



VIH et sida en Afrique: une épidémie qui touche les femmes – des réponses qui s'adressent uniquement aux femmes?

Présentation des facteurs sexospécifiques qui caractérisent le VIH/sida en Afrique et d'exemples de bonne pratique mis en œuvre par les organisations partenaires de Pain pour le Monde

Table des matières

Préface	5
Introduction	7
Qui est touché par l'infection?	8
Les facteurs biologiques	10
Les facteurs socio-économiques	11
La pauvreté	11
Mobilité et travailleurs migrants	12
La pression exercée par les pairs	13
L'argent est-il la solution?	13
Les facteurs socioculturels	14
Masculinité/Féminité	15
Jeunesse et jeunes adultes	15
L'information sur le VIH/sida est-elle suffisante pour permettre aux femmes de se protéger contre le virus?	18
La polygynie	21
La lobola et ses conséquences	24
Le lévirat	25
Les rites d'initiation	27
La mutilation génitale féminine	27
La circoncision	28
Les guérisseurs traditionnels	29

La stratégie ABC peut-elle vraiment protéger les femmes contre le VIH?	33
La stratégie SAVE – une alternative?	35
Les microbicides	37
Remarques de conclusion sur la prévention	37
Vaincre la stigmatisation	38
L'Église et la stigmatisation	40
Les soins	43
Les orphelins	46
Conseil et tests volontaires	49
PTME	50
Hommes, femmes et CTV	53
Plaidoyer, accès et préparation au traitement	56
Conclusion	64
Glossaire	65
Références	68
Liste des photos e des graphiques	71
Edité par	74

Préface

Pain pour le Monde (PPLM) s'engage dans la lutte contre le VIH et le sida en Afrique depuis la fin des années 80 et le début des années 90. Après l'identification du virus et la prise de conscience de la dimension que prendrait cette nouvelle maladie, PPLM acquit la profonde conviction que si les gouvernements, les sociétés civiles et, parmi elles, les églises ne parvenaient pas à combattre le VIH/sida, tous les autres efforts de développement pourraient s'avérer vains. C'est pourquoi la lutte contre le VIH/sida devint l'une des priorités fondamentales de Pain pour le Monde dans le cadre du soutien à ses partenaires en Afrique.

À l'origine, bon nombre d'organisations partenaires de Pain pour le Monde concentraient leurs activités en matière de VIH/sida presque exclusivement sur les femmes. Ceci semblait justifié puisqu'il s'avéra très rapidement que les femmes en Afrique étaient les plus concernées en ce qui concerne la contamination par la maladie, mais aussi en ce qui concerne les soins à prodigés aux malades au sein de la famille et de la communauté, la prise en charge des orphelins, etc. En Afrique australe, qui est devenue l'épicentre de la pandémie, la priorité accordée aux femmes était particulièrement flagrante, largement par simple nécessité; en effet, le phénomène des travailleurs migrants a quasiment dépeuplé les zones rurales d'hommes.

Toutefois, progressivement, la seule prise en compte des femmes s'avéra peu satisfaisante: pouvait-on vraiment endiguer la pandémie en s'adressant exclusivement aux femmes sur les modes de transmission et en attendant d'elles, qu'elles transmettent l'information à leur mari? Est-il réaliste d'attendre des femmes qu'elles persuadent leur mari ou leur partenaire d'utiliser des préservatifs? Est-il suffisant de tester les femmes enceintes pour savoir si elles sont séropositives? En d'autres termes: peut-on réellement endiguer la prolifération du VIH/sida sans s'adresser aux hommes?

Ces questions ont résulté en une étude commissionnée par Pain pour le Monde en Afrique du Sud début 2003, dans le cadre de laquelle les thèmes du VIH/sida et des sexospécificités ont été traités en coopération avec huit organisations partenaires de Pain pour le Monde. Certains des résultats de cette étude sont présentés ici. Les expériences des organisations partenaires de Pain pour le Monde dans d'autres pays africains y sont également décrites.

La présente publication a pour objectif de contribuer à une nouvelle approche pour aborder le thème du VIH/sida en tenant compte des sexospécificités, et de modifier la conception un tant soit peu erronée selon laquelle «sexospécificités» est synonyme de «femmes» et non pas de «femmes et hommes». Cette publication traite également des nombreuses facettes du travail en matière de VIH/sida sous l'aspect des sexospécificités et accorde un intérêt particulier aux facteurs socioculturels. La manière dont les pratiques culturelles devraient être modifiées, sans toutefois les priver de leur sens particulier est un sujet dont doivent débattre les garants des traditions culturelles: les chefs, les guérisseurs traditionnels, les leaders des communautés spirituelles et les organisations partenaires souhaitant contribuer à des pratiques plus sûres et prenant mieux en compte les sexospécificités. Un premier pas a été réalisé, comme le révèlent les nombreux exemples de projets. Cependant, davantage d'efforts sont requis pour engendrer un impact significatif.

Cette publication s'adresse à un public intéressé et aux organisations partenaires de Pain pour le Monde. Elle a pour objet de résumer les principaux arguments du débat sur le VIH/sida et de rendre compte du travail important de nos organisations partenaires dans la lutte contre cette maladie.



Pasteur C. Füllkrug-Weitzel
Directrice de Pain pour le Monde

Introduction

Le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) fut découvert aux États-Unis au début des années 80 comme maladie représentant la phase terminale de l'infection par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Pour les pays de l'Ouest, cette maladie concernait avant tout les hommes homosexuels et ce n'est qu'au milieu des années 80 qu'elle fut reconnue comme problème sanitaire global. Alors que des doutes persistent quant à la provenance exacte du virus, on pense que le virus de l'immunodéficience humaine est une mutation du virus de l'immunodéficience simienne (qui touche les singes), trouvé dans de nombreuses espèces de singes en Afrique Centrale et en Afrique de l'Ouest.¹

En Afrique, des cas isolés de sida existaient déjà dans les années 50 et 60, bien que la maladie ne s'appelait pas «sida» à l'époque – les personnes mouraient d'une maladie rare et inexplicquée qui provoquait leur amaigrissement.

L'apparition de nouveaux virus, contre lesquels l'homme n'a pas encore acquis d'immunité, est un phénomène naturel et historiquement récurrent. Un exemple est la grippe espagnole qui fit plus de 20 millions de victimes en l'espace de quelques mois juste après la Première Guerre mondiale.

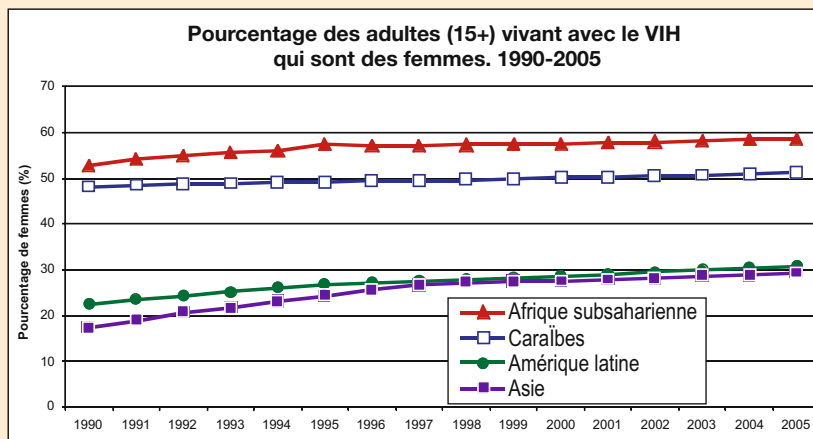
Au cours des deux dernières décennies, le VIH et le sida sont devenus les principaux défis pour le travail de développement en Afrique. Le continent africain est le plus touché par la pandémie. À l'échelle mondiale, environ 40 millions de personnes sont séropositives. 25 millions de personnes, soit 63% de tous les séropositifs vivent en Afrique. 65% des nouvelles infections à l'échelle mondiale et 72% de tous les décès dus au sida ont lieu en Afrique.² Plus que n'importe quel autre continent, l'Afrique doit faire face à l'impact du VIH et du sida. Puisque ce sont avant tout les jeunes adultes, c'est-à-dire la génération des futurs parents, qui sont affectés par le VIH et le sida, le tissu social dans les pays à forte prévalence se désintègre, les économies de divers pays africains ont

¹ cf. Jackson 2004:3

² Source: ONUSIDA Le point sur l'épidémie de SIDA 2006b:3

considérablement faibli et l'éducation a souffert, puisque les enseignants tombent malade et meurent.

Le VIH peut se transmettre de diverses manières: par le sang et les produits sanguins, par des aiguilles ou des seringues contaminées, par les rapports sexuels et par transmission mère-à-enfant, soit au cours de la grossesse, soit pendant l'accouchement ou par l'allaitement. Dans les sociétés où les rapports sexuels hétérosexuels sont le principal mode de transmission, les femmes sont nettement plus affectées que les hommes.

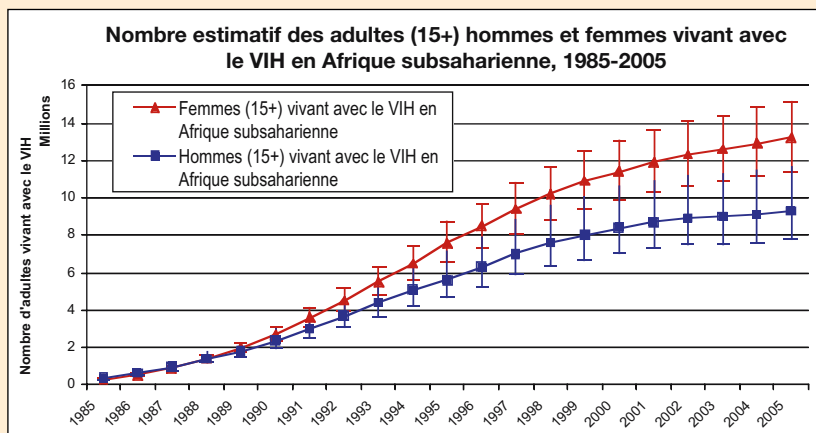


Graphique 1: Source: ONUSIDA Rapport 2006

Qui est touché par l'infection?

Alors que les premières années de l'épidémie, c'étaient avant tout les hommes homosexuels qui étaient concernés, le nombre des femmes séropositives a très nettement augmenté au cours des dernières années. Mondialement, presque

50% des personnes séropositives sont des femmes. En Afrique, les femmes représentent 59% de l'ensemble des personnes séropositives et 75% de toutes les femmes vivant avec le VIH dans le monde.³



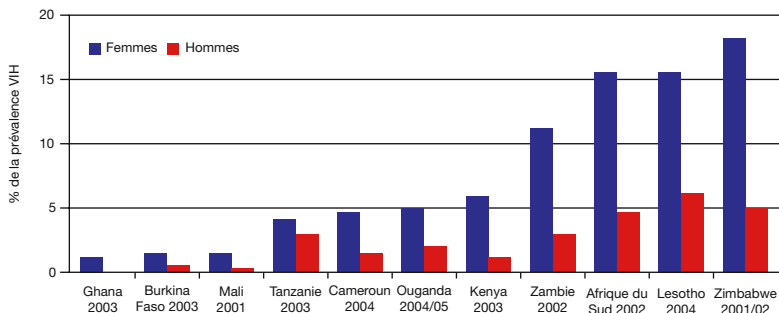
Graphique 2: Source: ONUSIDA Rapport 2006

Le graphique montre que le nombre de femmes vivant avec le VIH/sida augmente beaucoup plus rapidement en Afrique que le nombre d'hommes vivant avec le VIH. La vaste majorité des femmes séropositives en Afrique (76%) ont entre 15 et 24 ans. Pour les jeunes femmes, le risque de se contaminer par le VIH est de 3 à 6 fois plus élevé que celui de leurs homologues masculins.⁴

³ idem: 1, 17

⁴ ONUSIDA: 2006b:4

Prévalence du VIH parmi les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans, dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 2001-2005



Sources: Demographic and Health Surveys, ORC Macro (Ghana, Burkina Faso, Mali, United Republic of Tanzania, Cameroon, Lesotho, Kenya, Zambia); Department of Health, Uganda HIV/AIDS sero-behavioural survey 2004-2005 (Uganda); Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe National Family Planning Council, National AIDS Council, and CDC. The Zimbabwe Young Adult Survey 2001-2002 (Zimbabwe); Pettifor AE, et al HIV and sexual behavior among young South Africans: a national survey of 15-24 year olds (South Africa).

