs pouvait empêcher l'infection par le VIH, et plus des deux tiers des femmes n'avaient jamais vu ou entendu parler d'un préservatif.⁴⁸

Les pays ayant approuvé l'Objectif du millénaire pour le développement (OMD) de la scolarisation primaire universelle d'ici 2015 sont au nombre de 189. Les financements disponibles ont augmenté grâce à l'Initiative de mise en œuvre accélérée du programme Education pour tous (Initiative Fast-Track), un partenariat entre les donateurs et les gouvernements qui a été créé pour contribuer ce que cette promesse devienne une réalité. Toutefois, le premier objectif OMD consistant à faire en sorte que le même nombre de garçons et de filles soient immatriculés dans l'enseignement primaire et secondaire en 2005 n'a pas été atteint. Il faudra donc intensifier considérablement les efforts si nous voulons atteindre la prochaine échéance, à savoir l'égalité des sexes en matière de scolarisation d'ici 2015.

Des engagements officiels en vue de promouvoir l'accès à l'éducation des filles (et des garçons) ont été pris. Ce qui manque encore, ce sont les actions qui permettront la réalisation de ces objectifs. Les gouvernements nationaux et la communauté internationale doivent :

- Consacrer de l'argent et intensifier les efforts afin que davantage de filles – et de garçons – arrivent au bout de leur éducation primaire et secondaire. Il faut combler le fossé de US \$10 milliards qui nous sépare encore de la scolarisation primaire universelle.
- Abolir les taxes d'entrée à l'école primaire et faire en sorte que l'enseignement secondaire soit abordable pour tous.
- Faire des écoles des lieux sûrs pour les filles en les protégeant des menaces d'agression sexuelle et en mettant sur pied un environnement convivial pour les deux sexes.
- Faire de l'information sur les questions sexuelles, de santé reproductive et de prévention du VIH une partie intégrante des programmes d'apprentissage de la vie dans toutes les écoles.

■ Intensifier l'appui aux prestataires de soins

Dans le monde entier, ce sont en général les femmes qui soignent les malades et qui s'occupent des enfants. Et là où les communautés ploient sous l'impact du SIDA, ce sont principalement les femmes – souvent les femmes âgées – qui assument le fardeau accru des soins sans pour autant bénéficier de soutien.⁴⁹

La plupart des soins pour les personnes vivant avec le VIH sont dispensés au domicile. Les soins à domicile ou au sein de la communauté sont moins onéreux pour les systèmes de santé, principalement parce que les coûts sont redirigés sur les prestataires de soins, les patients et leurs familles.⁵⁰ Ces coûts comprennent les dépenses en médicaments, les honoraires des services de santé et le transport, les coûts d'opportunités perdues tels que la perte des gains professionnels ou l'abandon des études, ainsi que le trauma et les conditions de vie difficiles engendrés par la maladie.⁵¹ Le fardeau financier et émotionnel que cette situation engendre peut entraîner les prestataires de soins – qui vivent déjà dans la pauvreté – dans un état de dénuement.

Ces fardeaux peuvent être allégés. Il est vital de continuer à élargir les services de thérapie antirétrovirale, ce qui peut entraîner une diminution spectaculaire des besoins en matière de soins. Mais en plus, les prestataires de soins ont besoin d'un soutien intensifié et mieux coordonné. Le Swaziland, par exemple, prévoit d'utiliser une petite partie des crédits reçus du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, pour financer un modeste salaire pour les prestataires de soins (pour la plupart des femmes) qui s'occupent des orphelins.⁵² Au Mozambique, l'argent provenant de petites entreprises créées grâce à des projets de crédits communautaires ont été dirigés sur un fonds à but social géré par des comités de personnes âgées. Cet argent contribue au paiement du transport vers les centres de test VIH et les dispensaires, et couvre également le coût des demandes auprès du gouvernement d'exemption de paiement des frais de scolarisation secondaire des enfants économiquement faibles.⁵³ Les gouvernements nationaux et la communauté internationale doit soutenir les initiatives de ce type et s'en inspirer pour lancer des projets similaires. Il faut pour cela que soient établis des politiques et des investissements qui :

- Élargissent l'accès à des thérapies antirétrovirales abordables.





