

Ensemble *nous* devons...

mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles ainsi qu'au VIH et sida

Ensemble nous devons! a été rédigé par Jacqui Patterson, avec la participation de Nazneen Damji, Deborah McKinney, Neelanjana Mukhia et Everjoice Win.

Le rapport été écrit par Jenny Drezin.

Rédaction, mise en page et conception : Eunice Corbin Design et Lisa Moore pour RedBone Press.

Traduction: Multi-Language Services, Inc., multilanguage@gmail.com

Nous remercions le personnel d'UNIFEM et de ActionAid des précieuses informations apportées pour l'élaboration et l'examen de cette publication.

- Pour UNIFEM : Suneeta Dhar, Matilda Gomez-Perez, Isha Nirola, Maham Hai et Sunita Vyawaharkar.
- Pour ActionAid : Emma Greenbaum, Karen Hansen-Kuhn et Peter O'Driscoll.

Et enfin, nous adressons un remerciement tout particulier à tous les praticiens et spécialistes dont le nom figure dans cette publication, pour le temps qu'ils nous ont accordé et pour leur implication dans ce projet.

Ensemble nous devons! a été coédité en novembre 2009 par le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme et par ActionAid.

Fonds de développement des Nations Unies pour la femme



Pour l'émancipation
de la femme et
l'égalité des sexes

UNIFEM est le fonds des Nations Unies pour les femmes. Il fournit une aide financière et technique à des stratégies et programmes novateurs visant l'autonomie des femmes et l'égalité entre les sexes. Le progrès des droits fondamentaux des femmes étant au cœur de toute son action, UNIFEM s'attache à réduire la pauvreté féminisée, à mettre un terme à la violence à l'égard des femmes, à inverser la propagation du VIH et sida parmi les femmes et les filles, et réaliser l'égalité entre les sexes dans une gouvernance démocratique, en temps de paix comme en temps de guerre.



ActionAid est une organisation internationale qui lutte contre la pauvreté dans 50 pays, en travaillant avec les pauvres et en défendant leur cause.

Table des matières

Résumé	4
Introduction :	
Faire face à la conjonction de deux pandémies : le VIH et sida, et la violence à l'égard des femmes et des filles	7
Chapitre 1. Quelles sont les caractéristiques d'une pratique 'prometteuse' dans la lutte contre la conjonction des deux pandémies?	11
Chapitre 2. Rallier des groupes à une cause	14
Encourager les hommes à devenir des alliés : <i>Sonke Gender Justice</i> (Afrique du Sud)	14
Mettre en place des réseaux en Inde, famille par famille	16
Utiliser la radio pour changer les mentalités locales : <i>Equal Access Nepal</i>	18
Chapitre 3. Impliquer les groupes exclus	20
S'occuper des femmes noires là où elles vivent : <i>Criola</i> (Brésil)	21
Sensibiliser chez soi et faire preuve de solidarité féminine à l'étranger : <i>Women of Color United</i> (WOCU – États-Unis d'Amérique)	22
Responsabiliser les jeunes : le pouvoir des Nigérianes	23
Chapitre 4. Intégrer l'action dans le secteur de la santé et au-delà	25
Proposer un appui global : l'hôpital des femmes de Nairobi (Kenya)	26
Mettre en place des protocoles pour lutter contre la conjonction des deux pandémies : FEIM (Argentine)	28
Chapitre 5. Responsabiliser les décideurs	30
Jeter un pont entre les mouvements : la campagne <i>Women Won't Wait</i>	31
Propager en milieu rural une démarche fondée sur les droits fondamentaux : CIRDDOC (Nigéria)	33
Conclusion	35
Notes	38
Appendice	42

Résumé

La violence à l'égard des femmes et des filles ainsi que le VIH et sida constituent deux des plus grands dangers pour la santé, le bien-être et la productivité des femmes dans le monde. Du fait des menaces et de la violence, il est difficile pour les femmes de négocier des rapports sexuels protégés et de décider des conditions de ces rapports. Les femmes et les filles ont deux à quatre fois plus de risques de contracter le VIH que les hommes lors de rapports non protégés, d'une part parce que leur physiologie les rend plus vulnérables aux lésions, et d'autre part parce qu'elles sont plus susceptibles de subir des rapports sexuels violents ou forcés.¹

De même, comme les préjugés contre du VIH donnent parfois lieu à la violence, les femmes séropositives en sont plus souvent victimes que les autres femmes.² De fait, en fonction de la menace, réelle ou ressentie, qui plane sur elles, les femmes décident ou non de faire le test de dépistage du VIH et d'en divulguer ou non le résultat. La crainte d'être victimes de violence ou de discrimination, celle d'être abandonnées et de perdre tout soutien économique sont des facteurs qui dissuadent fréquemment les femmes de chercher à connaître leur statut sérologique. Cette ignorance prive également celles qui vivent avec le VIH de traitement, de soins et de soutien.

La violence à l'égard des femmes et le VIH et sida sont des pandémies qui se renforcent mutuellement, et il apparaît de plus en plus clairement que les deux problèmes sont liés et qu'ils doivent et peuvent être combattus simultanément. Cependant, à ce jour ces stratégies n'ont été appliquées que de manière très limitée. C'est seulement maintenant que les groupes de défense de la cause des femmes et les collectivités qui luttent contre le VIH et sida ou contre la violence à l'égard des femmes et des filles commencent à se concerter pour envisager des stratégies communes. Ce rapport met l'accent sur les principaux éléments à prendre en compte pour établir de telles stratégies; il présente des organisations qui adoptent des approches soucieuses d'équité entre les sexes, axées sur les droits fondamentaux, qui combattent la double pandémie, donnent aux groupes marginalisés les moyens de s'exprimer, favorisent l'appropriation par la communauté, renforcent les capacités, encouragent une intégration intersectorielle et favorisent les liens entre les groupes de défense de la cause des femmes



Gideon Mendel/Corbis/ActionAid Pays : Nigéria

Aderonke Afolabi, éducatrice séropositive, anime un atelier pédagogique sur le sida destiné aux enseignants à Lagos (Nigéria). C'est l'une des rares personnes qui ne cachent pas leur statut sérologique dans un pays où la proportion d'habitants atteints par le VIH est montée en flèche pour atteindre désormais les 5 % de la population adulte.

et les militants qui luttent contre le VIH et sida et la violence à l'égard des femmes et des filles.

Ensemble nous devons! est articulé autour de quatre grandes stratégies de lutte contre la conjonction des deux pandémies : mobiliser les collectivités pour changer les normes qui s'opposent à l'égalité entre les sexes, impliquer les groupes marginalisés qui sont souvent plus vulnérables aux pandémies jumelles, intégrer l'action pour apporter un appui et dispenser des soins, et mener une action vigoureuse pour une plus grande responsabilisation des donateurs et des décideurs. Prises ensemble, ces stratégies permettent de dégager des enseignements précieux et des pratiques prometteuses qui seront utiles à d'autres organisations, et soulignent la nécessité d'évaluer en bonne et due forme les initiatives pour mieux comprendre leur impact et le renforcer.

La première stratégie consiste à impliquer les collectivités afin de changer les normes qui s'opposent à l'égalité entre les sexes. Le rapport décrit les activités de Sonke Gender Justice en Afrique du Sud, de MILANA en Inde et d'Equal Access au Népal, qui engagent activement les collectivités à reconnaître que, par leur soutien, voire leurs encouragements, elles favorisent la propagation de la violence et du VIH et sida. Parce que ces groupes insistent sur le rôle actif de tous les membres de la collectivité pour mettre fin aux pandémies, ils aident les collectivités qui refusent la vio-

“La violence contribue largement à accroître la vulnérabilité à l'infection des femmes et des filles par le VIH.”

lence et aident les femmes et les filles vivant avec le VIH et sida à avoir une vie productive et sans risque.

La deuxième démarche décrite dans le rapport montre que la vulnérabilité des femmes à la violence et au VIH et sida trouve son origine non seulement dans les inégalités entre les sexes mais aussi dans les disparités sociales fondées sur la race, la classe sociale, le groupe ethnique, l'âge, l'orientation sexuelle et autres facteurs. Des organisations comme Criola au Brésil, *Women of Color United* aux États-Unis et *Girls Power Initiative* au Nigéria interviennent auprès de groupes qui sont touchés de manière disproportionnée par les deux pandémies pour lutter contre les formes multiples de marginalisation qui rendent les femmes et les filles vulnérables à la violence et au VIH et sida.

La troisième stratégie consiste principalement à intégrer les démarches qui lient les interventions des autorités sanitaires, la violence et le VIH et sida à l'ensemble des services sociaux.

L'hôpital des femmes de Nairobi, guichet unique pour les victimes de violence sexuelle, illustre une méthode de soins de santé axée sur le respect des droits fondamentaux; il fournit gratuitement aux femmes des soins et une aide lorsqu'elles ont subi des violences et qu'elles risquent d'avoir été exposées au VIH. Elles reçoivent notamment une assistance pour aller signaler leur cas aux autorités et bénéficier de soins à plus long terme. En Argentine, la *Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer* (FEIM) intègre des protocoles liés à la violence à l'égard des femmes et des filles et au VIH et sida aux interventions médicales classiques. Ces deux organisations se servent des soins de santé comme point d'entrée pour s'attaquer en bloc aux deux pandémies qui touchent les femmes et les filles pauvres.

La dernière stratégie souligne l'importance de responsabiliser les décideurs de l'action qu'ils entreprennent pour s'attaquer aux liens entre les deux pandémies. Que ce soit par la recherche, la documentation, ou une formation aux droits fondamentaux des femmes séropositives, les organisations décrites, notamment la campagne mondiale *Women Won't Wait* et le CIRDDOC au Nigéria, encouragent l'adoption de politiques sexospécifiques de lutte contre le

VIH et sida à tous les niveaux de prise de décisions. Elles insistent aussi pour que le financement soit conséquent et que les organisations féministes soient associées à l'élaboration et à l'application des programmes de lutte contre la conjonction des deux pandémies.

Ensemble nous devons! est une première action visant à attirer l'attention sur les compétences, les capacités institutionnelles et les ressources nécessaires pour combattre globalement la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida. Le rapport cherche à stimuler le débat entre les médecins et les défenseurs de la cause des femmes pour recenser et encourager l'adoption de politiques et d'activités efficaces et adaptables à des contextes divers. En partant des nombreuses suggestions faites dans les “pratiques prometteuses” décrites ici, le rapport met en avant cinq recommandations principales.

La première recommandation est de favoriser la recherche pour définir et évaluer des stratégies efficaces de lutte con-



Anusuya, 31 ans, membre de MILANA. Anusuya et sa fille de treize ans sont séropositives depuis cinq ans.
Karnataka (Inde). 27 mars 2008

Srikanth Kolari/ActionAid, Date de création originale : 27 mars 08 Pays: Inde

tre la conjonction des deux pandémies, et de faire connaître les enseignements dégagés. La deuxième est de donner les moyens à cette recherche; le rapport recommande de collecter davantage de données nationales et mondiales sur la violence à l'égard des femmes et des filles, sur le VIH et sida et sur les liens entre les deux, et de les diffuser largement. Les groupes de défense de la cause des femmes doivent réfléchir à l'usage stratégique qu'ils peuvent faire de ces recherches, données et protocoles, comme moyens de responsabiliser les décideurs. Troisièmement, les hôpitaux et les centres de santé étant d'importantes sources de données, il serait utile d'élargir l'utilisation qui est faite des protocoles standard et des stages de formation destinés au personnel médico-sanitaire afin de les sensibiliser et de renforcer leurs capacités de s'attaquer à la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida. Quatrième recommandation, les groupes de défense de la cause des femmes qui s'occupent de la conjonction du VIH et sida et de la violence doivent tenter d'impliquer

les populations exclues, notamment les minorités raciales et sexuelles et les jeunes femmes, là où elles vivent et travaillent, ainsi que sur leurs lieux de loisirs.

La dernière recommandation du rapport souligne l'importance de mobiliser les collectivités. Compte tenu de la place marginale qu'elles occupent, les femmes et les filles sont souvent les plus vulnérables au VIH; pourtant, ce sont elles qui sont les moins susceptibles de bénéficier des services existants de prévention, de traitement, de soins et d'aide. Pour que les stratégies susmentionnées soient efficaces, il est essentiel d'impliquer les différents groupes de la communauté au sens large – et notamment les hommes et les familles, les chefs spirituels et les chefs traditionnels, ainsi que les administrations locales. Pour faire face à la réprobation et à la discrimination qui sont très fréquemment associées à la violence à l'égard des femmes et des filles et au VIH et sida, il est essentiel d'obtenir l'adhésion de nombreuses parties prenantes de la population.

Introduction :

Faire face à la conjonction de deux pandémies : VIH et sida, et violence à l'égard des femmes et des filles

À travers le monde, des femmes et des filles affrentent la conjonction catastrophique du VIH et sida et de la violence. Chacune de ces deux menaces est redoutable en soi, mais la plupart du temps elles surviennent ensemble. Dans le domaine privé comme dans le domaine public, en temps de paix comme en temps de guerre, dans des situations d'épidémie généralisée ou locale,³ la violence contribue largement à accroître l'infection des femmes et des filles par le VIH. La violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida font partie des principales menaces pour la santé, le bien-être et la productivité des femmes à l'échelle mondiale.

Les facteurs qui expliquent la corrélation entre violence à l'égard des femmes et des filles et VIH et sida sont notamment une conjonction complexe de conditions sociales, culturelles et biologiques. Les femmes et les filles courent deux à quatre fois plus de risques que les hommes de contracter le VIH lors de rapports non protégés, d'une part parce que leur physiologie les rend plus vulnérables aux lésions et, d'autre

part, parce qu'elles sont plus susceptibles de subir des rapports sexuels violents ou contraints.⁴ À cause de la violence, ou de la menace de violence, il est difficile pour les femmes et les filles de négocier des rapports sexuels protégés et de maîtriser les conditions de ces rapports, en particulier chez les couples mariés. De fait, pour de trop nombreuses femmes dans le monde, le risque le plus grand de contracter le VIH vient des rapports conjugaux, lorsque le partenaire a contracté le virus avant ou en dehors du mariage.⁵

En particulier, la violence à l'égard des jeunes femmes et des filles engendre un cercle vicieux : les services sexuels et la violence qu'elles ont subis pendant leur enfance peuvent entraîner chez elles des comportements à risque au cours de leur adolescence ou de leur vie d'adulte.⁶ Dans de nombreuses cultures, les modèles de la féminité encouragent l'innocence et l'ignorance et dissuadent les filles de s'informer sur la sexualité ou de vouloir maîtriser leur vie sexuelle. Des pratiques telles que le mariage forcé ou le mariage des enfants exacerbent les inégalités entre les sexes, et les femmes et les filles n'ont presque jamais leur mot à dire quant au moment ou aux conditions de leur initiation sexuelle. Ces pratiques peuvent aussi les rendre plus vulnérables au VIH : en moyenne, les hommes qui épousent des enfants sont plus âgés que les partenaires sexuels des filles non mariées du même âge. Ils sont en général sexuellement plus expérimentés, et ils peuvent exiger des relations sexuelles qui augmentent le risque pour l'enfant mariée de contracter le VIH et sida.⁷

La réprobation dont sont victimes les personnes ayant contracté le VIH – encore plus fréquente lorsque la maladie évolue en sida – entraîne souvent davantage de violence pour les femmes séropositives que pour le reste de la population.⁸ La décision de faire ou non le test de dépistage du VIH, d'en divulguer ou non le résultat, dépend de la menace, réelle et perçue, de violence de la part de leur partenaire. La crainte d'être victime de violence, celle d'être abandonnée et de perdre son soutien économique sont des raisons fréquentes qui dissuadent les femmes de rendre publique leur séropositivité.⁹

Parce qu'elles utilisent généralement les services de santé davantage que les hommes, en particulier pour les soins pré-



Srikanth Kolari/ActionAid Date de création originale : 27 mars 08 Pays : Inde

Amuda et Anusuya, 31 ans, toutes les deux membres de MILANA, en train de conseiller Neelaamma, 30 ans, séropositive. Karnataka (Inde). 27 mars 2008. MILANA, un réseau de personnes qui vivent avec le VIH, est une initiative unique dans son genre. En luttant contre la réprobation sociale dont sont victimes les personnes séropositives, elle permet aux femmes contaminées par le VIH de faire valoir leurs droits et de mener une vie digne.



Gideon Mendel/Corbis/ActionAid Date de création originale : 01 janvier 05 Pays : Nigéria

Afolabi, éducatrice séropositive, porte le tee-shirt imprimé du logo de Potter Cares, l'organisation d'appui qu'elle a créée. Elle est l'une des rares personnes au Nigéria à ne pas cacher sa séropositivité, dans ce pays où le taux de personnes atteintes par le VIH a progressé en flèche pour dépasser les 5 % de la population adulte. Des jeunes manifestent dans la rue à Ajeromi, un quartier pauvre de Lagos, contre un homme soupçonné d'avoir commis des violences sexuelles sur un enfant. Ils avaient auparavant assisté à une réunion éducative pour les jeunes dans le cadre du projet "Make we talk", où ils avaient entendu parler d'un homme atteint du sida qui payait des jeunes filles pour qu'elles acceptent d'avoir des rapports sexuels avec lui sans préservatif.

nataux et périnatals, les femmes ont plus de chances que leur partenaire masculin de connaître leur statut sérologique. Le risque de transmettre le VIH pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou lors de l'allaitement entretient une tendance à rejeter la responsabilité sur les femmes : la société les perçoit comme seules responsables de l'infection de leurs enfants. Dans de nombreux cas, la révélation de leur séropositivité a pour conséquence de renforcer l'idée que les femmes sont les vecteurs de la maladie. Elles sont souvent tenues pour seules responsables d'avoir introduit le virus dans leur famille ou dans leur communauté. Si elles révèlent à leur partenaire ou à des tiers qu'elles sont séropositives, elles risquent davantage d'être victimes de violence, de réprobation ou de discrimination de la part de leur partenaire, de leur famille et des membres de leur communauté.¹⁰

Il est arrivé que des femmes séropositives soient renvoyées de leur foyer et de leur communauté, dépouillées de leurs biens, et dans certains cas inculpées d'avoir transmis le VIH.¹¹ Il y a une législation qui a généralement pour but de protéger les femmes infectées à leur insu par leur partenaire, mais cette loi peut aussi augmenter le risque pour les femmes d'être victimes de violence et de réprobation. Non seulement ces lois aboutissent à un nombre disproportionné de femmes prises pour cibles, mais dans certains cas elles favorisent la poursuite en justice de femmes accusées d'avoir transmis le virus à leur bébé.¹²

La vulnérabilité des femmes et des filles à la violence et au VIH et sida a aussi des conséquences importantes pour les actions visant à leur donner un accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et à l'assistance.¹³ La multiplication des possibilités d'information, d'éducation et de communication sur le VIH peut contribuer à endiguer la transmission du virus, mais les femmes peuvent aussi subir de violentes réactions à mesure qu'un nombre crois-

sant d'entre elles sont dépistées et soignées. Les militants des mouvements qui cherchent à mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles et ceux qui luttent contre le VIH et sida doivent par conséquent être mieux informés sur la conjonction des deux pandémies et, pour que leurs efforts soient couronnés de succès, ils doivent utiliser des moyens appropriés, efficaces et qui tiennent compte des différences culturelles.