Le graphique 3 montre que les taux de prévalence pour les femmes de 15 à 24 ans en Afrique Australe, de l'Ouest, de l'Est et en Afrique Centrale sont deux et trois fois plus élevés que ceux des hommes dans ces mêmes pays. Une quantité de facteurs majorent le risque de contamination par le VIH des femmes par rapport aux hommes. Ces facteurs sont entre autres d'ordre biologique, économique et socioculturel.

Les facteurs biologiques

Les femmes courent un plus grand risque d'infection à cause de la superficie de la muqueuse vaginale qui est exposée lors des rapports sexuels. Le sperme d'hommes infectés détient une concentration beaucoup plus importante de

VIH que les sécrétions vaginales. Par conséquent, le risque de transmission du virus de l'homme à la femme pendant les rapports sexuels est considérablement plus élevé que celui de la transmission de la femme à l'homme. La membrane de la muqueuse vaginale peut également se déchirer assez facilement. Ce risque augmente lorsque les jeunes adolescentes ont des rapports sexuels alors que leurs organes reproducteurs ne sont pas encore entièrement développés. Le risque est nettement accru en cas de viol ou dans le cas de certaines pratiques sexuelles telles que l'assèchement des muqueuses vaginales avant les rapports sexuels («dry sex»).

Les facteurs socio-économiques

La pauvreté

À l'échelle mondiale, environ 70% des personnes démunies sont des femmes.⁵ La pauvreté rend les femmes et les filles plus vulnérables face au risque de contamination par le VIH. Afin de gagner assez d'argent pour pouvoir payer les frais de scolarité, les uniformes scolaires, les vêtements, la nourriture ou leur loyer, les filles et les femmes en Afrique ont parfois des relations sexuelles avec des hommes aisés, souvent plus âgés et ayant été sexuellement actifs pendant bon nombre d'années déjà. De telles relations avec ces hommes surnommés «sugar daddies» sont des relations sexuelles à risque en terme de contamination par le VIH. Pour les jeunes filles et les femmes démunies, ce «sexe transactionnel», c'est-à-dire le sexe en échange d'argent ou de biens, leur permet d'assurer leur survie ou de satisfaire des besoins de base. Les orphelins et les enfants vulnérables (OEV) courent un risque particulier, tout comme les veuves lorsque leur belle-famille les prive de leur maison et du bétail qui leur appartenait.⁶

⁵ Bulletin de presse de l'IFAD Press Release 12/2003; <http://www.ifad.org/media/press/2003/12.htm>

⁶ cf. Section sur les facteurs socioculturels

Mobilité et travailleurs migrants

Les travailleurs migrants sont un facteur augmentant considérablement le risque d'infection pour ceux qui passent de longues périodes loin de leur famille, de même que pour les familles qu'ils quittent périodiquement. Dans de nombreux cas, les travailleurs migrants sont des hommes qui travaillent loin de chez eux pour soutenir leur famille. Pendant leur absence, ces hommes risquent d'avoir de nouvelles relations sexuelles, de s'infecter par le VIH et de contaminer leur partenaire lorsqu'ils réintègrent leur famille. En outre, il est tout à fait probable que les femmes délaissées temporairement s'engagent dans des relations sexuelles afin de soutenir elles aussi leur famille. De plus, il existe des groupes à risque, tels que les chauffeurs routiers ou les travailleurs dans les transports, qui s'absentent longtemps de chez eux et risquent de se contaminer par le virus, lorsqu'ils passent les nuits le long des routes qu'ils empruntent. L'une des organisations partenaires de PPLM a ciblé ce groupe à risque et concentré son travail sur les travailleurs dans les transports:

Exemple de bonne pratique en Éthiopie

ISAPSO – Integrated Service for AIDS Prevention and Support Organization – cible les employés de l'administration régionale des transports routiers, tout comme les passagers. Des pairs-éducateurs spécialement formés informent sur la prévention du VIH/sida et des IST et distribuent des préservatifs et du matériel d'IEC («information, éducation, communication») le long des routes fréquentées par les chauffeurs routiers.

ISAPSO organise également des événements grand public et des compétitions sportives le long des routes. Les initiatives ne ciblent pas uniquement la population mobile, puisqu'un programme sur le VIH/sida a été-

nitié et élaboré pour le lieu de travail, afin d'obtenir le soutien des managers des compagnies de transports. Un accord a été signé avec l'administration régionale des transports routiers et 21 sociétés de transports routiers ont adopté un programme VIH/sida pour le lieu de travail. Les managers ont été sensibilisés et des formations sur l'éducation et le conseil par les pairs ont eu lieu.

La pression exercée par les pairs

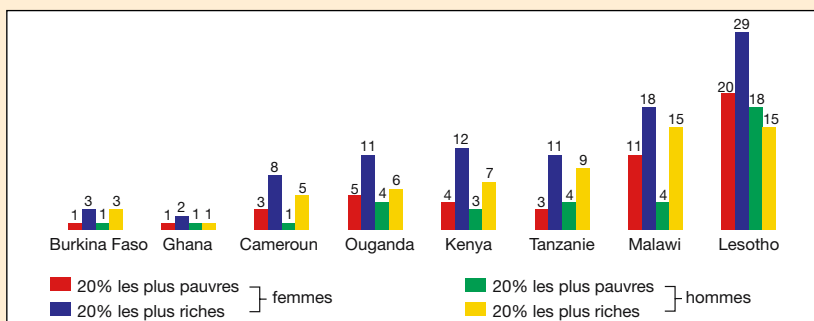
Il existe également des cas de jeunes filles et de femmes voulant rester à la hauteur et être en mesure de s'acheter une nouvelle robe, un téléphone portable ou d'autres biens de consommation qui ne sont pas indispensables à leur survie, mais qui peuvent cependant les aider à être plus facilement acceptées par les autres. Ainsi, la pression des pairs peut également être un facteur pouvant pousser les femmes à adopter des comportements sexuels dangereux.

L'argent est-il la solution?

Certains programmes de développement ont essayé de concentrer leurs efforts sur les femmes et d'améliorer leur qualité de vie afin de les rendre moins dépendantes des hommes. Toutefois, ces programmes n'ont connu qu'un succès limité. En effet, pour des raisons socioculturelles, les femmes ne sont souvent pas en mesure de décider librement de l'utilisation de l'argent qu'elles ont gagné. De plus, quelques organisations ont réalisé qu'en ne s'adressant qu'aux femmes et en omettant les hommes, toute amélioration du statut économique des femmes provoquait souvent une certaine jalousie de la part des hommes et, dans certains cas, engendrait une recrudescence de la violence domestique. Un facteur décisif sera donc toujours la relation entre les

hommes et les femmes. Les femmes ne seront en mesure de se protéger efficacement contre une infection par le VIH que si un changement vient interrompre cette dynamique et génère le respect et l'entente mutuels, et si les femmes bénéficient des mêmes droits que les hommes et peuvent les faire valoir. Cet aspect sera traité plus en détail dans les chapitres suivants.

Il est intéressant de noter que de nouvelles recherches ont montré qu'en Afrique, les taux de prévalence pour les 20% les plus riches de la population sont plus élevés que pour les 20% les plus pauvres. Ceci semble vrai pour les femmes tout comme pour les hommes.



Graphique 4: Prévalence du VIH parmi les 20% les plus riches et les plus pauvres
Source: Macro International Globe Staff

Les facteurs socioculturels

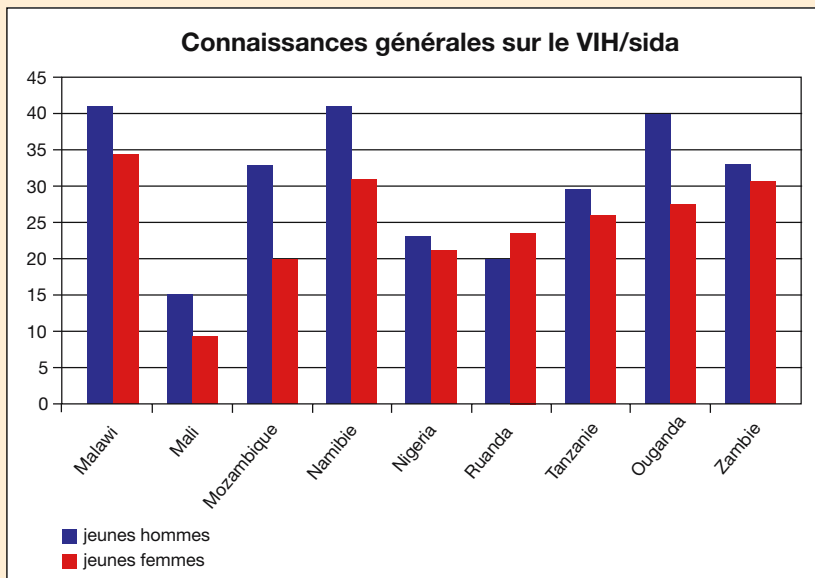
Ce qui détermine un comportement acceptable des hommes et des femmes varie selon les sociétés et se modifie au cours du temps. Le degré des inégalités liées à des facteurs sexospécifiques, c'est-à-dire le degré de différence entre les droits des hommes et des femmes, entre leur pouvoir décisionnel ou leur accès aux ressources a un impact direct sur la propagation du VIH et du sida.

Masculinité/Féminité

Dans de nombreuses sociétés africaines, masculinité est étroitement associée à virilité. On attend des hommes et des garçons d'un certain âge qu'ils aient une certaine éducation sexuelle et soient sexuellement actifs. D'un autre côté, on attend des filles et des jeunes femmes qu'elles soient inexpérimentées et ingénues en terme de sexualité. Compte tenu des attentes de la société vis-à-vis du rôle des femmes et des hommes, il est difficile à l'un comme à l'autre de s'informer de manière précise sur la sexualité, les maladies sexuellement transmissibles, les moyens de contraception et le VIH/sida. Les filles qui cherchent à se renseigner en matière de sexualité peuvent être suspectées d'être déjà sexuellement actives; les garçons et les jeunes hommes, quant à eux, peuvent être ridiculisés parce qu'ils ignorent encore certaines choses en la matière. Ceci décourage les deux groupes de mieux s'informer. Souvent, ce sont les pairs qui se chargent de l'éducation sexuelle des jeunes gens. D'une manière générale, il semble toutefois plus difficile aux femmes d'obtenir des informations correctes. Le graphique ci-après illustre ce phénomène.

Jeunesse et jeunes adultes

Ruanda excepté, le graphique 5 montre que les femmes ne sont pas aussi bien informées sur le VIH/sida que les hommes. Les données de l'étude révèlent que même dans les pays tels que le Malawi, la Namibie et l'Ouganda, 60% des jeunes hommes ne savent que peu de choses sur le VIH/sida.



Graphique 5: ce graphique montre le pourcentage de jeunes entre 15 et 24 ans ayant des connaissances générales sur le VIH/sida.⁷

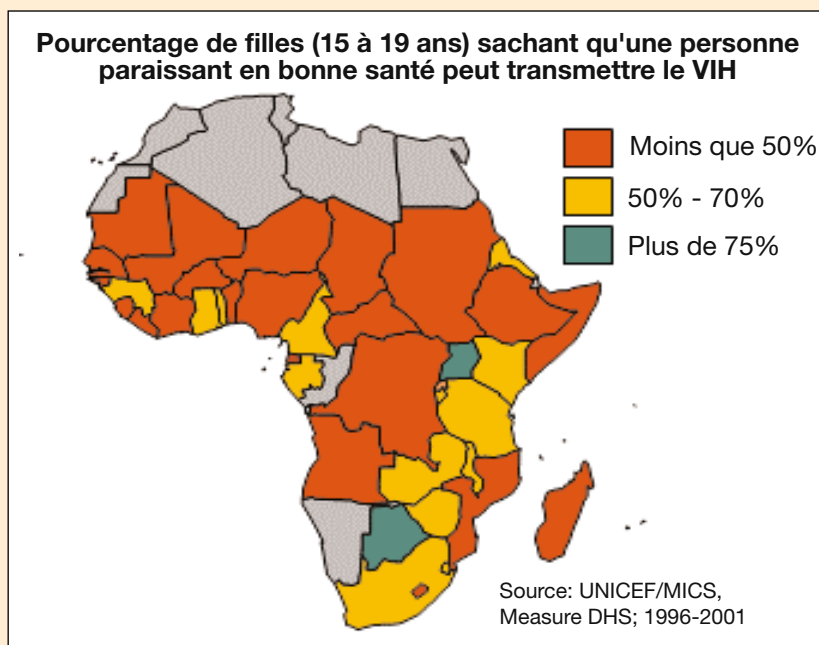
Exemple de bonne pratique en Afrique du Sud

Selon le «Centre for the Study of Violence and Reconciliation» (CSV), une organisation partenaire engagée dans la prévention de la violence parmi les jeunes, beaucoup de garçons aimeraient aussi apprendre à adopter un comportement sexuel responsable, mais ils n'ont pas d'exemple à suivre et sont laissés dans l'ignorance. Par conséquent, ils s'en remettent à leurs pairs et adoptent les attitudes inhérentes au rôle de l'homme. Conformément à la culture des townships, pour être un homme, un garçon ou un jeune homme doit avoir du prestige et être respecté de

⁷ Source: Connaissances générales sur le VIH/sida – DHS, BSS, RH et Set MICS et enquête du MICS (1998-2003) cf. aussi <http://www.measuredhs.com/hivdata>.

ses pairs masculins. Pour ce faire, et pour prouver leur virilité, les jeunes hommes doivent avoir des relations sexuelles avec de nombreuses partenaires. CSVR organise des ateliers de sensibilisation sur les sexospécificités pour les jeunes, au cours desquels ces derniers peuvent élaborer de nouveaux concepts, redéfinir les rôles selon les facteurs sexospécifiques, et présenter des concepts de féminité ou de masculinité positive.