- Fournissent un appui financier plus important aux prestataires de soins, en particulier aux femmes âgées, ainsi qu'à leurs personnes à charge.
- Fournissent une aide pratique permettant aux prestataires de soins d'accéder à des retraites, à des transferts sociaux et autres droits pour eux-mêmes et les personnes dont ils ont la charge.
- Soutiennent les initiatives existantes ou celles qui débutent dans la fourniture d'une meilleure information sur les soins relatifs au SIDA aux prestataires de soins et aux personnes dont ils ont la charge.

Investir davantage dans des méthodes de prévention du VIH sur lesquelles les femmes peuvent exercer un contrôle

L'accès au traitement antirétroviral a triplé au cours des deux dernières années. Mais les nouvelles infections par le VIH continuent à distancer la fourniture des traitements. Pour renverser la tendance de l'épidémie, une prévention complète du VIH doit aller de pair avec le traitement, les soins et l'appui aux personnes vivant avec le VIH.

Le *préservatif féminin* est la seule méthode de prévention du VIH dépendant entièrement des femmes. Ce préservatif est efficace pour la contraception et il réduit aussi le risque de transmettre ou d'acquérir des infections sexuellement transmissibles, y compris de VIH. Les préservatifs féminins ont été introduits dans de nombreux pays, mais ils sont malheureusement plus coûteux que leurs équivalents masculins et ne sont que médiocrement commercialisés. Il en résulte que dans les pays les plus touchés par le SIDA, ils sont insuffisants sur le marché et ne sont que peu utilisés. Toutefois, des expériences réalisées au Zimbabwe montrent que cette situation peut évoluer. Un groupe de femmes ayant réuni plus de 30 000 signatures réclamant l'accès aux préservatifs féminins, le Gouvernement en a intensifié l'importation. Puis, une campagne de marketing

social a suivi et a entraîné un accroissement spectaculaire de l'utilisation de ces préservatifs.⁵⁴

Mais c'est sans doute l'apparition d'un microbicide efficace qui pourrait annoncer la plus importante avancée dans le combat contre le SIDA. Si l'on croit la modélisation, un microbicide efficace à 60% aurait la capacité d'empêcher 2,5 millions d'infections par le VIH sur une période de trois ans.⁵⁵

Ces événements sont à portée de main. Cinq microbicides candidats de «première génération» sont actuellement testés par des essais à grande échelle en Afrique et en Asie, et des recherches sont en cours pour la mise au point de microbicides de «deuxième génération» présentant une efficacité supérieure. Si les crédits qui font actuellement défaut peuvent être trouvés, un microbicide partiellement efficace pourrait disponible pour une utilisation dans les cinq à sept années à venir.

Les gouvernements et les partenaires internationaux doivent :

- Intensifier les investissements afin de développer la fabrication et le marketing des préservatifs féminins afin qu'ils constituent une option plus abordable et plus largement utilisée de prévention du VIH.
- Accroître les financements à US \$280 millions par an pendant les cinq à dix prochaines années afin d'accélérer la recherche sur les microbicides ainsi que leur mise au point et des essais cliniques à grande échelle.

Un plus grand pouvoir décisionnel pour les femmes

Les femmes forment la moitié de la population mondiale, mais on n'entend que trop rarement leur voix – et en particulier la voix des femmes vivant avec le VIH.