Contexte de ce rapport

Cette courte introduction fait ressortir quelques-unes des formes complexes selon lesquelles la violence à l'égard des femmes et des filles ainsi que le VIH et sida sont à la fois cause et conséquence l'une de l'autre.¹⁴ En revanche, on ne sait pas très bien comment s'attaquer efficacement à cette conjonction. Il est évident qu'il faut adopter des démarches intégrées, elles sont possibles mais à ce jour elles sont loin d'être largement appliquées. Il y a eu des tentatives, jusqu'ici modestes, de rapprochement entre des militants de la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles et ceux qui luttent contre le VIH pour étudier les domaines de confluence et mettre en place des stratégies propres à renforcer mutuellement la recherche, les politiques et les programmes.¹⁵

Les réponses institutionnelles et politiques au VIH et sida sont notamment axées sur l'égalité entre les sexes et sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Mais les groupes qui luttent contre la violence à l'égard des femmes et des filles ne se préoccupent du VIH et sida que depuis relativement peu de temps, et il faudra multiplier les efforts pour trouver des stratégies efficaces qui pourront être reproduites ou transposées à plus grande échelle. Ces efforts sont d'autant plus importants qu'il n'existe pas d'orientation claire et cohérente au niveau mondial sur des moyens effi-



Jodie Bieber/ActionAid Date de création originale : 26 janvier 09 Pays : Afrique du Sud

Pretty était une amie proche d'Eudy Simelane. Eudy a été assassinée à cause de ses préférences sexuelles. Pretty passe à présent beaucoup de temps avec la mère d'Eudy.

caces de s'attaquer aux liens entre la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida. Selon la campagne *Women Won't Wait* présentée dans ce rapport, même les organisations chargées de promouvoir l'accès universel et celles qui proposent une assistance technique au niveau national, ne prennent pas encore suffisamment en compte la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida.¹⁶ La méconnaissance de stratégies efficaces est aggravée par un système de financements distincts : les programmes de lutte contre la violence à l'égard des femmes, d'une part, et ceux contre le VIH et sida, d'autre part, restent la norme, au moins pour les principaux donateurs multilatéraux.¹⁷

ActionAid et UNIFEM ont décidé de coopérer pour réaliser ce rapport afin d'enrichir la base de données factuelles qui doit permettre de relier les programmes de prévention de la violence à l'égard des femmes et des filles, d'une part, et de lutte contre le VIH et sida, d'autre part. Chacune des deux organisations s'attache à forger des liens entre l'action contre le VIH et le sida et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles, notamment en produisant des moyens d'information accessibles et liés aux deux pandémies, axés sur la problématique des droits fondamentaux de la personne. *Ensemble nous devons!* est un premier effort destiné à attirer l'attention sur les pratiques prometteuses et contribuer à accroître les connaissances, les capacités

institutionnelles et les ressources qui sont nécessaires pour mettre en œuvre une solution plus globale.

Le rapport étudie la manière dont certaines organisations élaborent des stratégies de lutte contre les deux pandémies et définissent certaines approches communes. Celles-ci peuvent servir de base pour mettre au point des activités plus méthodiques, mesurables et pouvant être reproduites. Les organisations étudiées ont été repérées dans les réseaux partenaires d>ActionAid et d'UNIFEM, et ne représentent donc qu'une petite partie de l'excellent travail accompli à travers le monde. Leurs stratégies doivent s'ajouter à d'autres démarches complémentaires qui ont été décrites et utilisées ailleurs.¹⁸

En attirant l'attention sur la démarche de ces organisations, ActionAid et UNIFEM visent à encourager la poursuite des recherches et une analyse plus rigoureuse des stratégies qui permettent de réduire l'incidence de la violence à l'égard des femmes et des filles et leur risque d'être exposées au VIH. Ce rapport doit donc servir d'appel à l'action adressé à la communauté internationale pour qu'elle aille au-delà des 'promesses' que représentent ces démarches et qu'elle propose des solutions globales aux deux pandémies.

Structure du rapport

Ce rapport est divisé en cinq parties. Le premier chapitre étudie la notion de pratique "prometteuse" en matière de lutte contre la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida. Les organisations dont il est question n'adoptent pas toutes le même niveau de contrôle et d'évaluation pour les actions qu'elles entreprennent dans le cadre de leurs programmes; c'est pourquoi, lorsque nous mentionnons les stratégies qu'elles utilisent, nous parlons de pratiques 'prometteuses' plutôt que de pratiques 'qui ont fait leurs preuves'. Les activités de ces organisations ne se limitent pas à celles qui sont étudiées ici, car le présent rapport est axé sur six éléments essentiels dans l'action qu'elles mènent pour aborder les liens entre les deux pandémies et leur vecteur. Ces éléments peuvent servir de critères pour étayer les actions entreprises dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida dans d'autres contextes.

Les autres chapitres exposent quatre grandes stratégies qui ressortent des cas étudiés et qui visent à faire face à la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida. Le chapitre 2 montre que pour mobiliser la population et s'assurer de son appui, il est très im-

portant d'impliquer de nombreuses parties prenantes aux stratégies de lutte contre les deux pandémies – des hommes et des garçons jusqu'aux familles, en passant par les réseaux sociaux. Le chapitre 3 est axé sur l'importance d'associer les groupes marginalisés aux programmes, à toutes les étapes, de la conception à l'application, au suivi et à l'évaluation; il analyse de quelle façon les organisations prennent en compte l'impact de la race, de la classe sociale, de l'orientation sexuelle et de l'âge dans leur action à la conjonction des deux pandémies. Le chapitre 4 étudie des exemples novateurs de soins de santé qui introduisent des facteurs socioculturels dans les soins et l'appui qu'ils fournissent. Enfin, le chapitre 5 examine des stratégies visant à se servir de la recherche, de la sensibilisation et de la documentation pour responsabiliser les décideurs. Le rapport s'achève avec cinq recommandations qui ressortent des stratégies prometteuses analysées. Ces recommandations s'adressent aux gouvernements, aux groupes de la société civile, aux individus et à toute autre entité qui pourrait envisager d'adopter des stratégies similaires dans leur propres programmes pour lutter contre la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida.

“En attirant l'attention sur la démarche de ces organisations, ActionAid et UNIFEM visent à encourager la recherche et une analyse plus rigoureuse des stratégies qui permettent de réduire l'incidence de la violence à l'égard des femmes et des filles, et de leur risque d'être exposées au VIH et sida.”

Quelles sont les caractéristiques d'une pratique 'prometteuse' dans la lutte contre la conjonction des deux pandémies?

Lorsque ActionAid et UNIFEM ont commencé à examiner des initiatives qu'ils pourraient décrire dans *Ensemble nous devons!*, une liste de caractéristiques s'est dégagée de leurs expériences conjuguées en matière de programmes, d'analyse des grandes orientations ou de sensibilisation. Tout d'abord, les deux organisations conviennent qu'une pratique prometteuse doit s'inscrire dans un cadre respectueux des droits fondamentaux de la personne et viser en premier lieu la promotion, la protection et la réalisation des droits des femmes et des filles. Ces pratiques doivent naturellement contribuer à l'égalité entre les sexes; elles doivent innover pour favoriser l'émancipation des femmes, tant au niveau individuel, institutionnel qu'au niveau des politiques et des programmes. Elles doivent aussi être fondées sur des faits observés et y contribuer, et s'appuyer sur les connaissances actuelles et les pratiques recommandées dans le domaine de la prévention contre le VIH et le sida et la violence à l'égard des femmes et des filles. Il est également essentiel que les initiatives soient durables, qu'elles renforcent les capacités au niveau local, institutionnalisent les pratiques et dégagent les possibilités d'un financement suivi. Idéalement, ces pratiques pourront être reproduites et servir de modèles pour des organisations partenaires qui souhaitent utiliser des stratégies similaires pour les situations ou les populations qu'elles servent.

Les pratiques choisies ici n'ont pas toutes été officiellement évaluées ou examinées en fonction de résultats, mais elles ont toutes fait preuve d'une approche novatrice des questions transsectorielles à la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida. Elles répondent aux besoins de populations qui jusqu'ici sont insuffisamment desservies, et elles permettent de dégager des enseignements précieux pour les organisations partenaires. Au-delà de ces caractéristiques, ActionAid et

UNIFEM ont retenu six critères qui peuvent être examinés pour évaluer les actions de lutte contre la conjonction des deux pandémies. Chacune des pratiques décrites répond à au moins une des normes suivantes, comme il y sera fait référence tout au long du rapport :

1) Les pratiques prometteuses s'attaquent aux causes profondes des deux pandémies

L'inégalité entre les sexes est à la conjonction des deux pandémies. Le déséquilibre des rapports de force hommes-femmes perpétue et entretient la violence à l'égard des femmes et des filles. Il joue aussi un rôle dans les comportements sexuels et les risques vis-à-vis du VIH. Par exemple, des études effectuées au Botswana et au Swaziland montrent que lorsque les hommes ont un comportement discriminatoire à l'égard des femmes, il est plus probable qu'ils ont aussi des relations sexuelles non protégées avec une ou plusieurs partenaires autres que leur femme.¹⁹ Dans le cadre de la double pandémie, ces normes sont nuisibles pour les deux sexes. Non seulement le statut d'infériorité des femmes amoindrit leur autonomie, leur pouvoir de décision et leurs droits en matière de sexualité, mais il peut aussi restreindre leurs perspectives économiques et éducatives qui pourraient les rendre moins vulnérables à la violence et au VIH. Les normes traditionnelles de la masculinité peuvent encourager les hommes à perpétuer la violence pour prouver leur virilité ou à se livrer à divers comportements sexuels à risques, notamment des rapports sexuels non protégés et avec de multiples partenaires.

Les pratiques prometteuses tiennent compte du fait que l'émancipation des femmes et des filles ne peut se faire dans le vide : pour que les interventions soient couronnées de succès, les hommes et les garçons, les familles et les collectivités au sens large doivent y être associés. Il s'agira

notamment de mettre l'accent sur la construction sociale de la "masculinité" et de remettre en cause les normes socio-culturelles qui encouragent ou tolèrent la violence à l'égard des femmes dans le domaine public comme dans le domaine privé. Ces pratiques, à la conjonction des deux pandémies, tiennent aussi compte de l'existence de certaines formes de violence, de discrimination et d'obstacles que rencontrent les femmes et les filles séropositives.

2) Les pratiques prometteuses donnent aux groupes marginalisés de la société les moyens d'accéder à l'autonomie

'Rien sur nous sans nous' est un refrain courant chez les militants de la lutte contre le VIH et sida. Il souligne l'importance d'impliquer les groupes marginalisés dans les politiques, les programmes et les pratiques. La violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida touchent toutes les couches de la société, mais certains groupes sont particulièrement vulnérables à ces deux pandémies, comme par exemple les travailleuses sexuelles, les travailleuses migrantes, les femmes jeunes, les minorités ethniques ou raciales, et les femmes handicapées. Pour être efficaces, les stratégies doivent être sans exclusive, acceptables et accessibles, surtout pour les groupes marginalisés. Conformément au principe du MIPA (*Meaningful Involvement of People with AIDS* – participation concrète des personnes vivant avec le sida), les stratégies efficaces tiennent compte du fait que la race, la classe sociale, l'ethnie, l'orientation sexuelle, l'âge, la religion et autres facteurs encore ont un impact sur la vulnérabilité des femmes et des filles à la violence et au VIH et sida. Ces stratégies s'intéressent à la manière dont ces facteurs aident ou empêchent les femmes qui sont touchées par une ou par les deux pandémies d'avoir accès à des services. Des mesures sont également prises pour impliquer les groupes marginalisés à tous les niveaux de l'élaboration des politiques et des programmes, en passant de la conception à la planification, à l'application, au suivi et à l'évaluation.

3) Les pratiques prometteuses favorisent l'appropriation par la collectivité

Les pratiques prometteuses impliquent la collectivité dans la lutte contre la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida. Elles impliquent les dirigeants communautaires et tiennent la collectivité responsable d'entretenir un climat qui favorise le respect et la défense des droits des femmes. Afin d'obtenir l'adhésion de la collectivité, les interventions doivent aussi être adaptées aux cultures, aux populations et aux circonstances existantes. Compte tenu du rôle joué par la collectivité dans la

création et le maintien des normes sexospécifiques, il peut parfois être nécessaire de contrebalancer les prétendues 'valeurs traditionnelles' en faisant reconnaître et valider les droits des femmes. Dans de nombreux cas, les stratégies décrites dans ce rapport permettent d'organiser un dialogue communautaire afin d'élargir l'interprétation qui est faite de la culture et d'y intégrer une perspective plus égalitaire, en se servant d'outils de communication comme les médias et les divertissements pour éduquer la population et la sensibiliser.

4) Les pratiques prometteuses permettent aux groupes de la société civile de responsabiliser les décideurs

Les femmes qui sont les plus touchées par la double pandémie sont le plus à même d'évaluer l'efficacité des programmes et de recommander des politiques adaptées. Une pratique prometteuse appuie et renforce le rôle de la société civile dans le suivi des engagements et de leur application aux niveaux local, national, régional et mondial, en particulier s'agissant des organisations féministes et des groupes de lutte contre le VIH et sida. Ces pratiques permettent à la société civile de responsabiliser les décideurs, qu'il s'agisse de documenter des cas de violence à l'égard des femmes et des filles, de former les femmes à l'utilisation des instruments de défense des droits fondamentaux ou de suivre les flux financiers destinés au VIH et au sida et provenant des pouvoirs publics ou des institutions internationales.

5) Les pratiques prometteuses favorisent les solutions globales

Les pratiques prometteuses prennent en compte le droit des femmes et des filles victimes de violence et touchées par le VIH et sida à bénéficier de services de prévention, de traitement, de soins et d'assistance. Elles favorisent une intégration intersectorielle, en associant des parties prenantes issues de domaines très variés, et elles sont axées sur les nombreux besoins exprimés par les femmes victimes d'une ou des deux pandémies. Des stratégies efficaces permettent aux victimes de recevoir des soins en continu, ou utilisent un système bien coordonné d'aiguillage des patientes pour veiller à ce que les femmes et les filles séropositives qui sont victimes de violence soient prises en charge de manière globale. Cela signifie une attention aux besoins physiques des patientes mais également à leur santé mentale et à leur sécurité physique et économique. Les réponses globales peuvent notamment comprendre une aide et des conseils juridiques, un aiguillage vers un dispensaire qui propose une thérapie antirétrovirale, ou un soutien psychosocial.

6) Les pratiques prometteuses jettent un pont entre les différents mouvements pour lutter contre le VIH et sida et mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles

Les militants de la lutte contre le VIH et sida multiplient les efforts pour influer sur le programme mondial de lutte contre le sida depuis que la maladie a été dépistée. De son côté, le mouvement de lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles n'a cessé de prendre de l'ampleur et est reconnu au niveau international. Pourtant, ils n'ont uni leurs forces pour sensibiliser l'opinion que depuis très peu de temps. Le sida était d'abord perçu comme une maladie affectant les homosexuels, si bien que les programmes ne ciblaient pas les femmes et les filles. Parallèlement, on ignorait encore assez largement que la violence sexuelle augmente le risque d'être infecté par le VIH et sida.

Cependant, depuis environ dix ans, les militants de la cause des femmes mènent une action vigoureuse pour que la problématique hommes-femmes, y compris la violence à l'égard des femmes, soit prise en compte dans la lutte contre le VH et sida. À mesure que le nombre de femmes et de filles contractant la maladie s'accroît et que ses incidences socioculturelles et relatives aux droits fondamentaux deviennent plus largement connues, la prise de conscience des liens entre les deux pandémies s'est amplifiée. Les pratiques prometteuses permettent aux militants des deux mouvements d'établir des liens et renforcent leurs capacités de travailler ensemble.



Srikanth Kolari/ActionAid Date de creation originale : 28 mars 08 Pays : Inde

Meena, 35 ans, a quatre enfants. Elle est séropositive depuis 13 ans. Meena a adhéré à MILANA il y a cinq ans. Selon elle, "En offrant un soutien psychosocial, des conseils à domicile notamment sur la nutrition, nous parvenons à toucher de nombreuses femmes séropositives. Karnataka (Inde). 28 mars 2008

Rallier des groupes à une cause

Comme un caillou dans la mare, le VIH a un effet d'onde dans toute la société : il touche d'abord la famille, puis la communauté et enfin le pays entier.

—ONUSIDA, 2007



Srikanth Kolari/ActionAid Date de création originale : 28 mars 08 Pays : Inde

Une réunion Stepping Stone à MILANA, avec Christy Abraham d'ActionAid et Jyothi Kiran de MILANA. Karnataka (Inde). 27 mars 2008

L'inégalité entre les sexes est un facteur capital qui favorise la propagation des deux pandémies, et les collectivités contribuent à créer et à perpétuer des normes destructrices d'inégalité entre les sexes. Dans de nombreuses sociétés, les valeurs culturelles et les traditions encouragent les hommes et les garçons à adopter des comportements agressifs, voire violents, qui sont pour eux un moyen d'exprimer leur masculinité. Dans certains cas, ces normes se manifestent par la perpétuation de la violence à l'égard des femmes et des filles et, dans d'autres cas, elles sont exprimées chez les hommes par des comportements sexuels à risque. Dans de nombreuses sociétés, les inégalités entre les sexes ne sont pas reconnues comme une violation des droits des femmes, elles sont même considérées comme naturelles et nécessaires.

Tant que les collectivités ne reconnaîtront pas que la violence à l'égard des femmes est un phénomène courant et que les femmes et les filles sont de plus en plus vulnérables au VIH, il est pratiquement impossible que les membres d'une collectivité contribuent à résoudre le problème. Les organisations décrites dans ce chapitre s'efforcent d'engager les collectivités ciblées à reconnaître le rôle qu'elles jouent dans la propagation de la violence et du VIH et sida, en la favorisant, et parfois même en la perpétuant. Elles utilisent

diverses stratégies qu'elles mettent en œuvre dans des contextes culturels variés mais offrant de grandes similarités – l'Afrique du Sud et l'Asie du Sud. En organisant des débats ouverts avec des populations déterminées, comme par exemple les hommes jeunes ou les familles, les stratégies utilisées sensibilisent ces derniers à la problématique hommes-femmes.