Le graphique ci-après montre que beaucoup de jeunes femmes en Afrique n'ont pas accès aux informations essentielles relatives au VIH/sida.



Graphique 6

Un effort plus intense doit être fourni pour informer plus amplement les jeunes femmes et les jeunes hommes sur le VIH/sida. Pour de nombreuses organisations partenaires de Pain pour le Monde, la sensibilisation et l'éducation des jeunes gens sur le VIH/sida sont des domaines prioritaires de leur travail.

Exemple de bonne pratique au Burkina Faso

L'organisation 'Sida ka taa' s'adresse aux jeunes gens par la musique, le théâtre et la danse. Elle s'efforce de remettre en question certaines croyances, certaines données socioculturelles et observe les pratiques sociales actuelles tout en analysant dans quelle mesure elles contribuent à la propagation du VIH. Des situations de tous les jours sont présentées sur scène. Après la représentation, l'organisation lance un débat sur le VIH/sida. En travaillant avec des petits groupes de jeunes femmes et de jeunes hommes, l'organisation a également recours à la stratégie de la 'musique interactive' qui consiste à faire écouter aux jeunes gens des chansons sur le VIH/sida et de leur demander d'en extraire certaines informations spécifiques. L'organisation évalue ce que les jeunes ont appris sur le virus par le biais de questionnaires utilisés avant et après les réunions.

L'information sur le VIH/sida est-elle suffisante pour permettre aux femmes de se protéger contre le VIH?

Les filles et les jeunes femmes étant particulièrement vulnérables face au VIH/sida, de nombreuses organisations partenaires de PPLM, spécialement en Afrique Australe, ont depuis longtemps concentré leurs efforts presque exclusivement sur les femmes, en les sensibilisant et en les éduquant sur le VIH/sida. Cependant, l'expérience des organisations partenaires a révélé qu'il était difficile

d'observer beaucoup d'impact en matière de prévention, si les hommes ne sont pas pris en compte. Lors d'un atelier qui s'est tenu en 2003 en Afrique du Sud, quelques organisations partenaires ont échangé leurs expériences en matière de prévention. Une organisation de femmes décida de modifier totalement son approche.

Exemple de bonne pratique en Afrique du Sud

L'organisation «Rural Women's Initiative» qui intervient dans des zones isolées d'Afrique du Sud a – entre autres – concentré ses efforts sur la sensibilisation des femmes sur le VIH/sida. Cependant, lorsque les hommes revenaient au village après avoir été absents pour la plus grande partie de l'année en tant que travailleurs migrants, beaucoup de femmes ne pouvaient pas aborder le sujet de l'utilisation de préservatifs pendant la première ou la deuxième semaine de leur retour. L'organisation a donc réalisé qu'un travail axé exclusivement sur les femmes n'aboutirait pas à des résultats concluants en terme de prévention contre le VIH. Il semblait quasiment impossible aux femmes d'influencer le comportement sexuel de leur mari. C'est pourquoi l'organisation a commencé à engager des hommes pour intervenir sur le terrain, et à diriger son attention sur les hommes en tant que groupe cible. Dès lors, les hommes furent interpellés directement et mêlés à des discussions sur la prévention du VIH et l'utilisation des préservatifs.

Exemple de bonne pratique en Afrique Australe

L'organisation «Lutheran Communion in Southern Africa» (LUCSA) est parvenue à faire participer les hommes au travail sur le VIH/sida en fré-

quantant les lieux de rencontre des hommes: enterrements, évènements sportifs, etc... Elle a également pu identifier au moins un ou deux hommes plus réceptifs à ce sujet au sein d'une communauté. À partir de ces personnes, l'organisation est parvenue progressivement à accroître la participation des hommes. Elle a également eu recours aux leaders communautaires masculins, tels que les prêtres, les chefs traditionnels et les guérisseurs pour avoir accès à leur groupe cible respectif. Enfin, grâce à l'éducation dont ils ont pu bénéficier, les volontaires au service de l'organisation ont des comportements non conformes par rapport au reste de la communauté en ce qui concerne les sexospécificités.

Ces exemples montrent qu'un changement d'attitude ne peut guère avoir lieu en ne s'adressant qu'aux femmes, et qu'il est indispensable de cibler et d'engager les hommes dans la lutte contre la maladie. En outre, lorsque des personnalités locales ou nationales s'engagent dans la lutte contre le VIH/sida, la société est toujours plus réceptive face au problème du VIH/sida.

Exemple de bonne pratique au Cameroun

L'association «Cameroon Medical Women's Association» travaille avec Fon Fobuzie Asanji Martin. Ce chef suprême et sa femme convièrent les jeunes et les femmes du village de Chomba dans leur palais pour parler du VIH et du sida.

Environ la moitié des 50 personnes présentes étaient des jeunes hommes. Le chef suprême présida la rencontre et beaucoup de jeunes et de femmes évoquèrent leur histoire personnelle et leurs expériences. De nombreuses femmes racontèrent ce que vivre avec le VIH signifie.



Photo 1 : Fon Fobuzie Asanji Martin et son épouse

La polygynie

À travers toute l'Afrique subsaharienne, la polygynie – c'est-à-dire un homme étant marié à plusieurs conjointes – est pratiquée dans un certain nombre de sociétés horticoles. Aujourd'hui toutefois la polygynie concerne surtout les leaders locaux, car le reste de la population ne dispose souvent pas des moyens nécessaires pour avoir plus d'une femme.

«En Afrique subsaharienne encore une femme sur trois entre 35 et 44 ans était mariée à un polygame à la fin des années 90, et la moitié des femmes vivaient, au moins pour une partie de leur vie, avec un polygame.

La polygamie est particulièrement élevée en Afrique de l'ouest et faible en Afrique australe et en Afrique du nord, les taux étant moyens en Afrique centrale et de l'est.»⁸

⁸ Hetrich Véronique, INED, Paris: Is Polygamy weakening? Diversity and trends in Africa during the past 50 years <http://epc2006.princeton.edu/download.aspx?submissionid=60122>: 1

La polygamie ou la polygynie contribue-t-elle à la propagation du VIH ? Une étude en Gambie a analysé la propagation de l'herpes afin de tirer des conclusions sur le risque d'infection par le VIH dans les familles polygames. L'étude a entre autres révélé que

- Les femmes dont les hommes avaient plus d'une épouse ou qui étaient précédemment mariés à une autre femme avaient 3 fois plus de risque d'attraper le virus de l'herpes que les femmes dont les maris n'avaient été mariés qu'une seule et unique fois.
- Les femmes ayant épousé un homme plus vieux qu'elles étaient plus exposées au risque d'infection, même si ce mariage était le premier mariage du mari.⁹

L'auteur de l'étude en Gambie conclut que

«les programmes d'éducation sanitaire visant un changement de comportement sexuel et une diminution du risque de contamination par le VIH/sida et l'herpes sont extrêmement importants mais peuvent toutefois être contrecarrés par la transmission au sein du mariage. La polygamie peut avoir des conséquences directes sur la santé sexuelle, puisque le nombre de partenaires sexuels dans chaque groupe familial est plus élevé.»¹⁰

Au Cameroun, certaines organisations partenaires ont commencé à coopérer étroitement avec les guérisseurs traditionnels ou avec les «chefs» afin de modifier certaines pratiques socioculturelles.

Exemple de bonne pratique au Cameroun

Le chef septuagénaire Mbonifor of Bafut est le seul chef monogame de toute sa région. D'autres chefs lui ont recommandé d'épouser d'autres

femmes, mais il considère que l'un des principaux risques de contamination par le VIH est la polygamie pratiquée par ses congénères. Mbonifor n'est pas né au sein d'une famille de chef. Il a été nommé «chef» de «Nsem» en 1982. Sa femme a toujours été l'un de ses conseillers les plus proches. Il exige que 50% de ses conseillers soient des femmes. De plus, il requiert que des jeunes gens figurent parmi ses conseillers. D'autres chefs ont eux aussi augmenté le nombre de femmes parmi leurs conseillers, afin que les femmes soient en mesure de parler directement de leurs problèmes au chef. Le chef Mbonifor désire aussi modifier les droits d'héritage. Afin d'assurer que les femmes ne se retrouvent pas sans le sou après le décès de leur mari et qu'elles ne soient pas spoliées de leurs biens, il veut parvenir à ce qu'elles puissent hériter de terres afin de disposer d'une base solide pour assurer leur avenir.



Photo 2: le chef Mbonifor

La lobola et ses conséquences

Traditionnellement, un mariage en Afrique n'est pas uniquement un engagement entre deux individus, mais effectivement un engagement entre deux familles. Dans de nombreuses régions d'Afrique, un prix est payé pour la mariée: la lobola. Autrefois, la lobola consistait en plusieurs transactions de bétail. De nos jours, de l'argent ou des biens commerciaux sont souvent utilisés comme substituts. La lobola est payée par la famille du jeune marié à la famille de sa future épouse et, dans les sociétés patrilineaires, tout enfant né de ce mariage appartient à la famille du mari. La femme quitte sa famille d'origine et intègre une nouvelle famille (celle de son mari), dans laquelle elle ne dispose cependant que de droits restreints.

«A l'issue de négociations de mariage fructueuses, et une fois que la femme a intégré la famille de son mari, elle pourrait se considérer comme faisant partie de cette famille. Toutefois, le fait est qu'elle sera considérée comme une étrangère dans cette famille et ne sera pas entièrement acceptée tant qu'elle n'aura fait ses preuves en tant que bonne épouse, bonne bru et bonne mère. Simultanément, même sa famille d'origine ne la considère plus comme un membre à part entière. Ceci rend les femmes vulnérables puisque les deux familles la privent de ses pleins droits et de leur protection respective.»¹¹

La fonction procréatrice de la femme est prise en compte dans la lobola, et si la femme ne donne naissance à aucun enfant, elle peut être rendue à sa famille d'origine; la famille du marié peut alors exiger le remboursement de la lobola. La lobola sert normalement à légaliser le mariage, à le faire reconnaître publiquement.¹² À l'origine, outre assurer la stabilité du mariage, la lobola fournissait une preuve de respect vis-à-vis de la famille de la mariée et constituait une forme de compensation pour cette famille, qui perdait la main-d'œuvre et le revenu qu'assurait sa fille. Aujourd'hui toutefois, de nombreuses familles ne

disposent plus des ressources nécessaires pour payer la lobola. Lors des transactions, la nouvelle épouse ainsi que sa capacité économique et procréatrice sont souvent considérées comme la «propriété» du mari et de sa famille. Que cela signifie-t-il en terme de VIH/sida? Compte tenu des transactions faites, le pouvoir décisionnel d'une femme mariée est restreint en ce qui concerne sa vie sexuelle, le nombre d'enfants auxquels elle donnera naissance et l'espacement temporel entre ces naissances. Si elle insiste pour que son mari utilise des préservatifs, elle peut être victime de la violence de son conjoint ou être accusée d'avoir eu des rapports extraconjugaux.