Près de 9 pays sur 10 (85%) parmi ceux qui décrivent leurs efforts en vue d'atteindre les objectifs de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de 2001 ne disposent actuellement pour surveiller la riposte au SIDA que d'un seul organisme national de coordination, tels qu'un Conseil national sur le SIDA. Cependant, les organisations féminines n'ont que rarement réussi à jouer un rôle significatif au sein de ces organismes. En fait, ce n'est que dans moins de 10% des 79 pays ayant fait l'objet d'enquêtes de l'ONUSIDA récemment que les femmes participent pleinement à l'élaboration des plans nationaux de lutte contre le SIDA.⁵⁷ Les femmes sont également mal représentées dans de nombreux mécanismes de coordination des pays qui élaborent et présentent des propositions de financement au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.⁵⁸ Selon une évaluation effectuée par la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH, les attitudes dédaigneuses et discriminatoires à l'égard des femmes se propagent jusqu'au sein

“Si nous voulons que l'on réponde à nos questions concernant les femmes, nous ne pouvons demander aux hommes de nous fournir les données dont nous avons besoin.”

**Dr Grace McComsey, Dase
Western Reserve University**

des groupes de soutien aux personnes vivant avec le VIH.⁵⁹ Cette étude a permis de constater qu'une grande partie des groupes de soutien locaux et nationaux en Afrique étaient dominés par des hommes, en dépit de la présence importante de femmes séropositives. Les expériences montrent que les politiques et les programmes en matière de SIDA ne correspondront pas aux besoins des femmes tant que les organisations féminines – en particulier celles qui sont composées de femmes VIH-positives – ne pourront pas contribuer à façonner leur contenu et leurs orientations. Dans les organismes qui élaborent les politiques, l'expérience des questions de sexospécificité est aussi importante que la parité des sexes. La supposition selon laquelle toutes les femmes seraient des expertes en matière de sexospécificité est erronée. C'est pourquoi tant la parité des sexes que l'expertise en sexospécificité revêtent une grande importance pour assurer une bonne répartition des ressources disponibles ainsi que des résultats positifs pour les femmes.

L'Union des femmes du Viet Nam

L'Union des femmes du Viet Nam (VWU) compte 13 millions de membres, toutes des femmes, et elle est présente dans chacune des communes du pays. Elle a fait de la prévention du SIDA une de ses principales priorités pour la promotion et le bien-être des femmes et de leurs familles. En créant plus de 300 clubs à base communautaire, auxquels elle a donné l'appellation de «clubs de l'empathie», la VWU apporte son appui à des personnes et à des familles qui vivent avec le VIH et les incite à se réunir pour s'apporter un soutien mutuel et pour accéder à des prestations de traitement, de conseil et de micro-crédits. La VWU produit ses propres marques (*Hello* et *Yes*) de préservatifs, et encourage les femmes à discuter de l'utilisation des préservatifs et à lutter contre les préjugés qui veulent que ceux-ci ne servent qu'au commerce du sexe. L'influence de la VWU et sa diffusion géographique ont déjà suscité une amélioration de l'accès des femmes aux services de santé reproductive et permis au Gouvernement d'améliorer la riposte au SIDA dans l'ensemble de la société. Des efforts sont actuellement en cours en vue de susciter un échange d'expériences entre la VWU et d'autres Unions féminines de la région.

Les temps changent, mais lentement. Des réseaux locaux et nationaux de femmes vivant avec le VIH voient le jour dans un nombre croissant de pays, les derniers en dates étant signalés en Chine et en Indonésie. Dans quelques pays, tels que le Viet Nam, les organisations politiques féminines s'engagent plus avant dans la riposte nationale au SIDA, mais beaucoup d'efforts devront encore être faits pour renforcer la participation des femmes dans les forums et les programmes qui façonnent leur destin. Les gouvernements nationaux et la communauté internationale peuvent changer la donne en ce qui concerne la riposte au SIDA en soutenant des efforts qui :

- Encouragent la représentation équitable des femmes au plus haut niveau des structures politiques nationales, exécutives, législatives et judiciaires.
- Fassent en sorte que les organisations dirigées par des femmes et servant les intérêts des femmes participent plus largement et de façon plus active et plus cohérente dans les forums qui conçoivent, fondent et gèrent les programmes.
- Accroissent les crédits consacrés à la formation des compétences en matière de plaidoyer et de leadership des femmes – tout particulièrement de celles qui vivent avec le SIDA – aux niveaux national et communautaire, leur permettant ainsi de prendre une part active dans les structures et les programmes qui ont une influence sur leurs vies.
- Construisent des partenariats entre les organisations s'occupant des droits des femmes et les groupes travaillant dans le domaine du SIDA et de créer ainsi des groupes de pression capables de faire évoluer la situation.