Ce sentiment de compassion et de proximité est essentiel car c'est surtout son absence qui favorise la violence.²⁰ En outre, en insistant sur le rôle actif que tous les membres de la collectivité peuvent jouer dans la lutte contre les deux pandémies, ces stratégies permettent à chacun d'avoir la maîtrise de son propre comportement. Elles encouragent les hommes à devenir des alliés plutôt que des auteurs de violence, et incitent les femmes et les filles à plaider la cause des femmes, qu'elles soient aussi victimes ou non, et aux familles et aux collectivités de soutenir les victimes plutôt que de les stigmatiser et de demeurer des témoins passifs qui tolèrent les sévices.

Les stratégies opérationnelles décrites ici illustrent bon nombre des caractéristiques et des critères mentionnés dans le chapitre 1. En collaborant avec une série d'acteurs dont les attitudes et le comportement contribuent à former les normes de société, elles favorisent l'appropriation et l'adhésion de la collectivité, même de la part des parties prenantes les plus sceptiques. Elles s'attaquent aux causes profondes des pandémies et montrent que la conjonction de la violence et du VIH n'est pas seulement un problème de femmes. Enfin et surtout, en examinant des croyances culturelles profondément ancrées, ces pratiques aboutissent à une compréhension plus complète de l'état d'esprit local et permettent de créer de véritables communautés de soutien.

Encourager les hommes à devenir des alliés : Sonke Gender Justice (Afrique du Sud)

Dans mon travail ... nous mettons en question la conception qu'ont les hommes jeunes de ce que doit être un homme.

Quand ils disent que pour être un homme il faut prendre des risques, nous leur faisons remarquer qu'avec certains types de risque, il ne s'agit pas de courage, il s'agit d'infection par le VIH. En tant qu'homme, je veux changer la mentalité des autres hommes et des autres garçons sur leur rôle, tel qu'ils le comprennent – de mari, de père, de membre d'une collectivité.²¹

—Tapiwa, Éducateur communautaire

Tapiwa est un jeune homme qui s'est donné pour mission de s'élever contre la violence à l'égard des femmes et des filles et ses multiples conséquences, notamment le VIH et sida. Voir son père frapper sa mère a été une épreuve qui l'a incité à rejoindre un mouvement en plein essor qui cherche à redéfinir la condition masculine.

En Afrique du Sud, où la recherche a montré que toutes les six heures une femme est tuée par son partenaire, l'histoire de Tapiwa a une résonance toute particulière.²² De plus, “près de 4 % des femmes âgées de 15 à 25 ans et sexuellement actives rapportent avoir eu des rapports contraints avec leur dernier partenaire (tandis que près de 10 % rapportent avoir eu un jour des rapports contraints).”²³ La violence à l'égard des femmes une fois qu'elles ont avoué leur séropositivité est aussi beaucoup trop fréquente. Parmi les femmes séropositives qui ont participé à 17 études en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, il ressort qu'entre 3,5 % et 14,6 % d'entre elles ont été victimes de violence.²⁴

L'histoire de Tapiwa a été enregistrée en numérique par *Sonke Gender Justice*, une organisation de lutte contre les inégalités entre les sexes, qui contribuent à la propagation rapide du VIH et du sida. Sonke, qui signifie ‘nous tous ensemble’, reconnaît qu'il est important d'associer les hommes et les garçons à la lutte pour réaliser l'égalité entre les sexes. La première difficulté est de convaincre les hommes qu'ils ont un rôle à jouer. Comme Tapiwa le raconte, “pour les garçons, l'égalité entre les sexes ne concernait que les femmes, et un homme ne pouvait pas se sentir concerné. Cela me posait problème parce que je savais d'expérience que la violence sexiste touche à la fois les femmes et les hommes.”

Le programme phare de Sonke, appelé ‘One Man Can Campaign’, a été mis en place en février 2006. Il aide les hommes et les garçons de huit provinces d'Afrique du Sud, mais aussi du Burundi, du Kenya, du Malawi, du Mozambique, de Namibie et d'Ouganda, à agir pour mettre fin à la violence familiale et sexuelle et pour favoriser des relations saines et égalitaires.²⁵ Les travaux de Sonke font partie d'efforts

prometteurs visant à inciter les hommes et la collectivité au sens large à devenir des alliés dans la lutte pour réaliser l'égalité entre les sexes, plutôt que de perpétrer la violence. Les comportements sexuels à risque, comme la violence ou les rapports non protégés, sont plus souvent associés aux hommes qu'aux femmes, mais Sonke est conscient qu'on ne peut pas convaincre les hommes en les culpabilisant, en les accusant ou en les injuriant.

Selon Dean Peacock, co-fondateur de Sonke, “nous déployons des efforts pour souligner combien il est urgent de mettre fin à la violence sexiste, mais nous ne devons pas tomber dans le piège qui consiste à représenter les hommes des régions du Sud comme étant systématiquement organisés selon le système patriarcal et invariablement violents ou irresponsables. Parfois, l'image qui est donnée des hommes des régions du Sud dans les discours internationaux sur le sida risque de renforcer des stéréotypes racistes et néocoloniaux. Il faut citer nommément ce risque et le combattre : il est contre-productif, engendre une résistance inutile de la part de certains hommes. Un autre danger, c'est que les organisations qui luttent contre le sida seront contraintes d'écartier certaines stratégies, alors que celles-ci feraient des hommes des alliés essentiels pour assurer aux femmes le respect de leurs droits et l'accès à la santé.”

Par contre, pour appréhender les causes profondes des comportements qui renforcent les deux pandémies, les hommes et les garçons doivent se poser la question de ce que signifie réellement d'être un homme. Ils peuvent par exemple se demander en quoi les normes masculines peuvent être nocives aux hommes eux-mêmes et aux personnes autour d'eux. Les programmes de Sonke apprennent aux hommes et aux garçons que les mêmes normes qui tolèrent la violence à l'égard des femmes poussent aussi les hommes à agir de telle manière qu'ils mettent leur propre santé en danger. Par la violence et l'agression, par la recherche de nombreux partenaires sexuels ou par des rapports non protégés, les normes relatives à la ‘masculinité’ et à la prouesse sexuelle peuvent exposer les hommes et les garçons à des maladies sexuellement transmissibles comme le VIH. Ces normes sont d'autant plus dangereuses que les hommes utilisent peu les services de dépistage du VIH. Parce qu'ils craignent que leur séropositivité soit connue et craignent la réprobation sociale, parce qu'ils veulent continuer à avoir des relations sexuelles multiples ou pour d'autres raisons, les hommes qui font faire un test de dépistage et se soignent pour le VIH en Afrique du Sud sont nettement moins nombreux que les femmes.

Sonke encourage les hommes et les garçons à réfléchir aux conséquences de leurs actes sur leur propre mère, sœurs

“Pour les garçons, l'égalité entre les sexes ne concernait que les femmes, et un homme ne pouvait pas se sentir concerné. Cela me posait problème parce que je savais d'expérience que la violence sexiste touche à la fois les femmes et les hommes.”

et filles, sur leurs collègues, sur les femmes qui militent avec eux et leurs amies. Une fois que les hommes ont pris conscience que les femmes et les filles qu'ils aiment sont vulnérables et peuvent être touchées par les deux pandémies, on peut les mobiliser pour faire changer les comportements qui sont la cause de la propagation de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida. Sonke fait également appel aux principes sud-africains traditionnels de *l'Ubuntu* – l'idée selon laquelle les individus puisent leur humanité dans leurs relations avec les autres – pour impliquer de plus grandes collectivités et encourager les dirigeants locaux à appuyer leur action. Le fait de travailler à la fois avec les chefs traditionnels et les administrations locales leur permet de gagner de la crédibilité et de changer les normes culturelles. Sonke a par exemple collaboré avec des chefs spirituels et des chefs traditionnels influents dans une province rurale pauvre, en les formant sur les liens qui existent entre la violence, le VIH et sida, ainsi que le rôle et la responsabilité des hommes dans la lutte contre ces deux pandémies. L'un de ces chefs a déclaré, “j'ai toujours pensé que des questions comme celle de l'égalité n'avaient pas leur place en Afrique. Mais à présent je me rends compte que je dois faire quelque chose.”²⁶

Afin de s'assurer de la durabilité de son travail, Sonke renforce les compétences de direction et les capacités au niveau des administrations locales, régionales et nationales, et travaille en coordination avec le dispositif national pour l'égalité entre les sexes. Il veille également à ce que tous les services ministériels, dans le cadre de leurs activités, aident à transformer la manière de penser des hommes à la question de l'égalité des sexes. Son objectif est de transposer ses activités à une plus grande échelle en attirant des institutions plus grandes, mieux financées, qui acceptent d'investir dans leur méthode. M. Peacock poursuit, “Nous coopérons aussi avec les administrations locales pour les convaincre de prendre en charge les activités – pour qu'ils forment leur propre personnel à la mise en œuvre des activités avec les hommes – pour s'assurer que leur action ne cessera pas lorsque Sonke ne les financera plus ou sera parti dans une autre région. Les autorités doivent prendre en charge les activités et financer et appuyer les organisations

de la société civile au niveau local pour qu'elles poursuivent les activités dans leur région.”

Outre l'appui aux gouvernements, Sonke plaide aussi pour qu'ils respectent leur obligation constitutionnelle de faire progresser l'égalité entre les sexes. L'organisation a récemment poursuivi en justice un haut fonctionnaire du parti au pouvoir pour des propos misogynes qu'il avait tenus en public. Sonke a également fait des déclarations dans la presse et organisé des manifestations publiques pour exiger que des actions en correctionnelle soient rapidement entreprises contre les auteurs de viols et de violence familiale qui ont lieu dans leur collectivité.

L'impact réel du travail accompli par Sonke est difficile à mesurer, mais les évaluations effectuées montrent une évolution sensible de l'attitude des hommes et de ce qu'ils savent de l'égalité entre les sexes, des relations sexuelles et des droits des femmes. D'après une évaluation d'impact, les participants ont affirmé avoir changé sensiblement de comportement dans un court délai, dans les semaines qui ont suivi les ateliers de Sonke; 25 % avaient consulté un service de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique, 50 % avaient signalé des cas de violence sexiste et 61 % avaient davantage utilisé le préservatif.²⁷ Les enquêtes montrent qu'après avoir participé à un atelier organisé par Sonke, une majorité d'hommes changent d'avis sur leur droit de battre leur partenaire ou de la forcer à avoir des relations sexuelles quand elle ne le souhaite pas. C'est grâce à ce changement de comportement chez les hommes, les uns après les autres, que l'état d'esprit communautaire se transforme.

Mettre en place des réseaux en Inde, famille par famille

MILANA est une véritable famille pour moi. Ses membres sont comme des parents. Cela m'a sauvé la vie et m'a donné la force d'affronter le monde.

—Une femme membre de MILANA

Dans une société qui ignore presque tout du sida, admettre qu'on est séropositif peut faire le même effet que d'annoncer sa propre mort. Mais, "pour les membres de MILANA, le fait de faire part de son statut sérologique à sa famille et à la collectivité est perçu comme une affirmation de son identité, comme un moyen de briser le silence et la réprobation qui accompagnent trop souvent le virus."²⁸

MILANA est un réseau d'appui composé de femmes qui vivent avec le VIH et sida et de leur famille. Ce qui n'était au départ, en 2000, qu'un groupe informel composé de cinq femmes séropositives à Bangalore (Inde), s'est transformé en un réseau dynamique et une ressource essentielle. Au début, les femmes n'osaient pas révéler leur statut sérologique à leurs voisins ou à leur famille, mais la politique d'ouverture de MILANA a encouragé les participantes et leur famille à exprimer leurs sentiments sans avoir à subir aucune réprobation ni aucun jugement. Depuis le tout début, MILANA, qui signifie 's'associer' dans une langue locale, servait de refuge aux familles qui faisaient face au VIH et pouvaient ainsi discuter ensemble de leur expérience commune. Ce genre d'espace est rare en Inde; il existe de nombreux réseaux de personnes séropositives mais peu de groupes d'appui axés sur les familles.

MILANA insiste sur l'importance de renforcer les relations personnelles, et il encourage les femmes à parler de leurs problèmes. Les familles se rencontrent pour partager un lieu et une relation amicale, unies par une expérience commune, celle d'avoir un ou plusieurs membres séropositifs dans leur famille. Les réunions sont vivantes, animées et surtout libératrices. Selon Jyothi Kiran, coordonnatrice de projet à MILANA, "les femmes pleurent beaucoup, et quand elles ont séché leurs larmes, on s'assied et on discute. Les thérapies de groupe sont utiles car ces femmes vivent toutes la même chose et peuvent se soutenir et se rendre plus fortes les unes les autres. Elles apprennent et elles partagent leur expérience, ce qui contribue à renforcer la confiance parmi les membres."

Les réunions de MILANA aident à diminuer l'isolement physique et affectif des femmes, tout en renforçant leur émancipation. Grâce au groupe, elles ont pu, pour la première fois, avouer leur séropositivité et rencontrer d'autres personnes séropositives. D'autres se font accompagner aux réunions par des membres de leur famille, ce qui constitue une occasion importante, pour ceux qui leur sont chers, de mieux comprendre leurs difficultés. Pour ceux qui ne disposent pas d'un réseau d'appui, MILANA fait office de famille étendue.

Un tel appui, dans le cadre familial, est particulièrement important dans ce pays où les femmes et les filles mariées

sont spécialement vulnérables au VIH. D'après une enquête représentative nationale, plus de 95 % des femmes indiennes mariées et séropositives (sur environ 125 000 femmes interrogées) se déclarent monogames.²⁹ Ces données sur l'Inde sont représentatives de la tendance mondiale :³⁰ ce sont souvent les aventures extraconjugales du mari et son comportement sexuel à risque qui mettent sa partenaire en danger, mais ce sont souvent les femmes et les filles qui sont les premières au foyer à découvrir qu'elles sont séropositives. Les résultats, que les femmes découvrent souvent à l'occasion d'un examen prénatal, peuvent provoquer des reproches, de la violence, un rejet ou un abandon de la part du partenaire, de la famille ou de toute la communauté. Cet ostracisme, réel ou ressenti, ainsi que le manque d'informations, peuvent empêcher les femmes de quitter un partenaire qui les maltraite, de bénéficier d'un traitement ou d'avoir accès à d'autres services.

Les activités de MILANA se situent à la conjonction des deux pandémies en raison des difficultés que rencontrent les femmes séropositives pour lutter à la fois contre le virus et contre la discrimination sociale et la violence qui l'accompagnent. Aujourd'hui, MILANA aide les personnes non seulement par le moyen du soutien mutuel et de la camaraderie, mais aussi parce qu'elle octroie aux femmes séropositives et à leur famille des moyens d'agir. Comme MILANA est à la fois un groupe d'entraide et un centre d'informations, les participantes peuvent apprendre tant les unes des autres que des conseillères et des spécialistes du sujet. Le groupe a l'entièvre maîtrise des réunions, car ce sont les femmes elles-mêmes qui décident de leur programme; elles peuvent par exemple choisir de faire appel aux services sociaux et médicaux, de parler des effets secondaires des traitements ou apprendre comment aborder le sujet de leurs droits et en exiger le respect.

L'action de MILANA va au-delà du partage d'idées en groupe. Dans le cadre de l'approche globale de lutte contre la double pandémie, des conseillères, qui sont aussi des membres de MILANA et qui assistent aux réunions, se proposent d'effectuer des visites et des soins à domicile. Elles y mènent une action de sensibilisation au VIH auprès de toute la famille, proposent des conseils sur la nutrition et les soins et, lorsque cela est nécessaire, elles surveillent et signalent les situations de violence. De plus, les membres de MILANA se servent de leur pouvoir de groupe pour tenter de responsabiliser les décideurs, en se mobilisant pour obtenir des prestations gouvernementales telles que des cartes de rationnement, des médicaments et des comptes bancaires. Lorsque le Gouvernement indien a adopté un médicament aux effets secondaires graves dans le cadre d'un programme de soins gratuits, les femmes de MILANA

ont été les premières à protester. Le fabricant est venu à une de leurs réunions pour défendre son produit, mais le médicament a finalement été retiré du programme grâce à la mobilisation des femmes.³¹

Plus de 300 familles sont maintenant membres de MILANA, et toutes sont venues par le biais du bouche à oreille. Près de la moitié des femmes séropositives sont veuves, et la plupart ont moins de 35 ans. Huit pour cent sont des grands-parents qui s'occupent d'enfants. Beaucoup appartiennent à des castes marginalisées, aux tranches d'âge les plus jeunes ou les plus âgées, ou à d'autres catégories vulnérables. Sans le soutien de MILANA, la plupart d'entre elles n'auraient jamais pu être suffisamment informées ni sûres d'elles pour réclamer leurs droits.

Utiliser la radio pour changer les mentalités locales : Equal Access Nepal

J'appartiens à la communauté Chaudari [une minorité ethnique], où les personnes infectées par le VIH et sida reçoivent très peu de soutien. Je sais à présent que les gens doivent aider et prodiguer des soins à ceux qui sont infectés.

—Un auditeur d'une collectivité locale, après avoir écouté l'émission 'VOICES'

Parfois la voix des groupes les plus marginaux peut provoquer un fort appel à l'action. Au Népal, pays où le taux d'analphabétisme est élevé et où la plus grande partie de la population n'a accès ni au téléphone, ni à la télévision, ni même à l'électricité, la radio demeure un moyen efficace de s'adresser aux masses. La tradition orale est forte dans ce pays pauvre fragilisé par dix ans de guerre civile. Les femmes et les filles ont énormément souffert dans ce conflit interne. Dans ce contexte, Equal Access Nepal a vu l'occasion de mieux faire entendre la voix de ces femmes par le biais de la radio. C'était là une progression naturelle pour Equal Access Nepal, qui produit des émissions qui traitent de questions urgentes et souvent controversées. Selon Nirmal Rijal, Directeur de pays, "la radio est le moyen dont on se sert pour changer les mentalités et favoriser le dialogue sur des sujets de société délicats."

Avec 118 lois discriminatoires à l'égard des femmes et des filles, le Népal a grand besoin de débattre sur les relations entre les hommes et les femmes. Parler de sujets difficiles à la radio et par le biais de débats collectifs contribue à briser les tabous et incite la population à adopter des comportements plus responsables et sans risque.



Brian Sokol/ActionAid Date de création originale : 05 décembre 08 R.-U.
Branded image/Pays : Népal

Sumitra Thami, 34 ans, participe à une manifestation contre la violence sexiste. Près de 700 femmes y ont participé, ainsi qu'à un concours de chant et de danse, organisé le 5 décembre 2008. Cet événement, qui a eu lieu dans le village de Lapilang dans le Dolakha, région montagneuse du Népal, a été organisé par HURATEC Népal (Human Rights Awareness and Development Center) en coordination avec la campagne HungerFREE d'ActionAid.