«Certaines femmes ont été victimes de viols et de violences corporelles sévères de la part de leur mari après avoir suggéré que ces derniers utilisent des préservatifs, et ces hommes justifient leurs actes en disant: «j'ai payé l'intégralité de la lobola et aucune vache n'a été déduite de ce prix pour compenser l'utilisation de préservatifs.»¹⁵

La recrudescence de la violence contre les femmes est souvent liée au fait que les maris considèrent leur femme comme leur «propriété». Dans de nombreux pays, le viol conjugal n'est pas considéré comme un crime. Beaucoup de femmes hésitent à porter plainte contre la violence domestique dont elles sont victimes, puisque briser un mariage signifie que la lobola doit être intégralement ou partiellement remboursée. La famille d'origine n'est pas toujours en mesure d'effectuer ce remboursement, puisqu'elle peut déjà avoir dépensé l'argent qu'elle avait reçu de sa belle-famille.

Le lévirat

Un mariage ne se limite pas à la durée de vie de deux individus. En effet, si le mari décède, la veuve appartient encore à la famille du défunt et est normalement remariée à l'un de ses frères ou à l'un des membres masculins de sa famille. Ceci contribue encore davantage à la propagation du VIH, puisque le

¹⁵ Women and Law in Southern Africa Research Trust: Lobola, 2002:42

mari est peut-être décédé suite au sida et que sa femme peut elle aussi être infectée. De plus, dans certaines régions d'Afrique, la «purification des veuves» est pratique courante, c'est-à-dire qu'après la mort de son mari, la veuve est contrainte d'avoir des rapports sexuels avec un parent mâle du défunt ou un «purificateur» connu au sein de la communauté. De toute évidence, cette coutume peut majorer considérablement le risque d'infection, aussi bien pour la veuve que pour le «purificateur».

Lorsque l'époux meurt, la propriété (maison, terres, bétail, etc..) revient souvent à sa famille, laissant fréquemment la veuve et ses enfants sans le soutien – une situation qui rend les veuves vulnérables (cf. facteurs économiques).

Comment intervenir dans de telles situations afin de protéger les femmes et d'endiguer la propagation croissante du VIH? Les traditions doivent être modifiées afin de préserver les bonnes intentions qu'elles comportent, tout en modifiant les aspects qui affectent négativement les femmes et contribuent à la propagation du VIH/sida. Une employée de l'une des organisations partenaires de PPLM au Swaziland décida d'un commun accord avec son mari, que ce dernier ne prendrait pas sa belle-sœur pour seconde femme, après le décès de son époux. Le couple préféra garantir à la veuve et à ses enfants le droit de pouvoir continuer à vivre dans la maison où elle vivait jusqu'alors. Il s'occuperait d'elle, mais ne l'hébergerait pas chez lui. En passant outre la tradition, le couple préserva l'autonomie de la veuve et de ses enfants et supprima le risque d'infection pour le mari, puisque ce dernier n'épousera pas sa belle-sœur.

Au Cameroun, d'autres chefs ont suivi l'exemple du chef Mbonifor (cf. l'exemple de bonne pratique dans le chapitre sur la polygynie) et s'efforcent d'accorder plus de droits aux femmes. Dans son fief, l'un d'entre eux est parvenu à raisonner la famille d'un défunt qui voulait s'approprier la maison dans laquelle vivait la veuve et ses enfants. Pour ce faire, il a placé la veuve et ses enfants sous sa protection personnelle.

Les rites d'initiation

Beaucoup de rites d'initiation recèlent un risque potentiel d'infection par le VIH, car des incisions sont souvent pratiquées sur la personne qui fait l'objet du rite. Si des instruments non stériles sont utilisés et si ces instruments sont utilisés pour plusieurs garçons et filles, ils peuvent être une source d'infection.

La mutilation génitale féminine

L'excision rend les filles et les femmes particulièrement vulnérables. Elle est principalement pratiquée en Afrique de l'Est et de l'Ouest. Cette pratique, appelée aussi mutilation génitale, favorise la propagation du VIH. D'une part, des instruments contaminés peuvent être utilisés sur plusieurs filles lors de ce rite de passage, d'autre part, cette pratique engendre aussi un risque d'infection plus élevé pour les femmes puisqu'après le rite d'initiation et après avoir été recousues, les tissus se redéchirent souvent lors de rapports sexuels. Cette pratique a beaucoup d'autres effets négatifs pour les femmes – bon nombre de ces effets néfastes ont été documentés et dénoncés par l'une des détractrices les plus virulentes de la mutilation génitale féminine: Waris Dirie.

L'organisation partenaire de Pain pour le Monde CORD éduque également le public sur les effets néfastes de cette tradition et s'engage pour que les gens abandonnent ce rite.

Exemple de bonne pratique en Somalie

L'organisation "Community Organisation for Relief and Development" (CORD) forme des éducateurs chargés d'informer sur les risques de la mutilation génitale féminine (MGF) et sur le VIH/sida. Parmi les thèmes

traités figurent l'origine culturelle de l'excision, les aspects sanitaires de cette pratique, les moyens d'éradication de ce rituel, la perspective islamique concernant cette pratique, ses risques, ainsi que l'information de base sur la prévention du VIH/sida. Les éducateurs travaillent ensuite dans les communautés et organisent des ateliers pour les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes, les groupes de femmes et de jeunes, les doyens au sein de la communauté, les leaders religieux et les journalistes. L'organisation a réalisé qu'après quelques mois seulement, les ateliers ont pour effet de convaincre bon nombre de parents que la mutilation génitale n'est pas une pratique recommandable pour les filles – ni pour des raisons religieuses, ni pour des raisons de santé. Cependant, il est difficile d'éradiquer cette pratique, car ce rituel est profondément ancré dans la culture des communautés, et l'existence de ceux qui la pratiquent en dépend. L'organisation s'efforce donc de réduire le nombre de filles mutilées en effectuant un travail d'éducation, en initiant des campagnes médiatiques et en encourageant le dialogue entre les leaders religieux, les professionnels de la santé et la communauté en général, afin de discuter des dangers de la mutilation génitale féminine.

La circoncision

Des études récentes ont montré que le taux d'infection par le VIH est moins élevé dans les sociétés pratiquant la circoncision. D'une part, ceci s'explique par le fait que le prépuce comprend certaines cellules par lesquelles le virus peut assez facilement infiltrer le corps humain. D'autre part, les hommes circoncis ont un risque beaucoup moins élevé de contracter des maladies sexuellement transmissibles (MST).¹⁴ Les MST non traitées augmentent dramatiquement le risque d'infection par le VIH. Encore faut-il prendre en compte la manière dont se pratique la circoncision. En effet, si des instruments non stériles sont utilisés et

¹⁴ cf. Jackson 2004: 134.135

si les mêmes instruments servent à circoncire plusieurs garçons lors d'un rite d'initiation, alors la circoncision peut elle aussi devenir une source majeure de propagation du virus d'une personne à l'autre.

Les guérisseurs traditionnels

Les guérisseurs traditionnels jouent un rôle important dans les sociétés africaines. Selon les estimations, 80% de la population en Afrique consultent les guérisseurs traditionnels en cas de problèmes de santé, de disputes familiales, de problèmes de fécondité, etc.¹⁵ De nombreuses personnes consultent aussi bien les guérisseurs traditionnels que leur centre de santé local. Par conséquent, les guérisseurs constituent un groupe important parmi les agents de santé.

Cependant, certains guérisseurs traditionnels semblent à l'origine de certains mythes, tel que celui selon lequel on peut guérir le VIH en ayant des rapports sexuels avec une vierge. Cette croyance a eu pour effet l'abus sexuel de jeunes enfants. En outre, dans certaines régions, on croit que si une certaine personne a contracté le VIH, c'est parce qu'elle a été ensorcelée. Et ce sont souvent les femmes que l'on accuse d'avoir ensorcelé quelqu'un. Plutôt que de se demander «Comment peut-on contracter la maladie», les gens évoquent la sorcellerie comme réponse à la question: «Pourquoi moi?». C'est pourquoi il est primordial que les guérisseurs traditionnels soient bien informés sur les modes de transmission du VIH et sur les infections opportunistes. Il s'est avéré que le moyen le plus efficace de modifier les pratiques et la manière de penser des guérisseurs traditionnels en ce qui concerne le VIH/sida est de recourir à des guérisseurs traditionnels pour former leurs congénères.

¹⁵ OMS, 2002: 1

Exemples de bonne pratique en Afrique du Sud

L'organisation «Women's Leadership Training Programme» (WLTP) cible les écoles d'initiation en éduquant les initiateurs sur la santé sexuelle et génésique, et sur le VIH/sida. L'organisation a réussi à intégrer l'éducation sur le VIH/sida et l'apprentissage aux tâches de la vie pratique dans le programme d'initiation de ces écoles. L'organisation vise en outre les guérisseurs et les leaders communautaires traditionnels. Ce sont en effet des personnes influentes au sein des communautés. Un changement de comportement de leur part face au VIH/sida, influencera inmanquablement des communautés entières.

L'organisation «The Valley Trust» (TVT) travaille en étroite coopération avec les guérisseurs traditionnels et essaie d'améliorer les relations entre les guérisseurs traditionnels et les centres médicaux de type occidental. Dans ces centres, le corps médical peut par exemple participer à des ateliers pour élargir ses connaissances sur les plantes médicinales. Grâce à ces ateliers, les professionnels de santé ainsi formés sont plus respectueux vis-à-vis des guérisseurs traditionnels et utilisent parfois même des plantes médicinales pour guérir divers maux, après avoir été formés par TVT. Des cours sont également proposés aux guérisseurs traditionnels en matière de VIH/sida. Cependant, les guérisseurs traditionnels sont insatisfaits, car alors qu'ils envoient leurs patients dans les centres de santé et les hôpitaux lorsqu'ils identifient les pathologies du VIH et du sida, les centres de santé, par contre, ne semblent pas leur envoyer de patients pour des maux qu'ils pourraient parfaitement bien guérir. Fin 2004, TVT organisa un échange entre les représentants des guérisseurs traditionnels et le ministère de la Santé du Kwazulu-Natal, au cours duquel la formalisation des transferts de patients entre guérisseurs traditionnels et centres de santé de type occidental fut discutée.



Photo 3: Guérisseurs traditionnels au Kwazulu-Natal

Au Cameroun, les organisations partenaires telles que l'organisation «Cameroon Medical Women's Association» (CMWA) travaillent également avec les guérisseurs traditionnels.

Exemple de bonne pratique au Cameroun

Le Dr. Atanga Mattew, qui a été formé par CMWA au Cameroun, est un guérisseur traditionnel comme son père, le Dr. Atanga Tantah. Ces deux guérisseurs décidèrent d'aller se faire tester; tous deux utilisent les lames de rasoir une seule fois pour effectuer des incisions, et tous deux portent des gants pour éviter de se contaminer par le sang. Ils utilisent des bâtonnets propres pour appliquer de la pommade dans les plaies. Les bâtonnets sont ensuite brûlés. Ils disent qu'ils ne soignent pas deux cas de maladies: le diabète et le sida. Lorsqu'ils découvrent les symptômes de l'une de ces maladies, ils envoient les patients au centre de santé local.



Photo 4: Dr. Atanga Mattew (au centre) et son père le Dr. Atanga Tantah (à gauche) avec une patiente

Afin d'enrayer la propagation du VIH et de mieux protéger les femmes contre le virus, il est primordial de développer une véritable coopération avec les chefs et les guérisseurs traditionnels. Un débat sur les traditions et les coutumes ayant un effet néfaste sur les femmes et majorant considérablement le risque d'infection par le VIH pourra avoir lieu ultérieurement. Le véritable défi consiste à trouver un moyen de modifier les pratiques culturelles sans perdre la signification culturelle et les valeurs profondes qui caractérisent chaque pratique. Dans certains pays, les organisations partenaires de PPLM ont commencé à aborder ces questions avec les chefs et les guérisseurs traditionnels, mais il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine. En effet, il s'agit d'un sujet délicat et il serait sans doute judicieux de s'assurer que les guérisseurs traditionnels et les chefs sensibles aux facteurs sexospécifiques et bien informés sur

le VIH/sida dirigent le processus de modification et d'adaptation des traditions et des pratiques culturelles, en coopération avec d'autres intervenants clés, dont les femmes.

La stratégie «ABC» peut-elle vraiment protéger les femmes contre le VIH?