Se rassembler

Les hommes et les garçons doivent jouer un rôle plus important dans la lutte contre l'inégalité des sexes. Aujourd'hui, ce sont les hommes qui façonnent en grande partie le monde où vivent les femmes. Puisqu'il en est ainsi, ils doivent devenir les partenaires du changement social. Les programmes créés à l'intention des femmes doivent enrôler les hommes en tant que partenaires et leur demande de contribuer à la création de structures sociales plus favorables aux femmes.

Des activités bien conçues incitant les hommes et les garçons à participer peuvent contribuer à transformer positivement la façon dont ceux-ci vivent leur socialisation. L'Instituto Promundo au Brésil, par exemple, fait état d'améliorations significatives dans la manière dont les jeunes hommes qui suivent ses cours conçoivent les relations entre les sexes. Ces hommes sont plus enclins à utiliser des préservatifs, et présentent moins de probabilités de contracter des infections sexuellement transmissibles que leurs pairs. En Afrique du Sud, le Réseau Hommes en tant que partenaires a constaté que près des trois quarts (71%) des hommes qui participaient à des ateliers étaient d'accord que les femmes devaient avoir les mêmes droits qu'eux, alors que seul un quart des hommes du groupe témoin partageaient cette conviction.

Des efforts de ce type montrent sans équivoque que les hommes et les garçons peuvent être un puissant moteur de changement en mettant en question et en faisant évoluer les stéréotypes néfastes de la virilité, en s'attaquant à la violence contre les femmes et en acceptant leur part de responsabilité dans la prévention du VIH dans le cadre des relations intimes.

Aller de l'avant

Au Sommet mondial 2005, les dirigeants du monde entier se sont engagés en faveur d'une intensification massive de la prévention, du traitement et des soins liés au VIH en vue de se rapprocher aussi près que possible de l'objectif de l'accès universel au traitement de tous ceux qui en ont besoin d'ici 2010.

Pour qu'une promesse de cette envergure soit suivie de résultats, il faudra que tous acceptent de reconnaître la relation qui existe entre la situation économique et sociale inférieure des femmes et la transmission du VIH. Il faudra instaurer un leadership politique visionnaire, un changement dans la manière dont les ressources sont investies, un engagement envers des organisations menées par des femmes dans l'intérêt des femmes et s'engager durablement dans le questionnement concernant les dynamiques sexospécifiques et sexuelles qui sont au centre de la progression implacable de l'épidémie.

Il existe des mesures possibles, abordables et riches de conséquences profondes que la communauté internationale, les gouvernements nationaux, et les organisations non gouvernementales peuvent et doivent prendre. Le temps d'agir est venu.