Depuis 2003, Equal Access lutte à la fois contre le VIH et contre la violence à l'égard des femmes et des filles au moyen d'émissions ciblées. L'émission *Safe Migration Radio and Outreach*, par exemple, s'intéresse aux travailleurs migrants qui sont menacés par la conjonction des deux pandémies, au Népal et ailleurs. On estime que plus de 41 % des travailleurs migrants saisonniers népalais qui rentrent d'Inde sont séropositifs.³² Un grand nombre de ces hommes ont des relations sexuelles non protégées au cours de leurs voyages, risquant ainsi d'infecter leur femme ou leur partenaire à leur retour.

L'émission *Safe Migration* raconte les aventures de Narendra, un jeune travailleur migrant népalais en Inde. Grâce à la radio satellite, les travailleurs migrants sont ciblés à la fois au Népal, leur pays, et en Inde, leur pays d'accueil. Equal

Access encourage les migrants partis et ceux qui sont rentrés à écouter les émissions en famille et à participer aux débats suscités par l'animateur. L'émission provoque beaucoup d'émotion chez les auditrices, et certaines d'entre elles cherchent à présent à encourager les membres de leur collectivité à adopter des pratiques sexuelles sans risque.

Avec 'VOICE', une nouvelle émission qui traite des liens entre la violence et le VIH, *Equal Access* poursuit son travail d'information et implique encore davantage la collectivité. Créée à la suite des réactions de la population et de nombreuses lettres d'auditeurs, 'VOICE' utilise des journaux audio, des entretiens, des chansons et autres chroniques pour produire des témoignages personnels de femmes séropositives ou victimes de violence. Les histoires sont poignantes et sans complaisance car elles sont racontées par la voix de personnes exclues et souvent silencieuses. *Equal Access* apprend à des groupes de femmes marginalisées, comme les travailleuses sexuelles, les séropositives, celles qui sont en prison et les femmes de travailleurs migrants à réaliser des reportages et des entretiens. Un grand nombre de ces femmes ont été témoins de violence familiale, appartiennent à des familles infectées par le VIH ou vivent dans des situations de conflit, de déplacement interne ou de migration. Dans leur rôle de 'journalistes communautaires', les femmes créent elles-mêmes l'information et animent des débats, tant à l'antenne que lors de plus petites réunions communautaires. Le travail qu'elles accomplissent est essentiel car il permet à celles et ceux qu'on n'entendrait autrement jamais de s'exprimer. Dans le cadre de leur travail de reportage, elles ont collecté plus de 350 témoignages des zones rurales, principalement de femmes, et les ont diffusés sous forme d'entretien, de vox pops, de monologues et de chroniques.

Ce type de formation non seulement encourage les femmes à s'exprimer, mais les débats menés par des groupes d'écoute accompagnés d'un animateur contribuent à ce que les membres séropositifs de la collectivité locale soient moins victimes d'ostracisme. Une formation juridique pour les dirigeantes et les membres de la communauté

vient compléter les débats à la radio et incite les victimes de violence et les femmes séropositives à connaître et à faire valoir leurs droits. Avec la permission des personnes concernées, les témoignages recueillis pour les émissions de radio sont communiqués aux ONG, aux institutions de l'ONU et à d'autres organisations qui agissent pour sensibiliser l'opinion.

Tout comme pour l'émission *Safe Migration*, *Equal Access* veille à ce que 'VOICE' touche les collectivités mal desservies. En plus de diffuser au Népal et en Inde pour les migrants népalais, une version adaptée de l'émission est enregistrée sur des cassettes audio qui sont ensuite distribuées aux routiers, aux chauffeurs de bus qui font les longues distances, et aux principaux points de transit comme les frontières. En outre, pour que les collectivités s'approprient les projets et pour veiller à leur viabilité, *Equal Access* collabore avec des ONG locales et les aide à informer la population et à suivre l'avancement des projets. Les partenaires sont scrupuleusement choisis pour leurs connaissances sur le VIH et sida ou sur la violence à l'égard des femmes et des filles, ou les deux. *Equal Access* maintient aussi des liens solides avec les collectivités locales et emploie des personnes ayant été victimes d'une ou des deux pandémies.

Il est un peu tôt pour évaluer précisément l'influence de l'émission 'VOICE', mais les rapporteurs de la collectivité observent une réduction notable de la réprobation dans l'entourage des personnes infectées ou victimes. Selon une femme, "depuis l'émission du 18 juillet, qui a diffusé un entretien que j'avais enregistré, on ne me regarde plus du tout de la même manière, ceux qui m'ignoraient m'encouragent, et cela m'a incité à faire plus pour les femmes de ma localité". Grâce au projet, un cadre de femmes informées, ayant les compétences voulues, s'est mis en place; ces femmes ont eu l'idée de lancer un débat communautaire sur les conséquences de la violence et du VIH et sida, et sur les liens entre les deux. C'est ainsi que le recours à la radio au Népal est très prometteur comme moyen de changer l'attitude de la collectivité vis-à-vis de la double pandémie.

Impliquer les groupes exclus

La discrimination sexiste et les discriminations fondées sur d'autres différences, telles que la race, l'ethnie, la religion ou le statut social, s'entrecroisent. C'est ainsi que la plupart des femmes dans le monde se retrouvent doublement ou triplement marginalisées.

— Radhika Coomerswamy,

ex-Rapporteure spéciale sur la violence à l'égard des femmes et des filles, ses causes et ses conséquences

Dans la plupart des régions du monde, il existe de très grandes disparités en termes d'accès à l'éducation, aux perspectives sociales et politiques et à l'autonomisation économique, selon que l'on appartient ou non à une minorité raciale, ethnique ou à d'autres minorités. La vulnérabilité des femmes et des filles à la violence et au VIH et sida est due à la fois aux inégalités entre les sexes, mais aussi aux inégalités sociales fondées sur la race, la classe sociale, l'ethnie, l'âge et l'orientation sexuelle, entre autres facteurs.

Ces inégalités se retrouvent dans le Nord comme dans le Sud, quel que soit le cadre social. Au Brésil par exemple, la recherche montre que les femmes noires et mulâtres souffrent davantage de pauvreté, ont moins accès aux soins de santé de base et ont un taux de contamination au VIH plus élevé que les femmes blanches.³³ Aux États-Unis, les Afro-Américaines et les Latino-Américaines constituent 25 % de la population des femmes, mais elles représentent 81 % des femmes vivant avec le VIH.³⁴ La discrimination n'est pas seulement manifeste au niveau individuel et au niveau communautaire, elle est aussi inscrite dans les lois, les politiques et les structures étatiques elles-mêmes.

Pour ce qui concerne le VIH et sida et la violence à l'égard des femmes et des filles, la discrimination fondée sur le sexe et la race peut être aggravée par l'orientation sexuelle. On pense que les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes ont moins de risques de contracter le VIH, mais la violence à l'égard des lesbiennes sous forme de viols punitifs peut augmenter ce risque. En Afrique du Sud par exemple, les viols de lesbiennes sont montés en flèche,³⁵ surtout dans les townships noirs, où elles sont perçues comme des contestatrices du pouvoir masculin. Dans d'autres cas, on oblige les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes à se marier pour les 'guérir' de leur homosexualité.³⁶

Les inégalités entre les sexes face au VIH sont également plus grandes chez les filles jeunes. Outre qu'elles sont plus vulnérables au VIH d'un point de vue biologique, leurs difficultés économiques et sociales les prédisposent à être victimes de formes de violence multiples comme la traite, les transactions sexuelles, la violence familiale, l'initiation sexuelle contrainte, le mariage forcé et le viol conjugal. Les transactions pour arranger des relations entre des jeunes femmes et des hommes plus âgés sont de plus en plus courantes dans les régions touchées par le VIH et sida, que ce soit par le biais de mariages d'enfants, d'entretien financier en échange de faveurs sexuelles, ou d'autres types d'arrangements sexuels. Trois études au moins ont montré que plus la différence d'âge entre l'adolescente et son partenaire est importante, plus elle court le risque de contracter le VIH.³⁷ En outre, les pratiques sexuelles à risque, comme par exemple le fait de ne pas utiliser de préservatif ou de ne pas parler du VIH avec sa partenaire, sont très souvent liées à la grande différence d'âge entre l'homme et la femme.³⁸

Pour s'attaquer à ces pandémies et obtenir des résultats, il faut être au fait de la manière dont ces deux infections se rejoignent pour créer les différentes couches de discrimination. Les stratégies qui sont présentées dans ce chapitre traitent d'aspects différents de la marginalisation qui comportent des similarités. Dans les collectivités où elles travaillent, les organisations se heurtent souvent à l'hostilité dans leur action d'information, d'éducation et d'autonomisation. En partant du principe que savoir, c'est pouvoir, ces organisations soutiennent les femmes et les filles en renforçant leur estime d'elles-mêmes, et elles leur proposent de les préparer à la vie et les sensibilisent à leurs droits. Elles encouragent également les femmes et les filles à être des ambassadrices de la cause en enseignant aux autres femmes ce qu'elles ont elles-mêmes appris et en recommandant à leurs sœurs de se protéger de la violence et du HIV et sida.

S'occuper des femmes noires là où elles vivent : Criola (Brésil)

Nous devons placer les femmes et les filles noires au centre de nos services et de nos décisions. Il n'y a pas seulement une épidémie. Il y a différentes expériences du VIH vécues par différents groupes.

—Jerema Werneck, Directrice exécutive de Criola

Le Brésil a été le premier pays en développement à mettre en place un plan de lutte contre le VIH et sida, et il est de ce fait devenu un modèle dans la lutte contre la pandémie. De nombreux autres pays ont adopté les directives de prévention et de traitement du Brésil, et le nombre de décès liés au VIH et sida a très nettement baissé. Pourtant, malgré leur réputation dans le monde entier, les politiques et les programmes des pouvoirs publics ont un défaut majeur : les services ne sont pas aisément accessibles aux femmes et aux filles afro-brésiliennes, qui sont justement celles qui sont les plus vulnérables au VIH et à la violence.

Jusqu'à une époque récente, les stratégies brésiliennes de lutte contre le VIH ne tenaient pas officiellement compte de l'impact de la race. C'est seulement en 2000 qu'on a commencé à collecter des données sur le VIH en fonction de la race, et ces données n'ont pas encore été intégrées aux plans de lutte contre le VIH et sida. En outre, aucun programme parrainé par l'État n'a pris en compte l'interaction entre la discrimination raciale et la discrimination sexuelle. Selon Jerema Werneck de Criola, une organisation qui s'efforce de rendre les femmes et les filles afro-brésiliennes autonomes, "la difficulté réside dans la façon dont toutes les politiques relatives au VIH et sida ont été conçues d'emblée. Le principe directeur s'est dégagé d'une démarche fondée sur l'idée que le VIH et sida ne touchait que les hommes blancs ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. C'est à partir de cette idée qu'on a compris l'épidémiologie et cela s'est traduit par l'utilisation de préservatifs et parfois par la prise de médicaments. Ces méthodes restreintes compliquent la vie des autres catégories de la population, surtout celle des femmes et des filles noires."

La conséquence en est une vulnérabilité croissante au VIH, surtout pour les femmes et les filles noires.³⁹ Au Brésil, la relation entre la race, le sexe, la violence et le VIH n'est nulle part aussi fréquente que dans les favelas, ou bidonvilles. Parce qu'elles vivent dans des quartiers en proie à la violence et au crime, les femmes et les filles des favelas sont régulièrement victimes de brutalités, notamment de viol et



ActionAid/UK branded image Date de création originale : 29 avril 09 Pays : Brésil

Gabriele, 10 ans, avec son cousin Marcio Eduardo (17 mois) chez elle à São João de Meriti au Brésil.

de violence sexuelle, et elles sont à la fois aux mains des criminels et de la police. Les femmes séropositives elles-mêmes sont parfois victimes de bandes, et il arrive qu'on leur impose un dépistage du VIH.⁴⁰ Il est aussi arrivé que les femmes dont le résultat était positif soient chassées de leur quartier ou soient victimes de représailles, voire tuées.⁴¹ La situation est si extrême que les agents de santé hésitent souvent à informer les femmes de leur séropositivité par peur de les mettre en danger.

Mme Werneck et ses collègues de Criola travaillent dans ces quartiers de Rio de Janeiro depuis 1992, où elles-mêmes font face à des situations de violence, des fusillades et des affrontements entre bandes, qui constituent malheureusement la toile de fond de leur action. Celle-ci consiste à aider les femmes à devenir autonomes en développant leurs capacités. Criola comble un grand vide en mettant à la disposition des habitants des favelas des informations et des services. Les femmes et les filles qui sont victimes de violence dans ces quartiers et les femmes qui vivent avec le VIH ne savent pas toujours vers où se tourner pour obtenir le soutien et les services dont elles ont besoin. Comme Mme Werneck l'explique, "la violence déplace les femmes, à la fois géographiquement quand elles fuient le danger, et affectivement quand elles sont victimes de violence ou qu'elles se relèvent d'une situation traumatisante et ne peuvent par conséquent pas se lier à la société, nouer des relations extérieures et trouver des ressources. Il y a ainsi un véritable gouffre, au sens propre et au sens figuré, entre leur situation géographique ou affective d'une part et, d'autre part, les services de prévention et de soins et les informations sur le VIH et sida dont elles pourraient bénéficier."

Criola comble cette brèche en apportant ses services aux femmes là où elles se trouvent. En fait, on peut dire que ses activités sont encourageantes justement parce que cette organisation intervient dans des zones où l’État refuse de pénétrer. La réprobation et la discrimination empêchent les pouvoirs publics d’affaiblir suffisamment de ressources aux habitants des favelas. La peur de la violence et du crime ajoutent à la difficulté de transmettre le peu de ressources destinées aux services. Selon Mme Werneck, “le gouvernement a un programme de porte-à-porte, mais personne ne se rend là où vivent les femmes et les filles noires. Les intervenants de l’État qui vont voir les gens à domicile se soucient de leur propre sécurité … et donc ils évitent ces quartiers”. Par contre, l’action de Criola dans les favelas donne aux femmes pauvres et marginalisées un sentiment de sécurité et d’appartenance, surtout dans les quartiers assaillis par la drogue et le crime.

Criola a été créée pour lutter contre les formes multiples de marginalisation dont les femmes des favelas sont victimes. Reconnaissant que ces femmes doivent “faire face au racisme, au sexism et à l’homophobie qui sont courants dans la société brésilienne”, Criola leur donne les moyens d’affronter la violence, de renforcer leur estime d’elles-mêmes, de plaider pour leurs droits et d’assumer leur héritage afro-brésilien. En plus de compétences concrètes, comme la capacité de créer des revenus ou de négocier des rapports sexuels protégés, Criola fait naître un sentiment de fierté parmi les femmes des favelas. Dirigées par des femmes noires venant de divers horizons, les membres du personnel servent de modèles pour les jeunes filles qui ne connaissent pas grand-chose en dehors de la vie dans les favelas. La documentation didactique contient des informations sur la religion et la culture traditionnelle afro-brésiliennes afin que ces filles et ces femmes, qui sont souvent déconnectées à la fois de la culture brésilienne et de leur propre héritage africain, puissent avoir une meilleure estime d’elles-mêmes.

“Pour favoriser une prise de conscience sanitaire, Criola fait appel à la culture, aux connaissances, à la tradition et à l’expérience des religions afro-brésiliennes, qui non seulement ont un point de vue particulier sur les notions de santé et de bien-être mais constituent aussi un lien direct avec un héritage africain ancestral. Criola utilise la culture originale des descendants africains pour restructurer, réorganiser et donner aux femmes noires une autonomie là où elles vivent. Ces tactiques ont mis en valeur l’importance et l’utilité de l’héritage culturel africain pour comprendre les conditions sanitaires de ces femmes et pour remettre en question la manière dont les politiques, les soins et les pratiques sanitaires sont appliqués au Brésil.”⁴²

De plus, le travail accompli par Criola sert aussi de plaidoyer pour d’autres causes. L’organisation collabore depuis longtemps avec des femmes afro-brésiliennes pour produire des données qui montrent les effets disproportionnés du VIH sur les populations noires du Brésil. Ces données sont communiquées aux décideurs et aux services de la santé publique afin de faire pression et obtenir des ressources supplémentaires pour la santé des femmes noires. Une stratégie analogue est utilisée pour encourager les femmes et les filles noires à participer à la politique. L’objectif à long terme de Criola est d’accroître le nombre de femmes politiques noires, dans l’espérance qu’elles parviendront à élaborer de meilleures politiques pour satisfaire les besoins de leurs sœurs.

Sensibiliser chez soi et faire preuve de solidarité féminine à l’étranger : *Women of Color United (WOCU – États-Unis d’Amérique)*

Il n’existe pas de lutte portant sur un problème unique car la vie ne comporte pas de problème unique.

— Audre Lorde, poétesse et militante afro-américaine

L’expérience de Criola auprès des femmes noires au Brésil fait écho à celle d’autres groupes qui interviennent auprès de populations comparables aux États-Unis d’Amérique, où le sida est la première cause de mortalité chez les Afro-Américaines. Selon Dázon Dixon Diallo, fondatrice de SisterLove, une organisation qui fait partie de *Women of Color United (WOCU)*, “ce que vivent les femmes noires aux États-Unis reflète souvent ce que vivent les femmes dans les pays du Sud”. Une étude a en effet montré que si la population noire américaine formait un pays, celui-ci arriverait juste après la Côte d’Ivoire en nombre d’habitants séropositifs.⁴³

Fondée en 2007, *Women of Color United (WOCU)* est un réseau regroupant plus de 70 organisations de femmes noires aux États-Unis d’Amérique. Il vise à renforcer collectivement les capacités de ses membres et d’autres femmes pour prôner des politiques de lutte contre la conjonction de la violence à l’égard des femmes et des filles et du VIH et sida à l’échelle mondiale. WOCU reconnaît que si tous les Noirs des États-Unis ne sont pas homogènes, ils ont pourtant bien souvent en commun d’être victimes d’inégalités en termes de statut social, de visibilité et de pouvoir politique. Parmi les Afro-Américaines, par exemple, le simple fait que

le réseau WOCU existe est important à cause du silence omniprésent qui entoure la violence, le VIH et les liens entre les deux.