De nombreuses organisations ont travaillé selon le concept ABC (Abstinence, Be faithful, Use Condoms/abstinence, fidélité et utilisation de préservatifs). Cependant, beaucoup d'entre elles ont réalisé que cette stratégie ne semble pas adaptée pour protéger efficacement les femmes. Un début différé de l'activité sexuelle, en l'occurrence un certain temps d'abstinence, est sans doute une bonne mesure préventive. Pourtant, les femmes étant mariées à un très jeune âge dans de nombreuses sociétés africaines, cette recommandation ne leur est que partiellement utile. Beaucoup de femmes et de filles sont forcées d'avoir des rapports sexuels ou sont obligées de recourir au commerce sexuel pour gagner suffisamment d'argent afin de pouvoir nourrir leur famille. Par conséquent, l'abstinence n'est pas une véritable option pour ces femmes. Qu'en est-il de la fidélité? La fidélité protège-t-elle les femmes mariées? Le rapport 2004 d'Onusida cite des exemples d'études effectuées en Zambie et au Kenya qui montrent que le taux de prévalence du VIH/sida chez les jeunes filles mariées âgées de 15 à 19 ans était considérablement plus élevé que chez les jeunes filles du même âge célibataires mais sexuellement actives. En effet, les époux des jeunes filles mariées étaient beaucoup plus âgés qu'elles, avaient été sexuellement actifs depuis des années et avaient donc un risque élevé d'être séropositifs.¹⁶ En outre, une déchirure de la membrane vaginale durant les rapports sexuels est bien plus probable chez les filles se mariant à un plus jeune âge, ce qui accroît davantage encore leur risque d'infection par le VIH.

La fidélité comme unique mesure préventive ne peut protéger un couple que si les deux partenaires sont testés séronégatifs et s'ils restent tous deux fidèles à

¹⁶ cf. ONUSIDA 2004a:10

leur partenaire. Cependant, la plupart des personnes ne connaissent pas leur statut sérologique et ne peuvent être sûres de la fidélité de leur partenaire. Beaucoup de femmes mariées ayant été fidèles à leur mari sont maintenant séropositives.

Le recours aux préservatifs est l'une des mesures préventives les plus sûres. Pour diverses raisons, les préservatifs ne sont toutefois que guère utilisés en Afrique. Bon nombre de personnes considèrent que les condoms limitent le plaisir sexuel. Des rapports sexuels non protégés sont préconisés; utiliser des préservatifs est considéré comme «prendre une douche en imperméable» ou «manger des bonbons avec l'emballage». En outre, leur utilisation est embarrassante et entrave les élans émotionnels. De plus, les préservatifs sont incompatibles avec le désir d'avoir des enfants. Un aspect du problème est aussi qu'ils sont systématiquement associés à la prévention du VIH. Lorsque des préservatifs sont utilisés en Afrique, ils le sont la plupart du temps dans le cadre de relations occasionnelles. Dans une relation à long terme, l'utilisation de préservatifs est souvent interprétée comme un signe de méfiance. En effet, si une personne revendique l'utilisation d'un préservatif, cette revendication sous-entend qu'elle accuse son partenaire d'avoir été infidèle ou qu'elle le soupçonne d'être séropositif. Ceci rend la généralisation du recours aux préservatifs extrêmement difficile. Pour une femme, l'utilisation du préservatif n'est possible que si le mari ou le partenaire en reconnaît la nécessité. Les préservatifs féminins existent, mais ils ne sont pas disponibles partout et sont généralement beaucoup plus onéreux que les préservatifs masculins.

En outre, les préservatifs féminins ne peuvent guère être utilisés sans le savoir du partenaire masculin, et l'assentiment préalable de l'homme est donc nécessaire. Par conséquent, il semble quasiment impossible de progresser en matière de prévention du VIH sans la participation active des hommes.

La stratégie SAVE – une alternative?

La méthode ABC est de plus en plus remise en question en tant que stratégie préventive, non seulement du point de vue des sexospécificités, mais également d'un point de vue religieux. ANERELA (le Réseau africain de responsables religieux vivant avec le VIH/sida ou personnellement affectés par le VIH/sida) a abandonné la méthode ABC et a élaboré sa propre stratégie de prévention: SAVE.

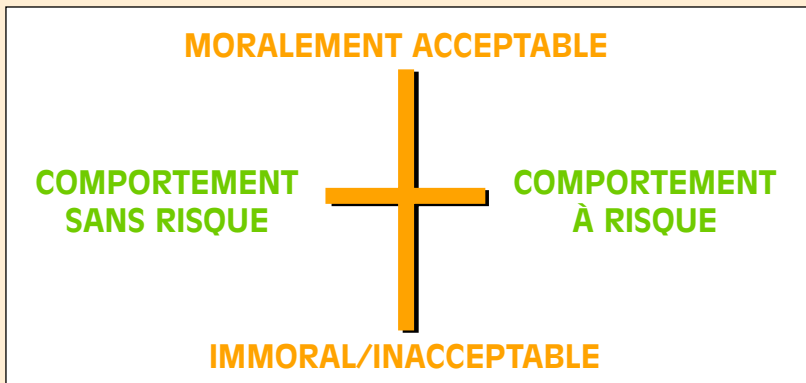
Exemple de bonne pratique de l'ANERELA+

Selon Gideon Byamugisha, le fondateur de l'ANERELA+ et chanoine de l'Église anglicane en Ouganda, la méthode ABC n'aidait pas vraiment les femmes à se protéger contre le virus et entremêlait les aspects sociaux et les aspects de sécurité, ce pourquoi il élaborait une autre stratégie qu'il appela la stratégie SAVE. «S» est synonyme de pratiques plus sûres – c'est-à-dire non seulement des pratiques sexuelles plus sûres, mais également le contrôle du sang et les produits sanguins, la non réutilisation d'aiguilles ou de seringues contaminées et la prévention de la transmission mère-à-enfant. En d'autres termes, cette approche s'étend bien au-delà de l'étroite limite de la stratégie ABC. Le «A» du sigle «SAVE» signifie accessibilité et disponibilité des services; le «V» signifie conseil et dépistage volontaires et le «E» la responsabilisation et le renforcement des capacités par l'éducation. Afin d'aider une congrégation à distinguer les questions relatives à la morale des questions relatives à la sécurité, les paroissiens sont invités à noter ce qu'ils trouvent moralement acceptable et inacceptable aux deux extrémités d'une croix. On leur demande ensuite de noter les pratiques saines et les pratiques à risque aux deux autres extrémités. Dans l'une des quatre cases qui apparaissent ainsi,

pourra figurer un comportement moralement acceptable tel que la fidélité pour les couples mariés, mais également un comportements à risque, tel qu'ignorer son statut sérologique ou celui de son partenaire et ne pas utiliser de préservatifs. Par conséquent, un comportement moralement acceptable ne protège pas à lui seul un couple marié contre une infection par le VIH.¹⁷



Photo 5: le chanoine Gideon Byamugisha



Graphique 7

¹⁷ Exposé sur la prévention par Gideon Byamugisha pendant une rencontre réunissant l'Alliance Œcuménique et le réseau allemand action contre le Sida à Tübingen le 6 mars, 2006

Les microbicides

En Afrique, peu de mesures adaptées existent jusqu' à présent pour protéger les femmes contre le VIH. Les microbicides sont des substances qui sont introduites dans le vagin avant les rapports sexuels et peuvent stopper la transmission du virus. Dans le monde entier et particulièrement en Afrique ils seraient sans doute un outil très efficace pour les femmes, surtout si l'on réussissait à développer des microbicides permettant aux femmes d'avoir des enfants tout en agissant comme une barrière infranchissable pour le virus. Toutefois, ces produits ne sont pour le moment que testés ou en phase de développement et selon les prévisions, il faudra encore patienter de 5 à 10 ans avant que le premier produit ne soit disponible sur le marché.¹⁸ Reste à savoir quel sera le prix de ces microbicides et s'ils seront facilement disponibles dans toutes les régions d'Afrique. Lors de la Conférence sur les microbicides qui s'est déroulée à Cape Town en avril 2006, Peter Piot, le chef d'Onusida fit part de sa «profonde déception» compte tenu de la lenteur du processus, en partie due à un manque de financement. Selon lui, il serait nécessaire de doubler les investissements pour le développement de microbicides. «Je ne connais aucune autre technologie que les microbicides capable de produire un tel effet dans la lutte contre cette pandémie» affirma-t-il au cours d'une allocution adressée à 1.000 scientifiques et chercheurs lors de la conférence.¹⁹

Remarques de conclusion sur la prévention

En attendant que les femmes puissent accéder plus facilement aux mesures préventives et mieux les contrôler, l'approche la plus prometteuse en matière de prévention est d'aborder résolument les questions relatives aux sexospécificités, c'est-à-dire aux attentes de la société vis-à-vis des hommes et des femmes. Les organisations partenaires ont réalisé que pour traiter des sujets délicats tels que la sexualité et la violence sexuelle et domestique, la meilleure solu-

¹⁸ cf. Benn/Weinreich 2005:78

¹⁹ Clare Nullis; Associated Press: AIDS Conference ends with Appeals, 26.04.2006

tion consiste à travailler d'abord par groupes séparés selon les sexes, et de former des groupes mixtes seulement à un stade ultérieur. Il est ainsi possible d'aborder ces sujets ouvertement et de sensibiliser les hommes et les femmes non seulement sur les modes de transmission, mais également sur le rôle que jouent les sexospécificités en ce qui concerne la propagation du virus. Pour changer les relations sexospécifiques, il est nécessaire de promouvoir une meilleure compréhension du rôle inhérent aux femmes et aux hommes et de la manière dont ce rôle peut accroître le risque de contamination. En outre, les hommes et les femmes doivent apprendre à parler de leur relation et de leur sexualité non seulement au niveau du couple, mais également avec leurs enfants. Toutefois, ceci ne peut se faire sans briser un grand nombre de tabous imposés par la société, et reste donc difficile à accomplir. Afin de modifier les pratiques pour réduire le risque d'infection par le VIH et renforcer les droits des femmes, il est donc nécessaire de poursuivre le travail avec les leaders traditionnels et religieux ainsi qu'avec les guérisseurs traditionnels. La stratégie élaborée par ANERELA est une approche nouvelle, opportune et prometteuse qui pourrait se révéler particulièrement efficace au sein des communautés religieuses, pour lesquelles l'utilisation de préservatifs est un sujet très difficile à aborder pour des raisons morales. De plus, SAVE va au-delà de la simple prévention, puisqu'il est impossible d'aborder ce thème sans parler de conseil et tests volontaires (CTV), de traitement antirétroviral, et d'autres sujets.

Vaincre la stigmatisation

La stigmatisation dont font l'objet les personnes séropositives est encore l'un des problèmes majeurs dans de nombreux pays. Dans l'étude sur le VIH/sida et les sexospécificités initiée par PPLM, de nombreuses organisations partenaires constatèrent que les femmes sont plus souvent victimes de stigmatisation que les hommes.²⁰ Les femmes sont souvent accusées d'avoir «introduit le VIH et le sida au sein de la famille». Lorsque les femmes enceintes apprennent qu'elles

sont séropositives, elles doivent accepter leur statut et le fait que le bébé risque lui aussi de s'infecter par le VIH. Pour bon nombre de ces femmes, il est difficile d'informer leur mari qu'elles sont séropositives. Dans bien des cas, des femmes séropositives ont été chassées de chez elles après avoir révélé leur statut sérologique à leur mari.

Le cas de Gugu Dlamini, qui habitait dans une township en Afrique du Sud est un exemple extrême de stigmatisation. En effet, cette femme a été lapidée à mort après avoir révélé publiquement son statut sérologique en 1998. L'organisation «Treatment Action Campaign» a en partie été créée suite à cet incident.

Exemple de bonne pratique en Afrique du Sud

L'organisation «Treatment Action Campaign» (TAC) a imprimé le slogan «séropositif» sur des tee-shirts. Sur les premiers de ces tee-shirts figuraient le visage de Gugu Dlamini et les mots: «plus jamais». Les membres du personnel et les bénévoles portent les tee-shirts «séropositif» pour thématiser la stigmatisation. Puisque les gens ne savent pas si la personne qui porte le tee-shirt est vraiment séropositive ou désire simplement se solidariser avec les personnes séropositives, ces tee-shirts ont promu plus de tolérance face au VIH/sida au sein de la société et ont réduit la stigmatisation des PVVIH.



Photo 6: un membre de TAC en action dans la lutte contre la stigmatisation

L'Église et la stigmatisation

Les personnes ne se sentent pas uniquement stigmatisées au sein de la société, elles se sentent souvent encore plus stigmatisées au sein de leur paroisse. De nombreuses Églises accordent énormément d'importance aux questions morales et par conséquent, les personnes séropositives sont amenées à penser qu'elles ont échoué et ne sont pas parvenues à respecter ces principes moraux.