NOTES

- ¹ Document final du Sommet mondial de 2005, A/RES/60/1
- ² Vers l'accès universel : évaluation, par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, des activités visant à développer la prévention, les soins, le traitement et les services d'accompagnement en matière de VIH. Document de l'Assemblée générale des Nations Unies, A/60/737
- ³ UNICEF (2006) *Situation des enfants dans le monde 2006*, Genève
- ⁴ PNUD (2005). Rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement 2005. New York.
- ⁵ Diverses enquêtes démographiques et sanitaires (2000-2005) peuvent être consultées sur <http://www.measuredhs.com/>.
- ⁶ ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006*, Genève, ONUSIDA
- ⁷ OMS/ONUSIDA (2006). *Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà*. Mars. Genève
OMS/ONUSIDA. Disponible sur http://www.who.int/entity/hiv/fullreport_fr_highres.pdf
- ⁸ OMS/ONUSIDA (2006). *Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà*. Mars. Genève
OMS/ONUSIDA. Disponible sur http://www.who.int/entity/hiv/fullreport_fr_highres.pdf
- ⁹ Sauf indication contraire, les chiffres mentionnés dans cette section sont tirés de ONUSIDA (2006) *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006*
- ¹⁰ Centers for disease Control and Prevention (2006). HIV/AIDS among African Americans. Document d'information. Février. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. Disponible sur <http://www.cdc.gov/hiv/topics/aa/resources/factsheets/aa.htm>
- ¹¹ OMS (2005). *Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur le plan sanitaire et les réactions des femmes : rapport succinct*. Genève, OMS. Disponible sur http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html
- ¹² Garcia-Moreno C, Watts C (2000). Violence against women: its importance for HIV/AIDS. *AIDS*, 14(suppl 3):S253-265; Maman S et al. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Soc Sci Med*, 50(4):459-78; Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Ending violence against women*. Population Reports, Series L, No 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December
- ¹³ amfAR (2005). Gender-based violence and HIV among women: assessing the evidence. Issue Brief No. 3, June. Disponible sur <http://www.amfar.org/cgi-bin/iowa/programs/publicp/record.html?record=28>; Dunkle et al. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection among women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363:1415-1421; Maman S et al. (2002). HIV-1 positive women report more lifetime experiences with violence: Findings from a voluntary HIV-1 counselling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 92:1331-1337
- ¹⁴ Duvury N, Knoess J (2005). Gender Based Violence in Cambodia: Links, Opportunities and Potential Responses. August. WHO, Global Campaign for Violence Prevention, International Center for Research on Women, German Development Agency (GTZ).
- ¹⁵ Fleischman J (2005). Strengthening HIV/AIDS Programs for Women: Lessons for U.S. Policy from Zambia and Kenya. May. Center for Strategic and International Studies. Washington. Disponible sur http://www.globalaidsalliance.org/docs/Strengthening_AIDS_Programs_for_Women.pdf
- ¹⁶ PNUD, Rapports mondiaux sur le développement humain, 2002/2001
- ¹⁷ International Center for Research on Women (2005). Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS: Report on South Asia. Draft. July, Washington, ICRW; Human Rights Watch (2003). Policy paralysis: A Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa. December. New York, Human Rights Watch (disponible sur <http://www.hrw.org/reports/2003/africa1203/>); Walsh J (2003). Kenya: Double standards—Women's property rights violations in Kenya. New York, Human Rights Watch; Drimie S (2002). The Impact of HIV/AIDS on Land: Case Studies from Kenya, Lesotho and South Africa
Rapport de synthèse préparé pour la le bureau régional de l'Afrique australe de la FAO. Pretoria, Human Sciences Research Council (disponible sur www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/livelihoods/landrights/downloads/hivsynth.rtf).
- ¹⁸ Strickland R (2004). *To Have and to Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. Document de travail*. Washington, International Center for Research on Women. Disponible sur http://www.icrw.org/html/projects/projects_property%20rights.htm
- ¹⁹ Ibidem
- ²⁰ ICRW and the Millenium Project (2005). "Property Ownership for Women Enriches, Empowers, and Protects. (Centre international de recherches sur les femmes (CIRF) et Projet du Millénaire (2005)
- ²¹ ONUSIDA (2006). Vers l'accès universel : évaluation, par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, des activités visant à développer la prévention, les soins, le traitement et les services d'accompagnement en matière de VIH. Document de l'Assemblée générale des Nations Unies, A/60/737
- ²² OMS/ONUSIDA (2006). *Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà*. Mars. Genève
- ²³ Warwick Z (2004). The influence of antiretroviral therapy on the uptake of HIV testing in Botswana. Abstract no. TuOrE1173. XVe Conférence internationale sur le SIDA, 11-16 juillet. Bangkok
- ²⁴ OMS/ONUSIDA (2006). *Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà*. Mars. Genève
- ²⁵ Diverses enquêtes démographiques et sanitaires 2000-2005. Disponibles sur <http://www.measuredhs.com/hivdata>
- ²⁶ Fleischman J (2005). Strengthening HIV/AIDS Programs for Women: Lessons for U.S. Policy from Zambia and Kenya. May, Washington
- ²⁷ Makwisa I et al. (2005). *Monitoring equity and health systems in the provision of anti-retroviral therapy (ART): Malawi country report*
- ²⁸ OMS/ONUSIDA (2006). *Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà*. Mars. Genève
- ²⁹ OMS/ONUSIDA (2006). *Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» et au-delà*. Mars. Genève
- ³⁰ Ibidem
- ³¹ Ibidem
- ³² Bond V et al. (2003). *Kanayaka--"The Light is On": Understanding HIV and AIDS-related Stigma in Urban and Rural Zambia*. Lusaka, Zambart Project and KCTT
- ³³ Paxton S et al. (2005). AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*, 17(4):413-424