Comme l'explique Mme Diallo, la marginalisation des Afro-Américaines est généralement aggravée par des modes de comportement qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur la population noire. Il s'agit notamment des femmes qui sont mal à l'aise avec leur corps et avec leur sexualité, de l'absence de discussions ouvertes sur la sexualité et les maladies sexuellement transmissibles dont le VIH, ou encore un respect aveugle pour les soignants, même lorsque ceux-ci sont mal informés ou partiaux. Alors qu'autrefois les aînées partageaient parfois leurs connaissances avec les femmes plus jeunes, ce type de relation est moins courant aujourd'hui. Cette tradition du silence contribue à renforcer une tendance qu'ont les femmes à cacher à la fois la violence dont elles sont victimes et leur séropositivity.

WOCU aide les actions de sensibilisation des divers membres du réseau. Le réseau utilise sa force collective pour contribuer à la base de données factuelles et sensibiliser l'opinion, surtout dans les collectivités qui n'ont pas beaucoup entendu parler des relations qui existent entre la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida. Pour s'attaquer à ce silence, l'un des moyens est de collecter davantage de données sur la conjonction de la violence et du VIH et sida aux États-Unis. Alors que la plupart des recherches menées actuellement sur les Afro-Américaines sont d'ordre qualitatif et font une large place à l'anecdote, WOCU se mobilise pour quantifier les recherches et favoriser des politiques et des financements ciblés. WOCU sert de réseau de soutien pour aider les femmes noires à s'impliquer dans la vie politique américaine, notamment en s'inscrivant sur les listes électorales; il cherche ainsi à aider les personnes marginalisées de la société à devenir autonomes, et à responsabiliser les décideurs.

L'action de WOCU n'est pas seulement importante pour le travail qu'il accomplit aux États-Unis d'Amérique, mais aussi pour ses liens avec les mouvements militants féministes dans le Sud. Les membres de WOCU se servent de leur position à l'intérieur des États-Unis pour plaider pour des changements de politique à l'étranger. WOCU reconnaît le rôle essentiel du système politique américain, aux États-Unis et dans le monde, et il fait pression sur les décideurs pour qu'ils favorisent les principales initiatives mondiales comme la Loi internationale sur la violence à l'égard des femmes et la Réforme de l'aide, afin de mieux cibler la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida. Le nombre d'adhérentes du réseau ne cesse de croître, et

WOCU prévoit de responsabiliser les décideurs aux États-Unis et ailleurs.

Responsabiliser les jeunes : le pouvoir des Nigérianes

Les filles sont élevées dans l'idée qu'elles doivent être soumises et humbles. Personne ne veut les entendre. Personne ne leur prête le droit de s'exprimer.

—Bene Madunagu, Directrice exécutive,
Girls Power Initiative

Parce qu'il n'existe pas de traitement pour guérir le VIH et sida, on a surnommé l'éducation 'vaccin social'. Les recherches effectuées dans divers contextes montrent que les filles qui sont allées à l'école connaissent généralement mieux les informations de base sur le VIH, négocient plus facilement des rapports sexuels protégés, repoussent plus souvent l'âge auquel elles débutent leur vie sexuelle et ont moins de risque d'être victimes de violence sexuelle et sexiste. Au Nigéria, où plus de 83 % des filles déclarent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 20 ans,⁴⁵ l'initiative Girls Power (GPI), créée en 1993, se sert du pouvoir de l'éducation pour apprendre aux filles comment elles peuvent négocier des relations respectueuses et éviter les relations sexuelles non protégées. GPI constitue des partenariats avec les administrations locales; il possède des centres dans quatre États et il a créé des programmes d'activité dans 28 écoles.⁴⁶ Il dispense aux élèves de ces écoles une éducation sexuelle et se mobilise pour que les bibliothèques scolaires contiennent des moyens pédagogiques d'éducation sexuelle.

Ces activités ne sont pas toujours aisément menées à bien dans les groupes religieux et très conservateurs. La sexualité n'étant pas un sujet dont on parle dans la 'bonne société' nigériane, GPI rencontre fréquemment de la résistance de la part de familles et d'autres personnes qui craignent que l'éducation sexuelle favorise la promiscuité sexuelle. GPI encourage les collectivités à s'approprier les programmes en invitant les parents et les membres des collectivités qui sont concernés à des réunions de discussion où on leur explique les programmes et leurs objectifs généraux. Les parents qui sont déjà convaincus de l'importance d'un programme y prennent part et expliquent ses bienfaits aux autres familles. En soulignant que cette éducation peut protéger les filles des viols et leur épargner des avances sexuelles non voulues, ils calment les craintes des parents et encouragent la collectivité à soutenir leurs programmes. Ces réunions sont complétées par des émissions de radio et de télévision dans

lesquelles des filles, des parents, des animateurs de GPI et des administrateurs scolaires discutent des effets positifs des programmes.

L'apprentissage proposé par GPI sur les moyens de devenir autonome et sur l'éducation sexuelle prépare les filles à faire face aux inégalités entre les sexes et aux inégalités de rapport de forces, qui sont à la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida. GPI commence avec des préadolescentes de 10 ans, et enseigne des sujets tels que l'estime d'elles-mêmes, l'image qu'elles ont de leur corps et l'hygiène personnelle. Plus tard, l'enseignement porte sur les notions de base de la sexualité, l'anatomie masculine et féminine, la contraception, l'avortement et le VIH et sida. Au cours de la dernière année, GPI accompagne les filles dans leur passage à l'âge adulte et examine avec elles les décisions qu'elles peuvent prendre quant à leur sexualité et leur autonomie. Les filles qui connaissent leurs droits dès leur plus jeune âge acquièrent la confiance, les connaissances et les capacités nécessaires pour faire face à la violence dans leurs relations et se protéger du VIH. On explique à celles qui ont un petit ami que l'amour n'implique pas forcément d'avoir des rapports sexuels. On leur explique aussi que si elles sont approchées par un homme plus âgé qui veut coucher avec elles, elles peuvent lui demander ce qu'il ressentirait si sa fille était dans la même situation.

Le modèle de GPI peut aussi être conçu pour avoir un effet multiplicateur. Pour terminer le cursus du programme de trois ans, les filles font un stage de services à la population locale en se rendant dans une zone rurale pour enseigner ce

qu'elles savent à d'autres adolescentes. Une évaluation des besoins, axée sur les difficultés sanitaires que rencontrent les filles et les femmes de la région, est effectuée. Les filles font des analyses, préparent de la documentation éducative et rentrent chez elles pour animer des séances éducatives fondées sur leurs nouvelles compétences et leurs nouvelles connaissances.

Selon Bene Madunagu, Directrice exécutive de GPI, le niveau d'autonomie a nettement progressé grâce aux programmes de GPI. Les filles qui étaient timides au début du programme finissent par être plus sûres d'elles. Par l'enseignement qu'elles reçoivent et les compétences qu'elles acquièrent, elles peuvent elles-mêmes choisir le moment où elles voudront avoir des relations sexuelles et veiller à ce que leurs besoins soient satisfaits, notamment le besoin de ne pas subir de violence et de se protéger du VIH. De fait, aucune des participantes au programme qui étaient séronégatives n'a contracté la maladie. Elles possèdent également les outils et la confiance nécessaires pour pouvoir quitter des partenaires qui les maltraieraient.

Les programmes de GPI sont la preuve que l'éducation a le pouvoir de briser les liens qui existent entre la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida. Ils montrent aussi l'importance d'investir dans les filles. La plupart de celles qui participent au programme poursuivent leur scolarité jusqu'à l'université. Nombre d'entre elles deviennent conseillères, heureuses de rendre à la collectivité ce qu'elles ont reçu. En cela, les programmes de GPI prouvent que la jeunesse et l'inexpérience ne sont pas fatalement des facteurs de risque pour le VIH.

Intégrer l'action dans le secteur de la santé et au-delà

L'égalité entre les sexes est déterminante pour ce qui concerne la vulnérabilité des femmes au VIH et à la violence, leur capacité de s'en sortir lorsqu'elles sont victimes de l'un ou de l'autre, et leur possibilité de bénéficier de traitement, de soins et de soutien.

—La santé sexuelle et procréative des femmes qui vivent avec le VIH et sida

Comme les activités décrites dans le précédent chapitre l'ont montré, la marginalisation et la violence à l'égard de groupes importants de la population empêchent les femmes et les filles qui font face au VIH et sida d'accéder à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien. La menace de violence est un obstacle à l'accès au dépistage du VIH et aux services d'accompagnement psychologique, et dissuade aussi les femmes de révéler leur séropositivité. Le fait de ne pas connaître son statut sérologique ou de ne pas pouvoir consulter les services médicaux peut provoquer, inutilement, la maladie ou la mort d'une femme. Pour trouver une solution efficace contre la double pandémie, il faut adopter une démarche globale et intégrée dans le secteur de la santé pour s'attaquer aux liens entre la violence et le VIH et sida et répondre aux besoins immédiats ou à long terme, physiques, psychologiques, juridiques et économiques des victimes.

La mise en place d'une approche intégrée des deux pandémies suppose la réalisation d'un accès universel à la prévention et aux thérapies. Un consensus se dessine de plus en plus nettement au niveau international sur la nécessité d'accroître, à l'initiative des soignants, les dépistages et les séances d'accompagnement psychologique, en plus des dépistages et de l'accompagnement psychologique volontaires initiés par les patientes. Cette responsabilité supplémentaire qui incombe aux soignants s'accompagne d'un besoin grandissant de les former sur les liens qui existent entre les deux pandémies et de créer des protocoles pour lutter contre elles. Dans bien des endroits, les soignants, en particulier ceux qui effectuent les tests de dépistage du VIH et qui assurent les services d'accompagnement psychologique, ainsi que les conseillers du VIH eux-mêmes, méconnaissent les liens entre le VIH et la violence à l'égard des femmes et des filles. De même, tous les soignants ne se conforment pas aux normes internationales garantissant le consentement des patientes et la confidentialité. S'agissant de la violence à l'égard des femmes et des filles, ces infractions peuvent avoir des conséquences désastreuses.



Sven Torfinn/Panos Pictures/ActionAid/UK branded image Date de création originale : 29 septembre 08 Pays : Kenya

Judith Atieno Basil, Usigu, près de Kisumu (Kenya), octobre 2008. Judith, 25 ans, est secrétaire de Ulusi Youth Group, un groupe appuyé par ActionAid. Le groupe Ulusi travaille au sein de la collectivité, où il tente de sensibiliser la population au VIH et sida, aux maternités précoce, à l'abandon scolaire, aux maladies sexuellement transmissibles, à la violence familiale, aux droits fondamentaux de la personne, aux mauvais traitements subis par des enfants et à d'autres problèmes sociaux. La plupart des habitants gagnent leur vie comme pêcheurs sur le lac Victoria ou comme agriculteurs.

Les exemples décrits ici fournissent deux modèles prometteurs d'approches intégrées de la lutte contre la double pandémie. Le premier, un guichet unique pour les victimes de violence sexuelle, est une démarche visant au respect des droits fondamentaux qui permet aux femmes de bénéficier gratuitement d'un traitement, de soins et d'un soutien face à la violence et au VIH, ainsi que d'une assistance pour réunir les documents relatifs à leur cas, rapporter les détails aux agents de l'ordre public et bénéficier de soins de plus longue durée. Le second exemple décrit un moyen d'améliorer les procédures hospitalières en intégrant des protocoles relatifs à la violence à l'égard des femmes et des filles et au VIH et sida aux pratiques médicales courantes. Ces deux approches se servent des services de santé comme point d'entrée pour lutter globalement contre les deux pandémies qui affectent les femmes et les filles pauvres.

Proposer un appui global : l'hôpital des femmes de Nairobi (Kenya)

Du fait que l'agression sexuelle n'est pas dans le budget de la victime, elle n'a assurément pas l'argent pour payer les soins et le traitement. Il devrait y avoir un guichet unique où les femmes pourraient recevoir des soins d'ensemble.

—Dr. Samuel Thenya,
Fondateur de l'Hôpital des femmes de Nairobi

Au Kenya, de multiples facteurs empêchent les victimes de violence sexuelle d'obtenir un traitement, des soins et un soutien. Beaucoup n'ont pas les moyens de payer la participation minimale demandée à l'hôpital. D'autres n'osent pas dénoncer le crime parce qu'elles ont honte, sont gênées et se sentent humiliées. La réprobation sociale qui accom-

pagne le VIH dissuade sans doute les femmes et les filles de chercher à connaître leur statut sérologique, même lorsqu'elles ont subi un viol collectif ou s'il existe une forte probabilité qu'elles ont été exposées au VIH.

Cette discrimination est inscrite dans la législation, celle-là même qui devrait protéger les femmes, car certaines dispositions de loi au Kenya dissuadent les femmes de réclamer justice. La loi sur les délits sexuels de 2006 (Kenyan Sexual Offences Act) permet de mieux protéger les victimes de violence sexuelle, mais en même temps elle criminalise le délit de fausse déclaration. Selon Alberta Wambua, Directrice adjointe du *Gender Violence Recovery Centre* (Centre de rétablissement pour les victimes de violence sexiste – GVRC) de l'hôpital des femmes de Nairobi, "si quelqu'un me viole et qu'il est jugé et innocenté, je serai envoyée en prison pour autant d'années que celles à quoi il aurait été condamné s'il avait été déclaré coupable."

D'autres clauses de la loi empêchent les victimes d'obtenir réparation. La police ne peut garder l'accusé en garde à vue que pendant 48 heures s'il elle ne dispose pas d'un dossier complet sur le crime. Pourtant, il faut du temps et de l'argent pour remplir un dossier et rassembler des preuves, et pour faire face aux conséquences d'une violence sexuelle. Les femmes sont souvent dans l'incapacité de porter plainte parce qu'elles n'ont pas les moyens de faire constater l'agression par des médecins, la visite pouvant coûter jusqu'à 200 dollars. Si la victime ne parvient pas à soumettre les documents nécessaires dans la limite de 48 heures, l'auteur de l'agression est relâché.

Le GVRC, créé en mars 2001 à l'hôpital des femmes de Nairobi, s'attaque précisément à ce problème épique. Fonctionnant comme un guichet unique, le GVRC propose aux victimes d'agression sexuelle de bénéficier gratuitement

“Le Centre de rétablissement pour les victimes de violence sexiste (GVRC) peut se permettre de proposer des services gratuits en raison de sa structure administrative : il s'agit d'un fonds caritatif à but non lucratif, situé au sein de l'hôpital, qui est davantage géré comme une ONG que comme un établissement de soins de santé.””

“C'est totalement schizophrénique : on soigne une femme enceinte jusqu'à la veille de son accouchement, puis elle part à la maternité pour accoucher et nous la perdons de vue, puis elle réapparaît quatre ou cinq mois plus tard, et on ne sait pas ce qui s'est passé concernant le VIH. Ces hôpitaux ne sont qu'à cinquante pâtés de maisons l'un de l'autre. ”

du traitement dont elles ont besoin, notamment un suivi psychologique volontaire, un dépistage et une prophylaxie post-exposition. Ce traitement donne de l'espoir aux victimes, qui ont besoin de savoir si elles ont été infectées. Selon Mme Wambua, “très peu de gens savent qu'on peut agir dans les 72 heures après une agression sexuelle pour arrêter le virus”. L'infection par le VIH n'étant pas forcément détectée tout de suite, les patientes se font dépister de nouveau trois semaines, puis six semaines plus tard. En outre, les femmes bénéficient d'un accompagnement psychologique en cas de traumatisme afin de les aider à traverser les quatre semaines qui sont nécessaires pour que la prophylaxie post-exposition fasse son effet. Les femmes dont le test est positif reçoivent un suivi psychologique en matière de VIH et de traumatisme et sont aiguillées vers les services compétents qui leur fourniront des soins de longue durée, comme le traitement antirétroviral.

Fondé en partie pour répondre à la réprobation rencontrée par les victimes de violence sexuelle et d'infection au VIH, en l'absence de normes pour les soins qui leur sont fournis, le GVRC a établi des directives relatives au traitement et au soutien. Les soignants reçoivent une formation continue et leur travail est en permanence suivi et évalué afin de veiller à ce qu'ils répondent avec délicatesse et efficacité aux besoins de leurs patientes. L'approche intégrée du centre accorde autant d'importance aux conséquences affectives de la violence et du VIH qu'aux répercussions sur la santé. Comme l'explique Mme Wambua, “lorsqu'elle arrive en consultation, la femme a été battue et est mal en point. Les femmes ne considèrent pas les traumatismes psychologiques comme de la maltraitance, contrairement aux traumatismes physiques. Elles ne veulent pas porter plainte et considèrent que ce sont elles qui ont tort. [Malgré la maltraitance] elles retournent souvent dans leur famille”. Le soutien psychosocial peut se faire sous différentes formes : thérapies individuelles, familiales, ou séances de groupe une fois par mois, où les participantes se

racontent leurs histoires respectives et s'entraident. On discute de la possibilité de révéler la violence dont elles ont été victimes ou leur statut sérologique pour aider ces femmes à retourner à leur vie quotidienne sans risque pour elles. Lorsque cela s'avère nécessaire, les services sociaux adressent les patientes à des services juridiques ou à des foyers.

Cette politique d'ouverture permet aux femmes et aux filles issues de groupes marginalisés et économiquement défavorisés de bénéficier de services et d'un soutien. C'était bien là l'intention du fondateur, le docteur Samuel Thenya, qui avait compris que le coût financier serait un obstacle majeur à la fourniture de soins aux victimes d'agressions sexuelles. Le GVRC peut se permettre de proposer des services gratuits en raison de sa structure administrative : il s'agit d'un fonds caritatif à but non lucratif, situé au sein de l'hôpital, qui est davantage géré comme une ONG que comme un établissement de soins de santé. Son financement provient de donateurs multilatéraux et bilatéraux, ainsi que de grandes sociétés internationales, et non pas des femmes elles-mêmes.

Le GVRC cherche aussi à souligner les liens entre les agressions sexuelles et le VIH au niveau des politiques. Au moyen d'un système perfectionné de gestion des données, il recueille et examine les données concernant toutes les patientes soignées, et il analyse les tendances qui ressortent de l'expérience des victimes de violence, notamment les statistiques sur les patientes ayant contracté le VIH. Le centre est la principale source de statistiques sur la violence sexiste et le VIH au Kenya, c'est pourquoi il est extrêmement précieux pour de multiples parties prenantes. Les victimes se servent de cette documentation pour porter plainte et faire avancer leur cas. Les groupes de défense de la cause des femmes l'utilisent pour appuyer leur demande de changement de politique, notamment pour faire pression sur le gouvernement pour qu'il applique des lois plus sévères contre la violence sexuelle, et pour que les res-

ponsables au gouvernement puissent mieux comprendre la conjonction des deux pandémies. Au moyen de la documentation recueillie, le groupe de suivi aide les groupes de la société civile à responsabiliser les décideurs.