L'Église devrait être une communauté vivant et enseignant l'amour et la bienveillance de Dieu; en réalité, elle peut toutefois devenir une communauté qui exclut les personnes qui, selon les suppositions, ne respectent pas les attentes morales. Des études plus précises seraient nécessaires pour savoir si les femmes se sentent davantage stigmatisées que les hommes au sein de l'Église. Cependant, en cas de grossesses d'adolescentes ou résultant de relations extra-conjugales, les sociétés tendent à incriminer les femmes plutôt que les hommes, et ces dernières sont accusées d'avoir «séduit» les hommes, même lorsque la femme ou la fille a été violée. Les faits relatés et les expériences vécues par les personnes séropositives au sein de l'Église sont très variés. Toutefois, au cours des dernières années, de nombreuses Églises ont acquis une meilleure compréhension du VIH et du sida. Beaucoup d'entre elles s'efforcent activement de vaincre la stigmatisation et de travailler avec des personnes séropositives. Ici encore, il est indispensable d'intégrer les personnes séropositives – hommes et femmes – dans ces efforts, en tant que membres légitimes de la paroisse.

En 2001 un plan d'action a été adopté à Nairobi lors d'une consultation globale sur les réponses œcuméniques face au VIH/sida en Afrique, dont voici un extrait:

La famille œcuménique vise à établir une Église transformée, porteuse de vie, qui incarne et qui par conséquent proclame la vie en abondance à laquelle nous sommes appelés, et qui soit capable de relever les nombreux défis présentés par cette épidémie. Pour les Églises, ce qui compte le plus dans la lutte contre la transmission du VIH/sida, c'est l'éradication de la stigmatisation et de la discrimination: c'est là une clef qui ouvrira la porte à tous ceux qui rêvent de trouver une façon viable et réalisable de vivre avec le VIH/sida et d'empêcher la propagation du virus.²¹

²¹ COE: Plan d'Action 2002:6

L'EHAIA (Initiative Œcuménique de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique) a ensuite été mise en place afin de poursuivre les objectifs fixés dans ce plan d'action et de travailler avec les Églises et les institutions théologiques en Afrique, afin de les former en matière de sida et d'en faire des interlocuteurs compétents en la matière.

Exemple de bonne pratique de l'EHAIA

Au cours de l'un des nombreux ateliers de travail organisés par l'EHAIA (Ecumenical HIV/AIDS Initiative in Africa), les leaders religieux de République Centrafricaine ont rencontré des théologiens de divers centres d'études bibliques et théologiques du pays pour débattre de la manière dont il serait possible d'intégrer le thème du VIH/sida dans le programme d'études des futurs pasteurs. Au cours de cette rencontre, les participants visitèrent une organisation travaillant dans le domaine du conseil et dépistage volontaires et s'occupant d'enfants orphelins et vulnérables. Grâce à cette visite et aux témoignages de deux jeunes filles séropositives, les participants ont réalisé que les inégalités dues aux sexes et à la pauvreté sont une cause majeure de la propagation du VIH, que les personnes visiblement malades du sida sont stigmatisées et souvent exclues de leur famille, et que l'Église pouvait s'engager dans le même domaine d'activités que cette organisation. Mais avant tout, les participants ont réalisé qu'il est certes possible de vivre avec le virus, mais non avec la stigmatisation et la discrimination qui le caractérisent.

ANERELA, l'organisation des leaders religieux vivant avec le VIH ou personnellement concernés par le VIH, a également été très active en Afrique pour vaincre la stigmatisation puisqu'elle initie des débats sur le VIH et le sida au sein des églises, des mosquées ou dans d'autres contextes religieux.²² En outre, grâce au travail de l'ANERELA, les personnes réalisent que chacun peut contracter le

²² cf. Également le paragraphe sur la prévention et l'exemple de bonne pratique de l'ANERELA

virus, que tous sont logés à la même enseigne» et que nous devons nous entraider plutôt que de nous condamner mutuellement au nom de la morale.

Les soins

Les femmes comme les hommes bénéficient de programmes de soins. Cependant, il reste incertain si les hommes et les femmes profitent de la même manière des programmes de soins à domicile. Dans l'étude que Pain pour le Monde avait initiée en Afrique du Sud, certaines des organisations remarquent: «les hommes sont morts d'abord du VIH et ce sont les femmes qui maintenant sont malades, ont besoin de soins et meurent». Les femmes ont tendance à s'occuper de leur famille et de leur mari. Toutefois, «lorsque les femmes nécessitent elles-mêmes des soins, elles n'ont personne pour s'occuper d'elles. Les maris ne s'occupent guère d'une femme malade.»²³

La plupart des programmes de soins à domicile disponibles sont gérés par les Églises et les ONG. La majorité des bénévoles actifs dans les programmes de soins à domicile sont des femmes, bien que le nombre de bénévoles masculins ait augmenté ces dernières années. Les soins sont «traditionnellement» une tâche féminine et les communautés acceptent généralement davantage les femmes pour préférer des soins. Cependant, les femmes bénévoles risquent aussi de se surcharger, puisqu'elles sont généralement responsables du travail dans et autour de la maison, ce qui dans les régions rurales comprend des tâches qui exigent du temps, comme aller chercher de l'eau et récolter du bois, préparer les repas, élever les enfants et travailler dans les champs pour produire des récoltes destinées à la consommation ou à la vente sur les marchés. En outre, les femmes sont celles qui s'occupent des malades dans leur famille. Pour alléger ce fardeau, de nombreuses organisations partenaires pensent qu'il est indispensable d'encourager davantage les hommes à participer aux tâches de soins à domicile.

²³ PPLM: Étude intersectorielle de projets sur le VIH/sida et les sexesécificités en Afrique du Sud, 2003:38

Exemple de bonne pratique au Kenya

L'organisation «Justice and Mercy Integrated Project» (JAM) se trouvait confrontée à la coutume des Luo qui distingue très nettement les tâches des hommes et celles des femmes. S'occuper des malades était un devoir qui relevait clairement du domaine des femmes. Cependant, il semblait important à l'organisation d'y faire également participer les hommes. Ainsi, JAM commença à recruter et former des femmes et des hommes en tant qu'agents communautaires de santé pour les comités villageois de santé. Aujourd'hui, le taux d'hommes s'engageant dans la lutte contre le VIH/sida est de 2 hommes pour 3 femmes. Les hommes ont aidé d'autres hommes à saisir l'importance des soins et du soutien. La présence d'agents communautaires de santé masculins encourage les hommes à s'engager plus activement. Les hommes séropositifs qui éprouvent une certaine gêne lorsque leurs filles ou des agents communautaires de santé féminins se chargent de les aider, apprécient l'existence d'hommes agents de santé au sein de la communauté.

De nombreuses organisations s'efforcent de sensibiliser les communautés en ce qui concerne les besoins des personnes chroniquement malades. Cependant, certaines organisations partenaires signalent également que dans certains cas, les personnes séropositives sont rejetées par leur famille et leur communauté et ne reçoivent pas les soins nécessaires, surtout lorsqu'elles sont gravement malades et en auraient donc le plus besoin. Ce phénomène semble avant tout concerner les membres éloignés de la famille qui sont revenus chez eux pour mourir, ou des membres de la famille peu appréciés auparavant.

Exemple de bonne pratique en Afrique du Sud

Le Conseil des Églises en Afrique du Sud (SACC) organise des formations pour les communautés au cours desquelles les participants peuvent apprendre à prodiguer des soins à domicile aux malades. Les participants sont la plupart du temps des femmes membres de la famille, mais les formations s'adressent aussi aux hommes et s'efforcent de faire mieux accepter aux hommes les métiers sanitaires. Les personnes soignantes sont également formées en matière de conseil et se sentent donc plus à même de thématiser le VIH/sida au sein de leur communauté. Les pasteurs et les leaders religieux soutiennent ces efforts et reçoivent eux aussi une formation de conseiller. Le programme sert à réduire la stigmatisation puisque les personnes au sein de la communauté sont plus ouvertes aux questions relatives au VIH/sida. Les thèmes concernant les sexes sont également abordés lors des formations, tels que par exemple la stigmatisation résultant de facteurs sexospécifiques.

L'infection par le VIH des personnes soignantes fait l'objet d'un souci grandissant. En effet, ces personnes sont souvent en contact avec du sang et d'autres sécrétions corporelles lorsqu'elles prodiguent des soins à domicile et elles ne disposent pas toujours de gants. C'est pourquoi tous les efforts doivent être entrepris pour former correctement les personnes soignantes en ce qui concerne les risques d'infection par le sang et les sécrétions corporelles, et pour les équiper de tout le matériel nécessaire pour assurer leur protection. Cependant, afin de garantir le partage des tâches entre les femmes et les hommes et d'assurer que des hommes puissent faire la toilette et s'occuper d'autres hommes, il est nécessaire d'encourager encore plus les hommes à s'engager dans des activités de soins à domicile.

Les orphelins

Le nombre croissant des orphelins est un problème majeur auquel l'Afrique se trouve confrontée. En Afrique subsaharienne, selon les estimations, 12 millions d'enfants ont perdu un ou deux de leurs parents suite au sida.²⁴

Les auteurs Ghosh et Kalenyi remarquent qu'avant l'apparition du sida, 2% de l'ensemble des enfants en Afrique australe étaient orphelins, alors qu'aujourd'hui, dans beaucoup de pays, ce taux est monté en flèche et dépasse largement les 10%. 50 à 90% de tous les orphelins d'un pays sont souvent des orphelins du sida.²⁵

La prise en charge de ces enfants par des institutions semble une solution peu opportune et non viable, ce pourquoi Pain pour le Monde préconise très nettement les approches communautaires pour parvenir à gérer le problème des orphelins.²⁶ Pendant un certain temps, le réseau des familles élargies a permis la prise en charge d'enfants supplémentaires. Ce système a toutefois des limites, car certaines grand-mères doivent s'occuper de 10 petits-enfants ou plus. La grand-mère s'occupe alors des enfants et les nourrit selon ses moyens souvent très modestes. Elle peut hésiter à envoyer les enfants à l'école si elle doit payer des frais de scolarité. Certaines organisations ont décidé d'assister les grand-mères, car elles sont les personnes les plus importantes pour s'occuper des autres au sein de la communauté.

Exemple de bonne pratique en Sierra Leone

En 2002, l'organisation «Shepherd's Hospice» a effectué une étude sur les besoins des orphelins du sida et des enfants vulnérables. Suite à cette étude, l'organisation a soutenu près de 200 orphelins par l'intermédiaire de bénévoles communautaires qui apportent leur appui aux personnes

²⁴ ONUSIDA: Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida: résumé d'orientation 2006a:545

²⁵ Ghosh/Kalpeni in: HIV/AIDS in Africa, 2004: 304ff

²⁶ La politique de PPLM, 2004: 18

proférant des soins à domicile. L'une des plus grandes préoccupations de l'organisation est de maintenir l'enfant dans la communauté et, si possible, d'assurer sa prise en charge au sein de la famille élargie. Le personnel de l'organisation rend visite aux personnes soignantes qui sont souvent des grand-mères s'occupant de beaucoup de leurs petits-enfants orphelins du sida. Les grand-mères obtiennent aussi un soutien financier pour couvrir les frais de scolarité et payer les uniformes scolaires. Un jour par semaine, l'organisation propose des activités sportives aux enfants afin de soulager les grand-mères du fardeau de leur responsabilité. L'organisation prévoit de proposer également un programme sportif aux enfants pendant les vacances scolaires, afin d'offrir une pause aux personnes qui ont endossé l'importante responsabilité de s'occuper des membres les plus vulnérables de la société: les orphelins.

Exemple de bonne pratique au Swaziland

Le Conseil des Églises au Swaziland (Council of Swaziland Churches, CSC) propose un programme VIH/sida dans le cadre duquel des agents communautaires rendent visite à domicile aux personnes affectées par le VIH/sida. La grand-mère Mabasa (appelée «Gogo») a pris en charge 5 de ses petits-enfants. Sa fille est décédée du sida, tout comme le père des enfants. CSC a aidé Gogo Mabasa à s'assurer un petit revenu en vendant des bougies, des allumettes et des sucreries. Mais selon l'école dans laquelle sont scolarisés les enfants, la grand-mère dispose d'un revenu et doit donc payer les frais scolaires pour chaque enfant, sauf pour le plus jeune. Comme elle n'est pas en mesure de payer ces frais, le Conseil des Églises décida de se servir de tels cas pour rendre compte de la situation des familles au ministère de l'Éducation et parvenir à ce que ces dernières soient exemptées des frais scolaires.