- ³⁴ Parish WL et al. (2004). Intimate Partner Violence in China: National Prevalence, Risk Factors and Associated Health Problems. *International Family Planning Perspectives*, 30(4), 174-181; Family Health International (2004). Stigma and Discrimination in Nepal: *Community Attitudes and the Forms and Consequences for People Living with HIV/AIDS* (Executive Summary). Kathmandu, Family Health International; Koenig MA et al. (2003). Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 81, 53-60
- ³⁵ de Bruyn M (2004). Living with HIV: Challenges in Reproductive Health Care in South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 8(1), 92-98; Shapiro RL et al. (2003). Low Adherence to Recommended Infant Feeding Strategies Among HIV-Infected Women: Results from the Pilot Phase of a Randomized Trial to Prevent Mother-to-Child Transmission in Botswana. *AIDS Education and Prevention*, 15(3), 221-230
- ³⁶ Zulu K.P., Zambia Association for the Prevention of HIV and Tuberculosis (ZAPHIT), Lusaka, Zambia, Clinical I TuPe11.9C03 |
- ³⁷ OMS (2004). *Stratégies pour la santé génésique*. Adoptée par la 57^e Assemblée mondiale de la Santé, mai 2004. Geneva; Alan Guttmacher Institute and UNFPA (2004). *Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York, Alan Guttmacher Institute and UNFPA
- ³⁸ Ministry of Public Health Thailand (2003). *AIDS situation in Thailand*. Monograph, ISBN 974-9593-6. Bangkok, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control.
- ³⁹ Clark S (2004). Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 35(3). September; United Nations (2000). *World Marriage Patterns*. United Nations Population Division. New York
- ⁴⁰ Kelly RJ et al. (2003). Age differences in sexual partners and risk of HIV-1 infection in rural Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32(4): 446-451
- ⁴¹ Glynn JR et al. (2001). Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, 15(suppl 4):S51-60
- ⁴² Abdulrahman A et al. (2004). Mode of transmission of HIV-1 in Saudi Arabia. *AIDS*, 18(10):1478-1480
- ⁴³ National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STIs (NCHADS) (2004). *HIV Sentinel Surveillance (HSS) 2003: Trends Results, and Estimates*. Phnom Penh; Saphonn V et al. (2005). Trends of HIV-1 seroincidence among HIV-1 sentinel surveillance groups in Cambodia 1999-2002. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39(5):587-592
- ⁴⁴ More specifically: 9 times more likely in Burkina Faso, 7 times in Cameroon, 6 times in Kenya and Mali, 5 times in Uganda and Zambia. Various Demographic and Health Surveys (2000-2005). See <http://www.measuredhs.com/hivdata>
- ⁴⁵ Diverses enquêtes démographiques et sanitaires (2000-2005). Voir <http://www.measuredhs.com/hivdata>
- ⁴⁶ UNICEF (2006). *La situation des enfants dans le monde*. New York, UNICEF. Disponible sur <http://www.unicef.org/sowc06/statistics/charts.php>
- ⁴⁷ ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004*. Genève, ONUSIDA
- ⁴⁸ Sudan National AIDS Control Programme (2004). Antenatal situation analysis & behavioral survey: results and discussions. Khartoum, Programme national de lutte contre le SIDA.
- ⁴⁹ Ogden J, Esim S, Grown C (2004). *Expanding the care continuum for HIV/AIDS: Bringing carers into focus*. Horizons Report. June. Conseil de la Population et Centre international de recherche sur les femmes. Washington, DC. Disponible sur <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/xpndngcrctnm.pdf>.
- ⁵⁰ 50 Mills EA (2004). *HIV/AIDS and the 'continuum of care': An ethnographic study of home-based care in KTC, Cape Town*. Honours thesis. Département d'anthropologie sociale, Université de Cape Town.
- ⁵¹ Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. October. Cape Town; Desmond C, Michael K & Gow J (2000). The hidden battle: HIV/AIDS in the household and community. *South African Journal of International Affairs*, 7(2):39-58.
- ⁵² UNGASS/High-level meeting on HIV/AIDS: Civil Society Report/Recommendations. 2 juin 2005. ONU. New York. Disponible sur <http://www.hdnet.org/library/UNGASS%202005%20Civil%20Society%20Recommendations.pdf>.
- ⁵³ HelpAge International et al. (2005). *Making Cash Count, Lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households, November*. HelpAge International, Save the Children UK, IDS. Disponible sur <http://www.helpage.org/Resources/Researchreports>.
- ⁵⁴ Meekers D and Richter K (2005). Factors Associated with Use of the Female Condom in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*, 31(1). March. Disponible sur <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3103005.html>
- ⁵⁵ Based on modeling by the London School of Hygiene and Tropical Medicine. The Microbicide Initiative (2002). *Mobilization for Microbicides: The Decisive Decade*. New York, Rockefeller Foundation.
- ⁵⁶ ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006*. Genève. ONUSIDA.
- ⁵⁷ ONUSIDA (2005). *From Advocacy to Action: A Progress Report on UNAIDS at Country Level*, ONUSIDA, 2005.
- ⁵⁸ ICRW (2005). *Civil Society Participation in Global Fund Governance: Recommendations and Actionable Items*. Working Paper Series, avril 2005.
- ⁵⁹ Bell E (2005). *Advocacy Training by the International Community of Women Living with HIV/AIDS*, Gender and Development, Volume 13, No. 3, November 2005.
- ⁶⁰ Kruger V (2000). *Evaluation report: men as partners programme*. September 2000. Project Evaluation and Research Service.