Le centre est unique en son genre en Afrique de l'Est, et ses services sont très demandés. Depuis sa création en 2001, il a soigné plus de 10 000 victimes de violence. La plupart de ces femmes n'auraient jamais reçu de diagnostic, et encore moins de soins, sans l'aide du centre. Le dispositif de fourniture de soins du centre sert de modèle en matière de services intégrés qui répondent réellement aux besoins physiques, affectifs et sociaux des femmes confrontées à la double pandémie.

Mettre en place des protocoles pour lutter contre la conjonction des deux pandémies : FEIM (Argentine)

Dans nos recherches, nous avons examiné les informations relatives à la reconnaissance et au respect des droits en matière de sexualité et de procréation des femmes qui vivent avec le VIH et sida. Nous avons découvert que ces droits sont présents dans le discours des responsables des programmes de lutte contre le VIH et sida, qui utilise un langage ‘politiquement correct’. Mais cela ne correspond généralement pas à la réalité des services de tous les jours. Ces droits, tout comme les droits fondamentaux de la personne en général, sont reconnus ‘en théorie’ par le système de santé mais dans la majorité des cas, ils ne sont pas intégrés dans la pratique.⁴⁷

— Mabel Bianco, Directrice exécutive de FEIM

La loi argentine garantit la santé sexuelle et procréative pour toutes les femmes depuis 2002. Mais dans la réalité, cette loi est loin d'être appliquée. Les femmes et les filles qui vivent avec le VIH sont souvent victimes de discrimination dans les services et sont parfois obligées de cacher leur maladie pour avoir accès aux soins. Il arrive très souvent que les femmes séropositives soient obligées d'attendre parce qu'il n'y a qu'un seul technicien de laboratoire pour leur faire une prise de sang, ou un seul obstétricien qui accepte de les accoucher. Des tests de dépistage sont aussi pratiqués sur certaines femmes sans leur accord, après quoi on leur propose de bénéficier des services et du traitement affectés au VIH, mais seulement pour le temps de leur grossesse,

“Les protocoles et les procédures relatifs à la double pandémie ne peuvent être efficaces que si les professionnels de la santé – des médecins aux techniciens – comprennent et évaluent les liens qui existent entre la violence et le VIH et sida.”

pas au-delà. Selon un médecin argentin, “c'est totalement schizophrénique : on soigne une femme enceinte jusqu'à la veille de son accouchement, elle part à la maternité pour accoucher et nous la perdons de vue, puis elle réapparaît quatre ou cinq mois plus tard, et on ne sait pas ce qui s'est passé concernant son infection. Ces hôpitaux ne sont qu'à 50 pâtés de maisons l'un de l'autre.”⁴⁸

Le refus de fournir des soins aux femmes séropositives en Argentine est souvent dû à l'ostracisme et à une discrimination généralisée. Mabel Bianco, Directrice exécutive de *Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer* (FEIM), a étudié la qualité des soins de santé que reçoivent les femmes séropositives. Selon elle, “au cours des entretiens, les préjugés des médecins sont apparus de manière manifeste. Par exemple, l'idée qu'il est déconseillé aux femmes séropositives d'avoir des rapports sexuels. Et si elles en ont, il est inacceptable qu'elles tombent enceintes. Ces préjugés conduisent les médecins à conseiller, voire à encourager et à organiser la stérilisation, une pratique qui était illégale en Argentine jusqu'en 2006, lorsque la loi a été modifiée.”⁴⁹

Fondée en 1989, FEIM lutte contre la conjonction des deux pandémies dans les hôpitaux publics de Buenos Aires. Aucune norme en la matière n'existe dans les hôpitaux argentins, aussi FEIM s'est-elle mobilisée pour qu'un protocole soit mis en place pour appréhender en particulier les liens qui existent entre la violence et le VIH et sida. FEIM

a coopéré avec le Ministère de la santé et avec le chef du groupe du VIH du Ministère pour faire pression sur les hôpitaux afin qu'ils appliquent ces nouvelles politiques favorables aux femmes et pour faire disparaître la réprobation et la discrimination qui entourent le statut sérologique positif.

Ce protocole comprend notamment une série de questions types à poser aux patientes, la fourniture d'une contraception d'urgence pour éviter les grossesses et de prophylaxie post-exposition pour le VIH. L'accent est maintenant mis sur les soins d'ensemble, notamment les services psychologiques et juridiques. Les psychologues et les assistantes sociales ont comme consigne de prêter attention aux difficultés particulières des victimes de violence, surtout celles qui ont été infectées par le VIH. Le protocole encourage les employés des hôpitaux à assurer un suivi de leurs patientes pendant plusieurs mois afin de les soutenir moralement et de suivre leurs progrès. Selon Mme Bianco, sans ce suivi, les victimes de la violence étaient souvent 'perdues dans le système' car les services de santé ne suivaient pas leurs progrès et ne leur fournissaient pas non plus de soins en continu. Sur les conseils de FEIM, le Groupe pour la santé procréative et sexuelle et le Groupe pour le VIH et sida ont créé une méthode simplifiée pour faciliter l'application de ce protocole dans tous les services.

Les efforts de sensibilisation de FEIM auprès du Ministère de la santé à Buenos Aires ont aussi permis d'intégrer une analyse de la violence sexiste dans les services proposés

aux femmes qui vivent avec le VIH et sida. De même, une détermination du statut sérologique a été incorporée aux soins prodigues à toutes les victimes de violence dans les services de santé publics de Buenos Aires.

Les protocoles et les procédures relatifs à la double pandémie ne peuvent être efficaces que si les professionnels de la santé – des médecins aux techniciens – comprennent et évaluent les liens qui existent entre la violence et le VIH et sida. FEIM forme les médecins sur les droits à la sexualité et à la procréation des femmes qui vivent avec le VIH et sida. Ce faisant, non seulement ces protocoles et processus permettent de contester les préjugés dans la salle des urgences, mais ils créent aussi, au cœur du système de santé, un cadre de champions qui possèdent les outils pour que les protocoles prescrits soient appliqués.

D'autres études seront menées pour vérifier l'impact de ces efforts, mais tous les signes sont encourageants. FEIM commence à évaluer l'expérience des victimes de la violence avant et après l'application des protocoles afin de prouver qu'il est important que les victimes bénéficient de services intégrés et durables. En analysant l'histoire médicale des patientes dans un cadre soucieux des droits fondamentaux, FEIM offre au personnel hospitalier une nouvelle perspective sur la manière dont les problèmes sociaux, tels que les rapports de force hommes-femmes, influent sur la vulnérabilité des femmes et des filles à la violence et au VIH et sida.

Responsabiliser les décideurs

La responsabilisation implique que chaque président, chaque premier ministre, chaque parlementaire et chaque homme politique se déclare personnellement responsable de la lutte contre le sida

— **Kofi Annan**, ex-Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies



Brian Sokol/ActionAidNepal

Des habitantes participent à des activités de commémoration de la Journée mondiale de lutte contre le sida à Birganj (Népal), le lundi 1er décembre 2008.

Les stratégies intégrées décrites dans le chapitre précédent n'ont été possibles que par la volonté des principales parties prenantes et des principaux décideurs. Les donateurs internationaux, comme les responsables de la santé publique, les médecins, les assistants sociaux, les décideurs comme les prestataires de services, doivent tous être tenus responsables si l'on veut freiner la violence à l'égard des femmes et des filles, et la propagation du VIH et sida. Pourtant, malgré une conscience grandissante de l'ampleur de la double pandémie et des liens qui existent les deux, il est possible que même les spécialistes de chacun des deux domaines n'aient pas une idée suffisamment claire de cette conjonction. En effet, trop de décideurs ne sont toujours pas conscients ou convaincus de leur responsabilité dans la lutte contre ces problèmes, et sans une compréhension claire des liens entre la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida, les parties prenantes ne se sentiront pas particulièrement responsables.

Il est nécessaire de tenir les décideurs responsables – en particulier les pouvoirs publics, les donateurs internationaux et les institutions de l'ONU – afin de lutter contre les deux pandémies et leur conjonction. Au niveau de l'État, il con-

vient notamment d'enquêter sur les infractions, d'en punir les auteurs, de permettre aux victimes de violence de demander réparation, aux femmes et aux filles qui vivent avec le VIH et sida de bénéficier d'un traitement, de soins et d'un soutien, conformément aux engagements des autorités de respecter le principe de l'accès universel et les normes internationales en matière des droits fondamentaux de la personne. Pour les donateurs internationaux, il faut notamment veiller à ce que les financements destinés à lutter contre le VIH et sida englobent aussi la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles.

La recherche et la documentation sont des outils importants pour faire comprendre aux décideurs, qui doivent gérer une foule de demandes concurrentes, la responsabilité qui leur incombe. La recherche permet d'établir la relation causale qui existe entre les deux pandémies, d'analyser combien les décideurs dans la lutte contre les deux pandémies s'impliquent personnellement et de mettre au point des stratégies de suivi et d'établissement de rapports pour que les engagements soient tenus. Une recherche et une documentation efficaces peuvent étayer divers efforts de mobilisation pour créer des politiques soucieuses d'équité entre

les sexes et faire en sorte que des financements soient affectés à la lutte contre la conjonction des deux pandémies.

Une pratique visant également à responsabiliser les décideurs consiste à former les femmes et les filles les plus touchées par la violence et par le VIH et sida, ou celles qui risquent le plus de l'être, à exercer leurs droits. Un groupe de femmes autonomes de la population locale, dont l'expérience et les déclarations ne peuvent être facilement ignorées, peut offrir un témoignage puissant sur l'ampleur des problèmes.

Les organisations dont il est question dans ce chapitre ont réussi à intégrer des formations sur la recherche, la documentation ou les droits à leurs activités de plaidoyer, comme moyen de responsabiliser les parties prenantes. Par le biais de campagnes internationales et de commissions nationales, ces initiatives ont plusieurs stratégies en commun. Elles contribuent à la base de données factuelles en recherchant activement de l'information et en en produisant, de sorte qu'elles ont de grandes chances d'influencer les décideurs. Elles trouvent des occasions judicieuses pour sensibiliser l'opinion et s'en servent pour faire progresser leur cause. Et elles s'efforcent d'aplanir les différences qui existent entre des parties prenantes qui seraient autrement peu disposées à coopérer. Ensemble, elles mettent en lumière les principales pratiques utilisées pour responsabiliser les personnes au pouvoir.

Jeter un pont entre les mouvements : la campagne *Women Won't Wait*

Des financements et des programmes distincts – d'un côté ceux destinés à lutter contre le VIH et sida, et de l'autre ceux destinés à éradiquer la violence à l'égard des femmes et des filles – aboutissent non seulement à beaucoup moins de ressources affectées à l'éradication de la violence en tant que cause et conséquence de l'infection à VIH, mais impliquent aussi que l'intégration impérative de ces actions dans les stratégies continue de pâtrir d'un clivage dangereux, dysfonctionnel et inefficace.

—Women Won't Wait, 'Show Us the Money: Is Violence against Women on the HIV/AIDS Funding Agenda?

Sans les informations nécessaires pour justifier une cause, il est difficile de responsabiliser les parties prenantes. Pour *Women Won't Wait—End HIV and Violence against Women Now* (WWW), une campagne internationale lancée en mars

2007 et axée sur la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida, la première étape pour sensibiliser l'opinion internationale a consisté à recueillir des données là où il n'en existait pas. Si les principaux donateurs dans le domaine du VIH et sida affirment être engagés dans la défense des droits des femmes, dans la réalité l'application des programmes et des financements ne sont pas toujours à la hauteur de ces promesses. Les donateurs publics ont l'obligation de rendre des comptes sur leurs politiques et sur leurs programmes, et leurs activités sont censées être transparentes. C'est pourquoi *Women Won't Wait* a entrepris d'analyser les politiques, les programmes et les financements des principaux organes multilatéraux et bilatéraux, pour vérifier si la réalité était à la hauteur de leur discours en matière de lutte contre la violence à l'égard des femmes.⁵⁰ En s'intéressant aux cinq plus importants donateurs publics internationaux dans le domaine du VIH et sida, la campagne est parvenue à dresser un portrait détaillé de leur contribution à l'échelle internationale pour lutter contre la violence à l'égard des femmes et des filles.

Les résultats de cette analyse, détaillés dans une publication intitulée 'Show Us the Money', ont prouvé ce que les militants savaient déjà, à savoir que la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles ne fait pas partie intégrante des activités de lutte contre le VIH et sida des principaux donateurs publics. La violence à l'égard des femmes et des filles est rarement citée comme facteur important ou comme conséquence majeure de la maladie, et elle n'est pas non plus évaluée statistiquement dans la prévention et le traitement du VIH et sida, ainsi que les soins correspondants. Et comme les donateurs n'effectuent pas de suivi concret, dans leur portefeuille VIH et sida, des financements utilisés pour lutter contre la violence à l'égard des femmes, il est difficile de déterminer de manière exacte les sommes affectées à la lutte contre la conjonction des deux pandémies.

Pour aider la société à responsabiliser les décideurs, la campagne WWW a mis en place des moyens de déterminer les priorités des donateurs, selon la façon dont les ressources sont affectées. En utilisant ses analyses comme base de référence pour apprécier les progrès des donateurs, la campagne WWW a créé des indicateurs, des cibles et des recommandations concrètes qui ont été communiqués aux principales parties prenantes, en particulier aux pays du G-8. Après avoir réuni des données sur le niveau d'investissement des principaux donateurs dans la lutte contre la conjonction des deux pandémies, la campagne WWW a accru ses revendications et exprimé clairement ses recommandations en matière de politiques. Un an après la publication du premier rapport, la campagne a publié une suite intitulée 'What Gets Measured Matters', qui actualise

“Aider les soignants et les autorités judiciaires à mieux connaître leurs obligations envers les personnes qui vivent avec le VIH et à faciliter ainsi leur accès aux soins et à la justice.”

les politiques, les programmes et les financements des donateurs de la lutte contre le VIH et sida en lien avec la violence à l'égard des femmes et des filles. WWW a ainsi pu suivre les changements et les tendances dans les priorités des donateurs.

Munies de ces informations, *Women Won't Wait* a mobilisé un appui public. La première difficulté a été de réunir deux mouvements importants de la société civile qui avaient rarement travaillé ensemble. Malgré les liens entre les deux pandémies et la solide expérience que chacun possédait en matière de militantisme, il y avait eu relativement peu de collaboration entre eux. Selon Cynthia Rothschild, du groupe *Center for Women's Global Leadership*, membre de la campagne *Women Won't Wait*, “un certain nombre de militants des droits fondamentaux de la femme, de la lutte contre le VIH, de la défense des droits sexuels et de la défense de la santé des femmes, ont eu le sentiment qu'au cours des dernières années, l'attention portée aux femmes et au VIH s'était accrue. Cependant, dans les différents camps, il n'y a pas eu de projets ciblés, efficaces et stratégiques qui fassent le lien entre les pandémies. Pour nombre d'entre nous, la campagne a été l'occasion de rendre la conjonction des deux pandémies plus visible. Nous avons eu le sentiment qu'il s'agissait là d'une contribution interdisciplinaire essentielle.”

Il était clair depuis le début qu'un programme féministe donnerait le ton à la campagne, mais jeter un pont entre les deux mouvements a présenté des difficultés, la principale étant que bien souvent, les militants de la lutte contre le VIH et ceux des droits des femmes perçoivent la conjonction des deux pandémies en fonction de l'objectif de leur engagement. “La plupart du temps, ils commencent dans un domaine (soit le VIH, soit les droits des femmes et la lutte contre la violence) et ensuite ils cherchent à intégrer l'autre domaine aux activités déjà en cours ou au domaine d'orientation. En conséquence, toutes les activités de lutte contre les deux pandémies ne partent pas d'un même point de vue, n'utilisent pas le même vocabulaire et ne visent pas les mêmes objectifs.”⁵¹

En effet, l'un des aspects prometteurs de la campagne WWW, c'est qu'elle cherche à rapprocher des militants d'horizons différents lorsqu'ils ont des objectifs communs, notamment des organisations qui sont basées et qui

prêtent leurs efforts tant dans le Nord que dans le Sud. Selon Mme Rothschild, la campagne *Women Won't Wait* a une tâche principale : “poser les fondations qui contribueront à créer des liens techniques et pratiques entre la violence à l'égard des femmes et le VIH et sida, et susciter une prise de conscience différente chez les militants et les décideurs. La prise de conscience n'est pas seulement importante en soi, elle guide aussi les prises de décisions”. À plus long terme, il a été décidé d'impliquer des organisations de la société civile déjà connues pour leur action dans l'un ou les deux domaines, qui avaient déjà accès aux principaux donateurs participant à la lutte contre le VIH et sida et connaissaient les stratégies utilisées pour mobiliser les pouvoirs publics. Ainsi, les membres de la campagne étaient bien placés, tant pour se lancer dans des activités de plaidoyer au niveau national et, au niveau international, pour tenter d'influer sur la politique de l'égalité des sexes du Fonds mondial et sur les directives sexospécifiques PNUD-ONUSIDA.

La campagne a aussi cherché à s'appuyer sur l'action de ses membres en tant qu'organisations individuelles, et de leur donner une plus grande cohésion et une plus grande visibilité sous la bannière de la coalition. La forte coopération qui a eu lieu entre les groupes qui ont travaillé ensemble a d'ailleurs été déterminante pour une grande partie des réalisations de la campagne. Un an avant la création de *Women Won't Wait*, ses membres avaient déjà commencé à collaborer lors des réunions de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrées au VIH et à l'occasion de la Conférence internationale sur le VIH en 2006. La confiance et la collaboration qui sont nées de leurs activités de précampagne ont été un élément essentiel de la réussite d'un réseau international qui utilise essentiellement une liste d'adresses électroniques et des audioconférences mensuelles pour s'organiser et élaborer des stratégies. La flexibilité de la structure de la campagne a été tout aussi importante, puisqu'elle a permis de mettre au point des interventions adaptées à de grands événements, comme le Sommet du G-8 ou les réunions du Fonds mondial qui ont été l'occasion de sensibiliser l'opinion. Comme Mme Rothschild le rappelle, “nous avons adopté une double voie : nous avons élaboré et défendu des revendications axées sur les droits des femmes, et nous les avons intégrées dans des programmes plus larges de lutte contre le VIH et d'organisations de la société civile.”