Photo 7: L'ancienne Secrétaire Générale du CSC et un agent communautaire rendant visite à Gogo Mabasa et à ses petits-enfants

«Gogo» réalisa qu'elle était elle-même séropositive. Elle pense s'être infectée en s'occupant de sa fille. Le piège de la pauvreté pour les orphelins du sida est un danger bien réel, surtout lorsque la grand-mère ou la personne s'occupant des enfants meurt elle aussi (cf. aussi les facteurs économiques).

Plutôt que de laisser le nombre d'orphelins du sida augmenter, des efforts doivent être entrepris pour maintenir en vie les parents et les personnes en charge des enfants, afin qu'ils puissent gagner leur vie et s'occuper de leurs enfants. Ceci est possible aujourd'hui grâce aux traitements antirétroviraux. En Afrique, beaucoup de mères et de pères, de grand-mères et de grand-pères

n'ont toutefois pas accès aux TAR et l'avenir de leurs enfants et petits-enfants reste incertain.²⁷

Conseil et tests volontaires (CTV)

La question de savoir si plus d'hommes ou plus de femmes se font tester et obtiennent un traitement semble étroitement liée à la question des frais à payer. Dans les pays où le dépistage et le traitement sont gratuits, le nombre de femmes se faisant tester est habituellement nettement plus élevé que le nombre d'hommes. Ceci est vrai pour la plupart des pays d'Afrique australe. Lorsque les services sont payants, les hommes y ont généralement accès plus facilement car il leur est plus facile de rassembler l'argent nécessaire. Cependant, pour la population rurale, l'accès aux centres de dépistage et de traitement demeure problématique partout en Afrique – le Botswana, le Rwanda et l'Ouganda figurant parmi les rares exceptions, ces pays ayant en effet récemment fourni des efforts impressionnants pour rendre le traitement accessible en tous lieux. Pour la population rurale en général, les coûts de transport viennent s'ajouter aux frais de soins – et après un voyage éprouvant pour se rendre aux centres de dépistage et de traitement, il faut souvent attendre son tour dans de longues queues d'attente. Il est donc essentiel de mieux équiper les zones rurales en terme de centres de santé, de dépistage et de traitement.

En ce qui concerne le dépistage, le principe du libre arbitre doit être maintenu. La décision de se faire tester ne peut émaner que de la seule volonté de la personne concernée. Les autres ne peuvent décider pour elle – pas les employeurs actuels ou futurs, pas les centres de santé, ni personne d'autre que ce soit. Autre aspect essentiel: les personnes doivent être conseillées avant et après avoir effectué un test de dépistage.

²⁷ cf. Chapitre sur le traitement et le plaidoyer

Exemple de bonne pratique au Swaziland

À Manzini, l'organisation «AIDS Information and Service Centre» (TASC) a mis en place un service de conseil et test volontaires pour ses patients casuels et déploie ses activités sur 45 communautés rurales au Swaziland. L'organisation est active en matière de conseil avant et après le test de dépistage et effectue elle-même les prises de sang. TASC lance également des campagnes d'information. En 2004, plus de 5000 personnes ont été conseillées et testées à Manzini et plus de 9000 en zone rurale. 60% des personnes sont des femmes et 40% des hommes. Pour garantir la parité, l'organisation s'efforce de cibler davantage les hommes afin d'interpeller autant d'hommes que de femmes. L'information que les patients et les communautés reçoivent comprend des informations générales sur le VIH et le sida, ainsi que des informations nutritionnelles et sur les traitements antirétroviraux. Il est incontestable que les conseillers sont exposés à un énorme stress. C'est pourquoi des services de soutien psychosocial ont été mis en place pour eux.

Prévention de la transmission mère-à-enfant (PTME)

Dans de nombreux pays, on demande aux femmes enceintes si elles désirent effectuer un test de dépistage du VIH/sida. Le risque de transmission de la mère à l'enfant, qui peut avoir lieu durant la grossesse, pendant l'accouchement ou par l'allaitement varie de 25 à 45%. Ce risque peut être réduit de manière significative si la femme prend des médicaments antirétroviraux avant ou pendant l'accouchement (selon les antirétroviraux prescrits) et si un sirop antirétroviral est administré au bébé après sa naissance.²⁸ Si des mesures de

²⁸ cf. Benn/Weinreich 2005: 84

prévention de la transmission de la mère-à-enfant (PTME) étaient disponibles dans les centres de santé ou les hôpitaux, ceci encouragerait éventuellement les femmes à se faire tester. La PTME peut être effectuée simplement, sans dispositif médical élaboré, et il serait donc possible de l'assurer partout où le personnel médical a obtenu une formation appropriée. Malgré la simplicité qui caractérise la PTME, peu de femmes enceintes y ont accès en Afrique. Mais pour avoir recours à la PTME, les femmes enceintes doivent aussi être conscientes du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Certaines personnes préfèrent parler de transmission des parents à l'enfant (TPE), car ceci exprime une responsabilité commune et ne culpabilise pas seulement la femme pour avoir transmis le virus à son enfant.²⁹

Exemple de bonne pratique en Afrique du Sud

Les bénévoles de l'organisation «Treatment Action Campaign» se rendent dans les hôpitaux et les centres prénatals où les femmes attendent leur consultation. Dans les salles d'attente, les bénévoles informent les femmes enceintes sur les risques de transmission de la mère à l'enfant ainsi que sur les programmes de prévention (PTME) et leur fonctionnement. Ainsi, les femmes enceintes sont d'ores et déjà bien informées avant de consulter une infirmière ou une sage-femme et voudront peut-être davantage connaître leur statut sérologique.

Dans les réunions que TAC organise dans les centres communautaires, l'organisation informe également les hommes sur la PTME. Ainsi, les hommes encouragent plus facilement leur épouse à participer aux programmes de PTME.

La PTME ne guérit pas les mères séropositives. Elle réduit simplement le risque de transmission de la mère à l'enfant. De plus en plus, les centres médicaux qui

²⁹ cf. Jackson 2002: 143-166

offrent la PTME, proposent également la PTME-plus, c'est-à-dire une thérapie antirétrovirale pour la mère et parfois aussi pour d'autres membres de la famille. Jusqu'à présent, des substances antirétrovirales étaient administrées séparément dans le cadre de la prévention de la transmission materno-infantile. Or, les résultats ont montré qu'une dose de nevirapine, une substance fréquemment utilisée pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, peut à elle seule générer une résistance à cette substance. La nevirapine étant souvent l'une des composantes des trithérapies de première ligne habituellement utilisées dans la plupart des pays africains, il est important que les mamans n'aient pas déjà développé de résistances à l'une des composantes. C'est pourquoi plus d'efforts doivent être fournis pour assurer le bien-être des mamans et, afin d'éviter l'apparition de résistances contre la nevirapine, cette substance devrait toujours être administrée en combinaison avec d'autres médicaments antirétroviraux.³⁰ Garder les mères en vie et en bonne santé, permet également d'assurer que l'enfant grandisse au sein d'une famille et ne devienne pas orphelin. La Convention Baptiste au Cameroun opta d'aller au-delà de la PTME et de lancer un programme de PTME-plus.

Exemple de bonne pratique au Cameroun

La Convention Baptiste au Cameroun (CBC) gère 13 centres de PTME dans 6 provinces du Cameroun, ainsi que 2 centres de PTME-plus. Dans le cadre des programmes de PTME-plus, la CBC ne traite pas uniquement les mères, mais également les pères et d'autres membres de la famille, s'ils nécessitent un traitement ARV. En tout, 204 patients prennent part au programme dans les deux hôpitaux dans lesquels la CBC assure la PTME-plus. Jusqu'à présent, uniquement 11 patients ont besoin d'un traitement et l'obtiennent. Les mères et les autres membres de la famille sous traitement ARV sont aussi encouragés à participer aux groupes de

³⁰ cf. OMS: Nouveaux principes directeurs sur la prévention de la transmission mère-à- enfant du VIH, 2004

soutien qui se retrouvent une fois par mois à l'hôpital. Les ARV sont administrés gratuitement dans le cadre du programme PTME-plus. Seuls des frais d'enregistrement doivent être payés et s'élèvent à CFA 5000 (environ 8 Euros) pour l'ensemble de la famille.



Photo 8: Hôpital baptiste, Mbingo, Cameroun

Hommes, femmes et CTV

Suite au nombre important de femmes enceintes se faisant tester pour connaître leur statut, de nombreux pays disposent de plus de données sur le statut sérologique des femmes que sur celui des hommes. En outre, les femmes fréquentent généralement plus souvent les centres de santé que les hommes. «Community Initiative Support Services» (CISS), une organisation partenaire au Kenya remarque:

«Comparativement, il est plus facile pour une femme mariée de prendre l'initiative d'aller se faire tester que pour un homme. Les résultats d'un sondage ont révélé que la plupart des hommes qui craignent l'exclusion préfèrent vivre en ignorant leur statut sérologique. Nous avons dû intensifier nos contacts avec les hommes pour parvenir à une plus grande ouverture d'esprit de leur part.»³¹

³¹ Correspondance du 1^{er} mars 2006 avec Pain pour le Monde

Comment peut-on motiver les hommes à aller se faire tester? Ces dernières années, la meilleure disponibilité des traitements a accru la volonté de connaître son statut sérologique, car un résultat positif n'est plus conçu comme une sentence de mort. Malgré tout, de nombreuses personnes ne trouvent pas le courage d'aller se faire tester. Ceci est éventuellement lié à la stigmatisation. Bon nombre d'organisations partenaires sont persuadées que la coopération avec des personnalités connues et prêtes à aller se faire tester apporte des progrès spectaculaires.

Exemple de bonne pratique au Cameroun

Plusieurs des conseillers du Chef Mbonifor dont Dorothy, qui travaille au centre de santé local, se sont réunis en son domicile. Dorothy constate que la Journée Mondiale du Sida est le seul jour de l'année au cours duquel les personnes peuvent se faire tester gratuitement au Cameroun, et que les tests de dépistage coûtent normalement CFA 2500 (environ 4 Euros). Le Chef Mbonifor est allé se faire tester publiquement à la Journée mondiale du sida en 2004. Ceci a encouragé beaucoup de personnes de «Nsem» à aller se faire tester elles aussi.

Le caractère exemplaire que peut avoir la conduite d'un chef ne doit pas être sous-estimé. C'est pourquoi il est extrêmement important de motiver les personnes respectées au sein de la société ou d'une certaine communauté pour qu'elles prennent l'initiative et montrent qu'elles se soucient du sida et veulent connaître leur statut sérologique.

Cependant, il est tout aussi important de disposer de centres qui proposent des tests de dépistage et un traitement adéquat. L'hôpital «Hope Clinic» à Nairobi est un bon exemple.

Exemple de bonne pratique au Kenya

En 2004 la «Mission of the Coptic Church » a établi le «Hope Centre» (Centre d'Espoir) à Nairobi. C'est un centre de CTV et de traitement aux ARV qui fournit gratuitement aux patients des services complets en matière de conseil et de soins médicaux. En septembre 2007, 6179 adultes et 473 enfants ont été enregistrés. Parmi les adultes figuraient 35%



Photo 9: Le «Hope Centre» à Nairobi

d'hommes et 65% de femmes. Environ 60%, 4010 patients, étaient sous traitement. Le nombre de patients a augmenté de 200 par mois depuis janvier 2005; environ 120 nouveaux patients par mois sont des femmes. Avant d'obtenir un traitement ARV, les patients participent à un programme préliminaire de deux semaines qui prévoit des séances de conseil soulignant la nécessité d'un respect scrupuleux de la prescription médicamenteuse. De plus, les patients sont conseillés par un nutritionniste et suivis par un travailleur social. Après ce programme, les patients voient le pharmacien qui décidera finalement si le patient (homme ou femme) est prêt pour débiter son traitement aux ARV ou s'il nécessite encore davantage de conseil. Les patients sont encouragés à amener leur partenaire aux sessions de conseil et à faire tester leurs enfants.