Photos

Page 1A: ONUSIDA/L.Taylor; Page 2A: ONUSIDA/AVECC/H.Vincent; Page Sommaire: ONUSIDA/G.Pirozzi; Page 3: ONUSIDA/C.Giray; Page 4: ONUSIDA/K.Hesse; Page 6: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Page 8: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Page 9: ONUSIDA/S.Drakborg; Page 10: ONUSIDA/G.Pirozzi; Page 12: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Page 13: ONUSIDA/C.Giray; Page 14: ONUSIDA/G.Pirozzi - ONUSIDA/P.Virot; Page 16: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Page 17: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Page 18: ONUSIDA/AVECC/H.Vincent - ONUSIDA/O.O'Hanlon; Page 20: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Page 21: ONUSIDA/AVECC/H.Vincent; Page 22: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Page 23: ONUSIDA; Page 24: ONUSIDA/P.Virot; Page 25: ONUSIDA/W.Phillips; Page 26: ONUSIDA/P.Virot; Page 27: ONUSIDA/O.O'Hanlon; Page 28: ONUSIDA/O.O'Hanlon

Design

www.paprika-annecy.com



Une initiative ONUSIDA

La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA

Institutions participantes

Amnesty International

Centre pour le leadership mondial des femmes

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

Campagne mondiale pour l'Education

Campagne mondiale pour les Microbicides

HelpAge International

Alliance internationale contre le VIH/SIDA

Centre international de recherches sur les femmes

Communauté internationale des Femmes

Vivre avec le VIH/SIDA

Partenariat international pour des Microbicides

Fédération internationale pour le Planning familial

Coalition internationale pour la santé des femmes

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme

Fonds des Nations Unies pour la Population

Organisation mondiale de la Santé

Union chrétienne des jeunes femmes (World YWCA)

Young Positives



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONUDC
OIT
UNESCO
OMVS
BANQUE MONDIALE