Cette stratégie active et soigneusement mise au point a d'ores et déjà obtenu des résultats remarquables. En juin 2007, les pays du G-8 – les plus grands contributeurs du système des Nations unies – ont publié un communiqué qui, pour la première fois, parlait de la féminisation de la pandémie du VIH et sida, et faisait référence à la violence à l'égard des femmes et des filles, aux droits à la santé sexuelle et procréative et aux ‘minorités sexuelles’. Le communiqué recommandait en particulier au Fonds mondial d’adopter une démarche soucieuse d’équité entre les sexes dans la lutte contre le VIH. Le Fonds mondial a aussi pris des mesures importantes pour intervenir de manière plus soucieuse d’équité dans la lutte contre les pandémies; il a engagé du personnel nouveau (appelé ‘les champions de l’égalité entre les sexes’), accru le nombre de spécialistes de la problématique hommes-femmes au sein de l’organisation, et proposé que des directives sexospécifiques soient incluses dans les propositions de pays. En septembre 2007, ONUSIDA a fait de même en intégrant, en rapport avec le VIH et sida, une estimation des besoins pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles à son estimation mondiale des besoins en ressources dans 132 pays, ce qui correspond aux investissements que les pays doivent faire pour réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien d'ici à 2010. Les progrès réalisés ne peuvent pas être entièrement attribués aux activités de la campagne, mais le fait que ces succès s'accompagnent d'efforts de mobilisation d'un réseau plus vaste de parties prenantes prouve que la création d'une coalition aide à responsabiliser les décideurs.

Propager en milieu rural une démarche fondée sur les droits fondamentaux : CIRDDOC (Nigéria)

L'ostracisme dont sont victimes les femmes séropositives, de la part des agents de la santé, des assistants judiciaires, de la police et d'autres encore aboutit à une absence de compassion et de compréhension de la part des personnes mêmes chez qui les femmes cherchent du réconfort et du soutien. L'attitude qui prévaut est que, si le VIH se transmet sexuellement, c'est que tous les séropositifs peuvent être soupçonnés de promiscuité.

—Oby Nwankwo, Directrice exécutive du CIRDDOC

Se servir de la justice pour faire valoir ses droits peut apparaître comme une notion étrangère dans les zones rurales du Nigéria, où les victimes de violence sexuelle sont souvent punies par le système judiciaire qui a précisément été instauré pour les protéger. Le jugement, la censure et les reproches sont les réponses courantes des responsables de l'application des lois qui s'occupent des cas de viols. De la même façon, les femmes et les filles qui vivent avec le VIH et sida sont confrontées à un important ostracisme social. Il est courant qu'elles soient rejetées par leur famille, renvoyées de leur travail, dépouillées de leurs biens ou mises à la porte du foyer conjugal.

Le *Civil Resource, Development and Documentation Centre* (Centre de ressources civiles, de développement et de documentation – CIRDDOC), créé en 1996, lutte contre ces problèmes par une stratégie double visant à aider les femmes des zones rurales à faire valoir leurs droits. La stratégie consiste d'une part à emmener les services judiciaires directement dans les collectivités qui connaissent très mal le système judiciaire. D'autre part, le personnel de santé et celui chargé de faire appliquer les lois reçoivent une formation sur les liens entre les deux pandémies et sur le type de difficultés auxquelles font face les femmes victimes.

Les activités du CIRDDOC ouvrent non seulement des espaces politiques aux femmes des zones rurales, elles encouragent aussi les prestataires de services à devenir des alliés des patientes. Selon Oby Nwankwo, Directrice exécutive du CIRDDOC, “aider les soignants et les autorités judiciaires à mieux connaître leurs obligations envers ceux qui vivent avec le VIH et faciliter ainsi leur accès aux soins et à la justice. Renforcer les capacités des femmes qui sont séropositives leur permet de vaincre l'ostracisme et d'avoir librement accès aux services.”

En accord avec leur engagement à favoriser la participation politique des groupes marginalisés, le CIRDDOC a mis en place 15 centres d'information communautaire dans les zones rurales du Nigéria. Les centres sont équipés de groupes électrogènes, de téléviseurs et de magnétoscopes (rares dans les régions qui ne disposent pas de l'électricité), permettant ainsi aux habitants d'avoir accès aux nouvelles et aux informations juridiques, aux services judiciaires et au soutien. Une équipe composée d'assistants d'avocat, de responsables de l'information pour le développement et d'instructeurs civiques aident les femmes en démythifiant les lois et en leur indiquant étape par étape comment accéder aux services juridiques. Les éducateurs civiques approfondissent les questions liées à l'égalité entre les sexes, la violence et le VIH et sida par des ateliers et des réunions communautaires.

Une fois par an, le Centre organise des réunions impressionnantes de commissions d'enquête publiques, qui servent de toile de fond aux femmes pour qu'elles puissent s'exprimer contre les maltraitances dont elles ont été victimes et sensibiliser la collectivité à la violence, au VIH et à des sujets plus vastes liés aux droits sexuels et procréatifs. Les éducateurs civiques recrutent des femmes de la collectivité pour qu'elles livrent leur témoignage. Certaines d'entre elles se voilent pour raconter leur histoire afin de ne pas se mettre en danger et protéger leur intimité, tandis que d'autres se servent de la réunion publique pour faire mieux connaître leur cause.

Stratégiquement organisée de manière à coïncider avec des conférences nationales ou internationales de plus grande importance, comme le Forum social du Nigéria, la commission d'enquête attire plusieurs centaines de personnes, notamment des autorités gouvernementales et des parlementaires. Un jury analyse les preuves et rend son verdict pour chaque cas. Ces histoires personnelles, souvent poignantes, permettent aux femmes elles-mêmes d'accéder à la justice et au soutien : dans plusieurs cas, des membres du public se sont avancés et ont proposé une aide directe aux femmes qui venaient de raconter leur histoire. En mettant un visage humain sur la double pandémie, les commissions parrainées par le CIRDDOC favorisent l'application de lois essentielles, comme par exemple une loi contre la violence à l'égard des femmes. Elles contribuent aussi, en public et de manière très convaincante, à alimenter la base de données factuelles qui établit des liens entre la violence et le VIH et sida.

L'autre aspect prometteur du travail effectué par le CIRD-DOC est qu'il permet de sensibiliser les prestataires de services judiciaires et de services de santé. Les formations

proposées par le CIRDDOC utilisent le cadre Mutapola, une démarche axée sur les droits fondamentaux qui met les femmes au centre de la lutte contre le VIH et sida. Le CIRD-DOC travaille en collaboration avec ActionAid Nigéria pour assurer un financement à la formation Mutapola. 'Mutapola' représente chaque femme et chaque fille touchée par le VIH, en personnalisant la maladie pour ceux qui ne connaîtraient pas ou ne comprendraient pas la problématique hommes-femmes qui s'y attache. La stratégie utilisée agit sur plusieurs fronts et comprend notamment le droit au traitement et aux soins, à des moyens d'existence sûrs, ainsi que la mise en place d'un cadre juridique favorable qui leur permette de réclamer et de faire valoir leurs droits. Elle permet également aux prestataires de services de se mettre à la place des femmes avec lesquelles ils travaillent. L'ostracisme intérieurisé disparaît quand les juges, les avocats, les médecins et d'autres encore commencent à comprendre de quelle manière les inégalités entre les sexes rendent les femmes et les filles vulnérables à l'une des pandémies ou aux deux.

En aidant les Nigérianes des zones rurales à devenir autonomes, et en sensibilisant les autorités judiciaires et les agents de la santé, le CIRDDOC prépare les femmes à exercer leurs droits et demander des comptes. Les femmes qui ont été formées par le CIRDDOC affirment qu'elles assument mieux leur vie de séropositives, qu'elles savent mieux faire face au VIH, notamment parce qu'elles connaissent les possibilités de traitement, et qu'il leur est plus facile d'accéder aux services. Elles comprennent aussi comment approcher la justice pour obtenir réparation dans les situations de violence ou après la divulgation de leur séropositivité. Pour les femmes qui vivent dans des villages reculés des régions rurales du Nigéria, ces informations sont précieuses.

Conclusion

“ Il s’agit ici de poser les fondations pour créer des liens techniques et pratiques entre la violence à l’égard des femmes et le VIH et sida, et pour susciter chez les militants et les décideurs une prise de conscience différente, qui n’est pas seulement importante en soi mais qui sert aussi à prendre des décisions ”

La violence à l’égard des femmes et des filles et le VIH et sida sont deux menaces qui se renforcent mutuellement, mais les stratégies prometteuses comme celles qui sont décrites dans le présent rapport peuvent contribuer à fournir des connaissances importantes pour lutter contre la conjonction des deux pandémies. Ce rapport donne en exemple une série de stratégies qui peuvent être appliquées pour lutter contre les liens qui existent entre les deux pandémies : en travaillant avec les hommes pour les inciter à adopter un comportement respectueux et sexuellement responsable face au VIH et sida, ou en mettant en place des protocoles intégrés sur la violence et le VIH dans le cadre des soins de santé. *Ensemble nous devons!* met en avant quelques organisations qui proposent des programmes importants auprès de collectivités locales, contribuant ainsi à la base de données factuelles sur les initiatives à prendre contre les liens entre les deux pandémies. Les stratégies qui y sont décrites influeront sur les efforts en cours pour réaliser l’accès universel à la prévention et au traitement du VIH et sida que les gouvernements sont convenus de mettre en œuvre d’ici à 2010, et pour atteindre les objectifs de 2015 définis dans la campagne du Secrétaire général de l’ONU, *Tous unis pour mettre fin à la violence à l’égard des femmes*.⁵²

Quatre catégories de stratégies sont décrites dans ce rapport, selon les approches qui sont nécessaires pour lutter contre la conjonction des deux pandémies. Dans la première, on souligne le rôle que doit jouer la collectivité pour changer des normes préjudiciables en matière d’égalité des sexes. Les inégalités entre les sexes entretiennent et perpétuent les deux pandémies, aussi est-il essentiel, afin de briser les liens entre les deux, de créer un état d’esprit collectif qui refuse la violence et qui aide les femmes qui vivent avec le VIH et sida à mener une vie productive et sans violence. Dans la

deuxième catégorie, on met l’accent sur des méthodes visant à émanciper les populations traditionnellement marginalisées, notamment les femmes jeunes et celles qui appartiennent à des minorités raciales et sexuelles. En ciblant les groupes qui sont touchés disproportionnellement par les deux pandémies, on encourage les femmes et les filles à devenir elles-mêmes des agents du changement.

Dans la troisième catégorie de stratégies, on fait appel à la création de méthodes intégrées pour relier les interventions en matière de santé à des services sociaux d’ensemble, à accroître les connaissances des praticiens et des prestataires de services, et à faire en sorte qu’ils changent d’attitude et qu’ils aident mieux les victimes de la violence, ainsi que les femmes et les filles qui vivent avec le VIH et sida. Dans la dernière catégorie, on examine les stratégies qui responsabilisent les décideurs de l’action qu’ils mènent pour appréhender les liens entre les deux pandémies. Les militants se font de plus en plus entendre auprès des femmes et des filles séropositives, que ce soit par le biais de la recherche, de la documentation ou de la formation aux droits fondamentaux. Ils attirent ainsi une toute nouvelle attention sur les politiques soucieuses d’équité entre les sexes aux plus hauts niveaux de prise de décisions.

Aucune stratégie ne peut ni ne doit être appliquée de manière isolée; mais ensemble, ces stratégies constituent le tracé d’une feuille de route pour lutter contre les liens entre la violence à l’égard des femmes et des filles et le VIH et sida. Le rapport cherche à encourager les gouvernements, les donateurs, les ONG internationales et d’autres encore à prendre en compte ces actions et à évaluer la possibilité de les transposer à plus grande échelle, dans le cadre du processus de l’accès universel, et à améliorer la prévention et

la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles. Au moins cinq recommandations se dégagent des expériences décrites ici pour la conception, l'application et le suivi de programmes efficaces de lutte à la fois contre la violence à l'égard des femmes et des filles et contre le VIH et sida :

1) Il faut davantage de recherche pour déterminer et évaluer des stratégies efficaces de lutte contre la conjonction du VIH et sida et de la violence à l'égard des femmes et des filles, et pour documenter les enseignements dégagés.

La recherche et les données qui établissent le lien de cause à effet entre la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida se renforcent, mais les informations sur les stratégies efficaces de lutte contre la double pandémie ne sont pas toujours faciles à trouver. De nombreuses initiatives prometteuses ont lieu à travers le monde, et les stratégies opérationnelles qui sont décrites ici ne représentent qu'un petit échantillon de l'action entreprise à l'échelle mondiale. Il faut bien davantage de recherche pour suivre, évaluer et classer les pratiques les plus efficaces et pour documenter les enseignements dégagés dans le but d'étendre ces pratiques. L'objectif de *Ensemble nous devons!* est de servir de point de départ pour développer la recherche et partager les données sur les efforts de lutte contre la conjonction des deux pandémies.

2) Il faut recueillir et diffuser des données nationales et mondiales sur la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida, afin de responsabiliser les décideurs.

L'un des sujets communs à toutes les stratégies dont il est question ici est l'importance de la recherche et de la documentation. Pour aider les femmes à obtenir réparation et sensibiliser davantage l'opinion, il faut décrire la nature particulière de la violence, expliquer comment cet acte est en corrélation avec le VIH et indiquer les taux de poursuites judiciaires et de condamnations. De même, l'analyse des interventions nationales et internationales des donateurs et des décideurs dans la lutte contre la double pandémie est un moyen de mobilisation important; elle permet par exemple de voir dans quelle mesure les financements destinés au VIH servent aussi à combattre la violence à l'égard des femmes et des filles. Ces données sont essentielles pour influer sur les changements de politique; elles doivent être recherchées et analysées pour influencer efficacement les décideurs.

3) Il faut des protocoles normalisés et des formations pour les professionnels de la santé pour les éclairer sur les liens entre la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida.

Si ses moyens financiers et sociaux le lui permettent, une femme ou une fille victime d'un acte de violence sexuelle peut se tourner en premier lieu vers un soignant. De même, les femmes et les filles séropositives dépendent souvent des soignants pour obtenir des informations, des soins et un soutien. Mais il faut mettre en place des protocoles qui relient les services qui luttent contre la violence d'une part, à ceux qui luttent contre le VIH et sida d'autre part. Comme le montre ce rapport, ceux qui sont les premiers à intervenir après une agression sexuelle doivent savoir administrer une prophylaxie post-exposition, bien connaître le dépistage volontaire et l'accompagnement psychologique ou le soutien fourni par les prestataires de soins, ainsi que les différents traitements qui peuvent être conseillés aux femmes et aux filles. Ces deux pandémies étant étroitement liées, il est essentiel que les prestataires de soins, notamment ceux qui effectuent les tests de dépistage, comprennent et prennent en compte les conséquences que peuvent avoir l'annonce d'une séropositivité et le traitement qui s'ensuit, notamment les éventuelles violences dont les femmes pourraient être victimes. Les modules de formation doivent comporter des études de cas axées sur des scénarios de violence, et les soignants doivent vivement encourager les débats qui sont l'occasion pour les femmes et les filles d'évoquer leurs expériences et leur peur de la violence. En outre, les soignants doivent disposer d'un système d'aiguillage bien clair pour que les femmes puissent accéder à un soutien et à des soins une fois leur séropositivité connue; elles doivent notamment être en mesure de bénéficier de traitement, d'être informées des moyens de réduire les risques de propagation et de révéler ou non les résultats du test. Des partenariats doivent être forgés avec d'autres entités d'appui – juridique, socioéconomique et psychologique..

4) Il faut tenter d'impliquer les groupes marginalisés là où ils vivent, travaillent et se débendent.

Criola l'a fait au Brésil en passant entre les balles dans les rues des *favelas*. Son action a permis de sensibiliser l'opinion, d'apporter des connaissances pratiques et des services de lutte contre le VIH et sida dans des quartiers marginalisés de femmes et de filles afro-brésiliennes touchées disproportionnellement par la double pandémie. Au Népal, *Equal Access*

s'est servi de la radio pour informer les travailleurs migrants et leur famille, ainsi que les femmes qui vivent avec le VIH et sida. Au Nigéria, *Girls Power Initiative* s'est associée avec le secteur éducatif officiel pour instruire les adolescentes dans les salles de classe de leurs écoles. Dans chacun de ces cas, les organisations ont impliqué des groupes marginalisés en allant là où ils vivent, travaillent et se détendent. Elles sont intervenues dans des conditions qui n'ont pas toujours été sans danger, et parfois hostiles; mais grâce à ces méthodes, des groupes marginalisés ont reçu des informations, une éducation et un renforcement de capacités, pour les rendre autonomes et les protéger ainsi de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida.

5) Il faut s'assurer l'adhésion de diverses parties prenantes de la collectivité pour lutter contre l'ostracisme et la discrimination qui accompagnent la violence à l'égard des femmes et des filles et le VIH et sida.

On a longtemps caché la violence à l'égard des femmes et des filles à cause des tabous culturels, mais à présent le mouvement pour les droits des femmes s'emploie active-

ment à briser ce silence. De même, vivre avec le VIH sans se cacher est devenu un moyen d'expression pour les militants de la lutte contre le sida. Pourtant, malgré les progrès obtenus dans la manière de percevoir la violence et le VIH dans les mouvements associatifs, malgré la prise de conscience croissante sur les liens qui existent entre les deux pandémies, de nombreuses collectivités à travers le monde n'ont pas encore compris l'ampleur des deux pandémies, ni les problèmes sexistes qui les entraînent. Comme le montre ce rapport, les stratégies qui luttent efficacement contre la conjonction de la violence à l'égard des femmes et des filles et du VIH et sida associent diverses parties prenantes, et parviennent même à convaincre les plus sceptiques de soutenir leur cause. Les liens entre les deux pandémies ne seront brisés que lorsque l'on verra des parents dans un village traditionnel du Nigéria vanter les mérites de l'enseignement de la sexualité sans risque qui est dispensé à l'école, ou lorsque des chefs religieux d'un des villages les plus pauvres des provinces d'Afrique du Sud manifesteront avec des hommes et des garçons contre la violence à l'égard des femmes et des filles. L'approbation de la collectivité et la promotion de l'égalité entre les sexes sont les seuls moyens d'éradiquer le fléau que représentent la stigmatisation, la discrimination et la violence, partout dans le monde.

Notes

¹ Voir par exemple, R. Royce. 'Sexual Transmission of HIV/AIDS'. *The New England Journal of Medicine* 336/15 (1997), 1072-1078, cité dans UNFPA, *État de la population mondiale : Un milliard à ne pas oublier : investir dans la santé et les droits des adolescents* (New York, 2003), 23. À consulter à : <http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=154>; ONUSIDA, 'AIDS - 5 years since ICPD: Emerging issues and challenges for women, young people & infants', (Genève, 1999) 11. À consulter à : http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc150-icpd_en.pdf.

² Suzanne Maman. 'HIV-positive women report more lifetime partner violence: Findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania'. American Public Health Association (Washington, É.-U., 2002). À consulter à : <http://www.ajph.org/cgi/reprint/92/8/1331.pdf>.

³ De récentes discussions ont abordé le risque différentiel des épidémies concentrées qui touchent des sous-populations particulières, par rapport à des épidémies généralisées qui touchent des populations entières. Les femmes étant plus vulnérables au VIH dans les épidémies généralisées, une méthode soucieuse de l'équité entre les sexes, qui lutte contre la violence à l'égard des femmes, est essentielle dans les deux scénarios.

⁴ Voir Royce, op. cit. 23.

⁵ Voir par exemple, UNFPA. *État de la population mondiale : La promesse d'égalité : égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du Millénaire pour le développement*. Fonds des Nations Unies pour la population (2005). À consulter à : <http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch1/index.htm>; Shelley Clark. 'Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage'. *International Family Planning Perspectives* (2006). À consulter à : <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3207906.html>; G.M. Wingood. 'Child sexual abuse, HIV sexual risk, and gender relations of African-American women'. *American Journal of Preventive Medicine*, 13/5 (1997), 380-84. Condensé à consulter à : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9315271?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9315271?log$=activity).

⁶ Risa Denenberg. 'Childhood Sexual Abuse as an HIV Risk Factor in Women'. In *The Body: Complete HIV/AIDS Resource*, (New York: Gay Men's Health Crisis, 1997). À consulter à : <http://www.thebody.com/content/art13469.html>. Voir également UNIFEM, 'Act Now! A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS'. Association for Women's Rights in Development (AWID, 2002). À consulter à : http://www.unifem.org/attachments/products/ActNow_eng.pdf.

⁷ Population Council. 'Can Livelihoods Training Alter Girls' Lives?' In 'Transitions to Adulthood', *Population Brief* 11 (2005). À consulter à : [http://www.popcouncil.org/publications/popbriefs/pb11\(3\)_4.html](http://www.popcouncil.org/publications/popbriefs/pb11(3)_4.html).

⁸ Voir par exemple, Suzanne Maman, op. cit.; UNFPA, op. cit., 23. .

⁹ Amy Medley. 'Rates, barriers and outcomes of HIV sero-disclosure among women in developing countries: Implications for prevention of mother-to-child transmission programmes'. *Bulletin of the World Health Organization* 82/4 (2004), 299-307. À consulter à : <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/4/299.pdf>.

¹⁰ Yakin Ertürk. 'Intersections of Violence against Women and HIV/AIDS: Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences'. Conseil économique et social, Nations Unies, Commission des droits de l'homme (2005). À consulter à : <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/102/11/PDF/G0510211.pdf?OpenElement>.

¹¹ Ibid.

¹² ONUSIDA. 'Politique générale, Criminalisation de la transmission du VIH'. (Genève : ONUSIDA, 2008), 6. À consulter à : http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf

¹³ En 2005, les dirigeants mondiaux se sont engagés à transposer à une échelle bien plus importante la prévention et le traitement du VIH et sida, ainsi que les soins et l'appui nécessaire, dans le but de se rapprocher 'le plus possible' d'un accès universel au traitement en 2010. Les piliers de cette stratégie sont notamment des ressources accrues pour lutter contre le sida, un plus grand accès aux médicaments, la réduction de l'ostracisme, de la discrimination et de la vulnérabilité des personnes touchées par le VIH et sida et autres questions affectant la santé.

¹⁴ Pour un complément de documentation, voir les rapports d'UNIFEM sur le VIH et la violence à l'égard des femmes. À consulter à : http://www.unifem.org/gender_issues/hiv_aids/; Global AIDS Alliance 'Violence against Women and Children & HIV/ AIDS, Factsheet, 2009' (Washington, DC: Global AIDS Alliance, 2009). À consulter à : http://www.globalaidsalliance.org/page/-/PDFs/Factsheet_VAWG_March_2009.pdf.

¹⁵ Voir par exemple,

- Center for Women's Global Leadership. 'The Intersection of Violence Against Women and HIV/AIDS', A Strategic Conversation. New York, N.Y., 1er avril 2004. À consulter à : <http://www.cwgl.rutgers.edu/globalcenter/events/VAW%20HIV%20NY%20Mtg.doc>;
- Center for Women's Global Leadership. 'Action on Gender- Based Violence and HIV/AIDS: Bringing Together Research, Policy, Programming and Advocacy'. Meeting at Harvard School of Public Health, Program on International Health and Human Rights, Toronto (Canada), 9 et 10 août 2006;
- ONUSIDA. 'Scaling up work to address violence against women and children and its intersections with HIV'. UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights, Issue Paper for Seventh Meeting. Genève, 7 au 12 février 2007. À consulter à : http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2007/070216_HHR_7_VAW.pdf;
- The Athena Network, <http://www.athenetwork.org>
- With Women Worldwide, an initiative of the International Women's Health Coalition, <http://www.iwhc.org/index.php?option=comcontent&task=view&id=3321&Itemid=581> 16 Women Won't Wait Campaign. 'Act Now to End HIV and Violence against Women Toolkit'. 2. À consulter à : http://www.womenwontwait.org/index.php?option=com_docman&Itemid=98.

¹⁶ Women Won't Wait Campaign. 'Act Now to End HIV and Violence against Women Toolkit', 2. À consulter à : http://www.womenwontwait.org/index.php?option=com_docman&Itemid=98.

¹⁷ Susan T. Fried. Women Won't Wait Campaign, 'Show Us the Money: Is Violence against Women on the HIV&AIDS Do-nor Agenda?' Washington (É.-U.), ActionAid, 2007). À consulter à : http://www.womenwontwait.org/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=1.

¹⁸ Pour un complément de documentation, voir Promundo, Program H, educational video 'Once Upon a Boy' and manual series vol. 1-5. Available at http://www.promundo.org.br/396?locale=en_US; Population Council, 'Yaari Dosti: A Training Manual', Population Council (New Delhi, 2006). À consulter à : <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/yaaridostisieng.pdf>; Alice Welbourn, *Stepping Stones: A training package in HIV/AIDS, communication and relationship skills*, Londres : ActionAid, 1995). À consulter à : <http://www.steppingstonesfeedback.org/>.

¹⁹ ONUSIDA. 'Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008' (Genève : ONUSIDA, 2008) 67. À consulter à : http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp.

²⁰ Cheywa Spindel, Elisa Levy, Melissa Connor (dirs. de publ.).'With an End in Sight', (New York, UNIFEM, 2000) 22. À consulter à : http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=14.

²¹Citation, Sonke's digital storytelling program, 2007. À consulter à : <http://www.genderjustice.org.za/digital-stories/tapiwa.html>.

²² Shanaaz Mathews. 'Every six hours a woman is killed by her intimate partner': A national study of female homicide in South Africa'. MRC Policy Brief, Gender and Health Research Group (Tygerberg, Afrique du Sud : Medical Research Council, 2004). À consulter à : <http://www.mrc.ac.za/policybriefs/woman.pdf>.

²³ Audrey E. Pettifor. 'Sexual Power and HIV Risk, South Africa'. International Conference on Women and Infectious Diseases, *Emerging Infectious Diseases*, 10/11 (2004) 3. À consulter à : <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no11/pdfs/04-0252.pdf>.

²⁴ MMedley, op. cit., 299.

²⁵ Pour un complément d'information, voir le site d'information Sonke Gender Justice Network, HIV/AIDS, Gender Equality, Human Rights, One Man Campaign. À consulter à : <http://www.genderjustice.org.za/projects/one-man-can-campaign.html>.

²⁶ Sonke Gender Justice Network. 'Sonke's 16 days of activism against gender violence: Men marching in Limpopo' (2008). À consulter à : <http://www.genderjustice.org.za/issue-1-december-2008/sonkes-16-days-of-activism-against-gender-vio-3.html>.

²⁷ Christopher J. Colvin. 'Report on the impact of Sonke Gender Justice Network's One Man Can Campaign in Limpopo, Eastern Cape and KwaZulu-Natal Provinces, South Africa'. Sonke Gender Justice Network (2009) 5. À consulter à : <http://www.genderjustice.org.za/resources/5.html>.

²⁸ ActionAid India. 'HIV+ Women lead the way to life of dignity'. ActionAid International (2006). À consulter à : <http://www.actionaid.org/india/index.aspx?PageID=3411>.

²⁹ Jay G. Silverman. 'Intimate Partner Violence and HIV Infection Among Married Indian Women'. *Journal of the American Medical Association*, 300/6 (13 août 2008). À consulter à : <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/300/6/703>.

³⁰ C'est ce qui arrive dans beaucoup de pays, ainsi que l'a montré Dominique De Santis dans 'Backgrounder: Violence Against Women and AIDS', The Global Coalition on Women and AIDS (Genève : ONUSIDA, 6 janvier 2005). À consulter à : http://data.unaids.org/GCWA/GCWA_BG_Violence_en.pdf.

³¹ ActionAid India. 'ActionAid India Annual Report 2006', Books for Change, Bangalore (Inde) : ActionAid India, 2006) 37. À consulter à : <http://www.actionaid.org/micrositeAssets/india/assets/actionaid%20india%20annual%20report%202006.pdf>.

³² ONUSIDA. 'Session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida. Country Progress Report [Nepal]', National Centre for AIDS and STI Control (2008) 30. À consulter à : http://data.unaids.org/pub/Report/2008/nepal_2008_country_progress_report_en.pdf.

³³ Voir par exemple Lopes F. Buchalla. 'Vulnerability, racism, symbolic violence and women living with HIV/AIDS (WLWA), in São Paulo State, Brazil', Team EC, São Paulo (Brésil) (2002). On peut consulter un condensé du rapport à <http://gateway.nlm.nih.gov/Meeting-Abstracts/ma?f=102257138.html>; Fernanda Lopes Cassia, 'Black and non-Black women and vulnerability to HIV/AIDS in São Paulo, Brazil', *Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo* (Conférence internationale sur le sida, décembre 2007). À consulter à : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000900008&script=sci_arttext&tlang=en.

³⁴ Centers for Disease Control and Prevention. 'HIV/AIDS Among Women', Department of Health and Human Services, Divisions of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention (Atlanta (É.-U.) : Centers for Disease Control and Prevention, août 2008). À consulter à : <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/fact-sheets/women.htm>.

³⁵ ActionAid UK. 'Hate crimes: The rise of "corrective" rape in South Africa', Andrew Martin, Annie Kelly, Laura Turquet et Stephanie Ross (dirs. de publ.) (Londres : ActionAid, 2009) 8. À consulter à : http://www.actionaid.org.uk/doc_lib/correctiveperep_final.pdf.

³⁶ Cary Alan Johnson. 'Off the MAP: How HIV/AIDS Programming is Failing Same-Sex Practicing People in Africa'. Inter-national Gay and Lesbian Human Rights Commission (New York: Open Society Institute, 2007) 40. À consulter à : http://www.soros.org/initiatives/health/focus/sharp/articles_publications/publications/offthemap_20070322.

³⁷ R.J. Kelly. 'Age differences in sexual partners and risk of HIV-1 infection in rural Uganda'. Department of Population and Family Health Sciences, School of Hygiene and Public Health, (Baltimore (É.-U.) : Johns Hopkins University, 2003). Condensé à consulter à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12640205>; S. Gregson. 'Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe'. Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College Faculty of Medicine (Norfolk Place: University of London, 2002). Condensé à consulter à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12057552>; J.R. Glynn. 'Why do young women have a higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya, and Ndola, Namibia', Infectious Disease Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2001). Condensé à consulter à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11686466>.

³⁸ Nancy Luke. 'Confronting the myth of "sugar daddies": Recent findings linking age differences, economic transaction, and risky behavior in sexual relations in Kenya'. Programme de la Réunion annuelle 2002, Population Association of America, Atlanta (É.-U.), 9 à 12 mai 2002. Condensé à consulter à : <http://paa2002.princeton.edu/abstractViewer.asp?submissionId=61270>.

³⁹ Lopes F. Buchalla. 'Are black women more vulnerable to HIV/AIDS than other women in Brazil?' Département d'épidémiologie, Université de São Paulo, École de la santé publique, 15e Conférence internationale sur le sida, Bangkok (Thaïlande), 11 au 16 juillet 2004. Condensé à consulter à : <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102277533.html>.

⁴⁰ Amnesty International. 'Picking up the pieces: Women's experience of urban violence in Brazil, 2008', (Londres : Secrétariat d'Amnesty International, 2008) 54. À consulter à : <http://www.amnesty.org/en/library/info/AMR19/001/2008/en>.

⁴¹ Ibid.

⁴² Entretien faisant partie d'un atelier sur 'Our Bodies and Our Selves: Voices of Women on the Margin'. Organisé par la *Global Alliance Against Traffic in Women* (GAATW), à la 10e Réunion internationale sur les femmes et la santé, New Dehli (Inde), 21 au 25 septembre 2005. Complément d'information à consulter à : http://www.gaatw.org/index.php?option=com_content&view=article&id=213&catid=68:GAATW%20News.

⁴³ Wilson, Phill. 'Left Behind: Black America: A Neglected Priority in the Global AIDS Epidemic'. Los Angeles (É.-U.) : Black AIDS Institute, 2008, 21. À consulter à : http://www.blackaids.org/image_uploads/article_575/08_left_behind.pdf.

⁴⁴ Voir par exemple, Jan Vandemoortele. 'The "Education Vaccine" Against HIV', *UNICEF, Current Issues in Comparative Education*, 3/1 (2000). À consulter à : http://www.tc.columbia.edu/cice/Archives/3.1/31vandemoortele_delamonica.pdf; Douglass Kirby. 'Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics'. (Family Health International, 2006). À consulter à : <http://programservices.etr.org/index.cfm?fuseaction=pubProds.prodsummary&ProductID=9>.

⁴⁵ Bene Madunagu. 'Girl Power, Asserting Sexual Rights in Nigeria', *Open Society News*, 8. À consulter à : <http://www.iwhc.org/storage/iwhc/docUploads/GPI%20profile.OSI.pdf?documentID=117>.

⁴⁶ Ibid. 9.

⁴⁷ Mabel Bianco. 'Defending the sexual and reproductive health rights of women affected by HIV in Argentina'. FEIM (2008) 10. À consulter à : http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output>ShowFile2.aspx?e=1419.

⁴⁸ Maria de Bruyn. 'Monitoring Millennium Development Goals in relation to HIV-positive women's rights'. IPAS, USA, Conference on Human Rights Impact Assessment and Practice, Zandvoort (Pays-Bas), 23 et 24 novembre 2006. À consulter à : http://www.humanrightsimpact.org/fileadmin/hrria_resources/conference_presentation/HOM_HRIA_presentation_MdB_11-23-06.ppt#256,1,HIV, reproductive health & Millennium Development Goals: a tool to monitor progress.

⁴⁹ Bianco, op. cit. 11.

⁵⁰ L'étude concerne les donateurs suivants : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; *President's Emergency Fund for AIDS Relief* (PEPFAR/US); Ministère du développement international (R.-U.); Banque mondiale et ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida).

⁵¹ Center for Women's Global Leadership. 'Action on Gender-Based Violence and HIV/AIDS: Bringing Together Research, Policy, Programming and Advocacy'. Rapport de la réunion, Harvard School of Public Health, Program on International Health and Human Rights, Toronto (Canada), 9 et 10 août 2006, 3.

⁵² Pour un complément d'information, voir 'Tous unis pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes'. Campagne du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes'. M. Ban Ki-moon, Secrétaire général de l'ONU, 2008. À consulter à : <http://endviolence.un.org/>.

Appendice Organisations dont le nom figure dans le texte

Sonke Gender Justice/One Man Can Campaign

Site Web: Sonke Gender Justice
<http://www.genderjustice.org.za/>
One Man Can Campaign
<http://www.genderjustice.org.za/onemancan/>

Adresse postale :
Cape Town
4th Floor Westminster House
122 Longmarket Street
Cape Town
8001 AFRIQUE DU SUD
Téléphone : +27 21 423 7088 Télécopie : +27 21 424 5645

Johannesburg
P.O. Box 31166
Braamfontein
Johannesburg
2017 AFRIQUE DU SUD
Téléphone : +27 11 339 3589 Télécopie : +27 11 339 6503

MILANA
Blog à : <http://hivpositiveandliving.blogspot.com/>

Equal Access

Equal Access Nepal
Site Web :
<http://www.equalaccess.org/country-nepal.php>
Email : info@equalaccess.org
Téléphone: +1-415-561-4884 Fax: +1-415-561-4885
Facebook : Equal Access International

Adresse postale :
Equal Access
38 Keyes Avenue, #3
Building 38, The Presidio
San Francisco, CA 94129
É.-U.

CRIOLA
Site Web : <http://www.criola.org.br/>
Email : [criola@criola.org.br/](mailto:criola@criola.org.br)

Adresse postale :
Avenida Presidente Vargas 482, Sobreloja203, Centro
Rio de Janeiro-RJ BRAZIL
20071-000
BRÉSIL
Téléphone/télécopie : +55 (21) 2518-6194/ 2518-7964

Women of Color United (WOCU)

Site Web : <http://www.womenofcolorunited.org/>
Contact : <http://www.womenofcolorunited.org/contact-women-of-color-united/>

Girls Power Initiative

Téléphone : +234 803357895 Télécopie : +234 87-236298
Site Web : www.gpinigeria.org
Email : gpcalabar@gpinigeria.org
gpi_hqcal@yahoo.co.uk

Adresse postale :
National Headquarters/Cross River Centre
44 Ekpo Abasi Street
P.O. Box 3663
UNICAL Post Office
Calabar
NIGÉRIA

Nairobi Women's Hospital

Site Web : www.nwch.co.ke
Email : info@nwch.co.ke
Téléphone : 2712886, 2726821/4/6/7, 2736845
Mobiles : 0722-760146, 0733-618353
Télécopie : 2716651

Adresse postale :
The Nairobi Women's Hospital
Argwings Kodhek Road
Hurlingham
Nairobi
KENYA

Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)

Site Web : www.feim.org.ar
Email : feim@feim.org.ar

Adresse postale :
Paraná 135, Piso 3, Dpto 13
C1017AAC Buenos Aires
ARGENTINE
Téléphone/télécopie : +54-11 4372-2763

Women Won't Wait

WWW International Secretariat
The Mall Offices, 4th Floor
11 Cradock Avenue
Rosebank, Johannesburg
AFRIQUE DU SUD
Email : neelanjana.mukhia@actionaid.org

Civil Resource Development and Documentation Centre (CIRDDOC)

Site Web : www.cirddoc.org
Email : cirddoc@aol.com, cirddoc96@yahoo.com, cirddoc@gmail.com, info@cirddoc.org, nwankwooby@yahoo.com, nwankwo_o@cirddoc.org

Adresse postale :
CIRDDOC
Fourth Dimension Complex
16 Fifth Avenue
City Layout
P.O. Box 1686
Enugu
NIGÉRIA
Téléphone : +234-(0)8033132493 - 4
+234-(0)42-314662
+234-(0)42-303315
Télécopie : +234-(0)42-456904