Plaidoyer, accès et préparation au traitement

Au cours des dernières années, de plus en plus de pays africains ont commencé à accroître la disponibilité des traitements antirétroviraux. Ceci a été possible grâce à la mobilisation de certains outils de financement internationaux tels qu'entre autres le Fonds global de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria (FGSTM), la Banque mondiale ou l'initiative du président américain «President's Emergency Plan for AIDS Relief» (PEPFAR). Fin 2006, selon les estimations, 1,3 millions personnes reçurent un traitement antirétroviral en Afrique, alors que 4,8 millions de malades nécessitaient une telle thérapie. En d'autres termes, environ 72% des personnes séropositives ne purent accéder aux ARV sur le continent africain.³²

³² cf. OMS/ONUSIDA/UNICEF: Vers un Accès Universel 2007:5.15

Pourcentage des personnes en Afrique subsaharienne sous traitement ARV par rapport aux personnes nécessitant un traitement, 2005



Source: WHO/UNAIDS (2008). Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: An update on "3 by 5."

Graphique 8

Un pays ne peut accroître la disponibilité du traitement ARV sans la volonté explicite de son gouvernement. Pour le cas de l’Afrique du Sud, beaucoup d’efforts ont été nécessaires en terme de lobbying et de plaidoyer, avant que la disponibilité des thérapies ARV ne devienne une réalité.

Exemple de bonne pratique en Afrique du Sud

En 2001, l'organisation «Treatment Action Campaign» (TAC) coopéra avec le gouvernement sud-africain en tant qu' «amicus curiae» dans le cadre d'un procès intenté par 39 entreprises pharmaceutiques contre l'Afrique du Sud. Les entreprises reprochaient à l'Afrique du Sud de transgresser les réglementations commerciales internationales par sa législation nationale. Suite aux remous provoqués par cette affaire à l'échelle nationale et internationale, les entreprises pharmaceutiques renoncèrent à un procès. Malgré cette victoire, le gouvernement sud-africain ne se montra pas prêt à rendre les médicaments ARV accessibles à ceux qui en avaient besoin. C'est pourquoi, quelques mois seulement après la victoire contre les entreprises pharmaceutiques, c'est la «Treatment Action Campaign» qui cette fois intenta un procès contre son propre gouvernement, lui reprochant de violer la constitution sud-africaine en refusant la mise à disposition des traitements ARV pour la prévention de la transmission mère-enfant. La «Treatment Action Campaign» gagna le procès et, en 2002, la Cour constitutionnelle somma le gouvernement sud-africain de mettre sur pied à l'échelle nationale un programme pour enrayer la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME).

Cependant, la PTME n'était que le point de départ. En effet, en coopération avec un projet de MSF, TAC parvint à prouver au gouvernement sud-africain, que les coûts occasionnés par les traitements ARV, quoiqu'ils puissent sembler élevés en termes absolus, sont en fait moins élevés que les coûts occasionnés par les personnes séropositives ne pouvant bénéficier d'un traitement ARV (coûts de traitement des maladies opportunistes et autres soins nécessaires), et prolonger ainsi leur espérance de vie. L'objectif de TAC n'était pas de provoquer un tollé contre son gouvernement – l'organisation exigeait simplement de son

gouvernement qu'il fasse son travail. Le fait qu'aujourd'hui environ 200 000 personnes se trouvent sous traitement ARV en Afrique du Sud (dans le secteur public et le secteur privé) et qu'un Plan national de traitement ait été mis en place est largement dû au travail inlassable de TAC en matière de lobbying, de plaidoyer et de mobilisation communautaire.



Photo 10: TAC: Manifestation pour la PTME 2002, Afrique du Sud

Pourtant, ce n'est pas uniquement la volonté politique qui fait parfois défaut, car les coûts des thérapies antirétrovirales sont souvent encore beaucoup trop élevés et doivent donc baisser davantage afin d'assurer une disponibilité durable de ces médicaments.

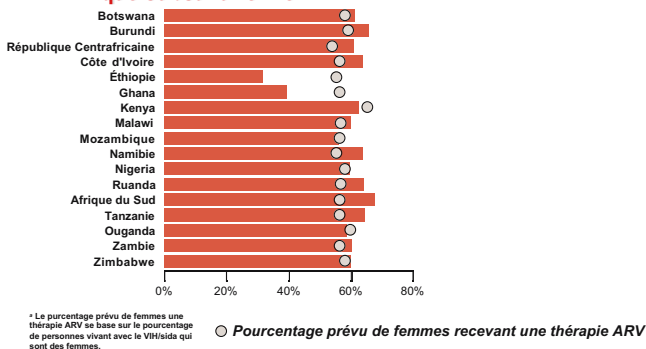
Exemple de bonne pratique de TAC

En 2002 TAC et d'autres organisations poursuivirent les entreprises pharmaceutiques Böhringer Ingelheim et GlaxoSmithKline en justice pour avoir exigé des prix prohibitifs pour leurs médicaments antirétroviraux. En 2003 la Commission de la Concurrence (Competition Commission) donna raison à TAC et transféra le cas à la Cour de justice responsable (Competition Court). Les deux entreprises pharmaceutiques proposèrent alors de régler le litige à l'amiable en offrant des licences volontaires à 4 entreprises productrices de génériques en Afrique du Sud, en baissant les redevances et en permettant à ces entreprises d'exporter les génériques dans d'autres pays africains.

Un meilleur accès au traitement peut s'avérer extrêmement bénéfique pour les femmes et les hommes séropositifs, puisqu'il prolonge leur espérance de vie, diminue les phases de maladie, permet d'assurer l'avenir de leurs enfants, améliore leur qualité de vie et transforme le désespoir en espérance. Un aspect essentiel pour que les femmes puissent accéder au traitement est la question des coûts. Les expériences dans divers pays ont montré que lorsque les thérapies aux ARV sont gratuits ou ne coûtent qu'une infime somme, plus de femmes en bénéficient. Lorsque le traitement est onéreux, ce sont les hommes qui en sont les principaux bénéficiaires.

Pourcentage des femmes parmi tous les adultes sous traitement ARV en Afrique: pourcentage actuel et prévu, 2005

Afrique subsaharienne



Source: OMS/ONUSIDA (2006)

Graphique 9: Femmes sous ARV

La haute proportion des femmes participant aux projets de traitement gratuit se trouve confirmée dans le centre de soins géré par Médecins sans Frontières (MSF) à Khayelitsha, une township proche de Cape Town, en Afrique du Sud. En effet, 70% des patients sous traitement ARV y sont des femmes. Les femmes peuvent sembler sur-représentées par rapport au besoin général de traitement ARV au sein de la communauté, mais ceci peut être dû au meilleur accès aux services de santé.³³ En Éthiopie, le gouvernement a introduit la gratuité de la thérapie ARV en mars 2005. Auparavant, le traitement coûtait 250 Birr (environ 10 USD) par mois. Lorsque les Éthiopiens devaient payer pour le traitement, les hommes étaient plus nombreux à en bénéficier. À présent, le pourcentage de femmes augmente progressivement. La proportion hommes/femmes en ce qui concerne l'accès aux ARV en Éthiopie est actuellement de 52% d'hommes pour 48% de femmes.³⁴

³³ PPLM: Étude intersectorielle de projets sur le VIH/sida et les sexes/pécificités en Afrique du Sud, 2003:40

³⁴ PPLM: Rapport de Voyage Éthiopie, 2006

Cependant, même les pays tels que le Botswana, où le traitement est gratuit dans tout le pays, ont fait l'expérience que, pour diverses raisons, toutes les personnes ayant besoin d'un traitement ne se font pas forcément soigner. L'une des raisons peut être, par exemple, que les personnes ignorent presque tout sur les thérapies antirétrovirales ou ont des idées erronées sur les traitements. L'étude de PPLM a elle aussi révélé que la plupart des personnes interviewées dans le cadre de l'étude n'avaient que des connaissances superficielles sur les traitements ARV. Ceci était largement dû au fait que beaucoup d'interventions étaient surtout axées sur la prévention du VIH/sida et que le traitement avait jusque là été excessivement onéreux et donc inabordable. En outre, pas assez d'importance n'avait été accordée à l'information du public sur l'augmentation de l'espérance de vie par les ARV.

Encore un exemple de bonne pratique de TAC

TAC éduque les communautés et les bénévoles en Afrique du Sud, ainsi que les activistes d'autres pays africains, sur le VIH/sida et sur les options existant en matière de traitement. Les personnes vivant avec le VIH apprennent à connaître le virus et à savoir comment il agit sur le corps. Elles apprennent ce que sont les maladies opportunistes, ce qu'est un style de vie sain, ce que sont les ARV et comment ils fonctionnent, et quels sont leurs droits en tant que personnes vivant avec le VIH. Plus les personnes sont informées sur le VIH/sida et plus elles sont capables de sensibiliser les communautés, de parler ouvertement de leur propre expérience, de mobiliser les autres pour revendiquer des traitements ARV pour tous ceux qui en ont besoin et de plaider pour leurs droits.



Photo 11: mobilisation des communautés par TAC

Les dirigeants politiques peuvent jouer un rôle modèle important dans la lutte contre le VIH/sida. Lorsque l'ancien président sud-africain, Nelson Mandela, déclara publiquement que son fils était décédé des suites du sida, il incita d'autres personnes à parler plus ouvertement de la maladie. La solidarité de Nelson Mandela vis-à-vis des personnes séropositives est un atout de poids dans la lutte contre le VIH/sida et tout à fait exemplaire.



Photo 12: l'ancien président Nelson Mandela (à droite) et Zackie Achmat, le président de «Treatment Action Campaign» (à gauche)

Conclusion

L'efficacité des programmes et politiques relatifs aux VIH/sida est largement améliorée lorsque les différences dues à des facteurs sexospécifiques sont reconnues, lorsque les soucis et les besoins sexospécifiques des femmes et des hommes sont pris en compte, et lorsque les inégalités dues aux sexospécificités sont réduites.³⁵

La lutte contre le VIH/sida ne peut réussir que si les divers éléments – tels qu'une prévention sensée (prenant en considération les facteurs socioculturels, biologiques et économiques), le CTV, le traitement, la lutte contre la stigmatisation, la disponibilité de soins – sont traités en tenant compte des sexospécificités. Changer les normes inhérentes aux sexospécificités est un processus de longue haleine. Certains exemples d'approches sensées en ce qui concerne le travail avec les hommes et les femmes dans le contexte du VIH/sida ont été présentés. Les premiers pas sont faits. Il faudra cependant continuer sur cette voie afin de permettre aux hommes et aux femmes de s'engager efficacement dans la lutte contre le VIH/sida.

Pour ce faire, nous nécessitons le soutien de tous les intervenants – les femmes et les hommes séropositifs, les autorités locales et nationales, les chefs et les guérisseurs traditionnels, les leaders spirituels et religieux – afin qu'ils puissent devenir des acteurs clés dans la lutte contre le VIH/sida. Tous sont appelés à agir afin de pouvoir parler ouvertement des relations inégales entre les hommes et les femmes et afin de modifier les pratiques pour réduire le risque d'infection, et renforcer les droits des femmes.

Si nous voulons stopper les effets dévastateurs du VIH/sida sur les femmes – particulièrement en Afrique – il est peu probable que nous puissions générer un véritable impact en concentrant nos interventions presque exclusivement sur les femmes. Les hommes sont une part du problème mais aussi une part de la solution. Il est donc impossible ne pas les prendre en compte.

³⁵ OMS: Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes, 2003: 6

Glossaire

ABC – stratégie de prévention basée sur l’abstinence, la fidélité et l’utilisation des préservatifs

ANERELA – Réseau africain de responsables religieux vivant avec le VIH/sida ou personnellement affectés par le VIH/sida

ARV – antirétroviraux – médicaments utilisés dans le traitement de l’infection par le VIH et ralentissant sa propagation dans le corps

CBC – Cameroon Baptist Convention

CISS – Community Initiative Support Services

CMWA – Cameroon Medical Women’s Association

CORD – Community Organisation for Relief and Development

CSC – Le Conseil des Églises au Swaziland

CSVR – Centre for the Study of Violence and Reconciliation

CTV – Conseil et tests volontaires

EHAIA – Initiative œcuménique de lutte contre le VIH/sida en Afrique

GFATM – Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

IEC – modèle «information, éducation, communication» de l’OMS

IFAD – Fonds international de développement agricole

ISAPSO – Integrated Service for AIDS Prevention and Support Organisation

IST – Infections Sexuellement Transmissibles

JAM – Justice and Mercy

Lévirat – coutume selon laquelle la ou les épouses d'un homme deviennent à sa mort les épouses de son, de ses frères

Lobola – le prix de la mariée

LUCSA – Lutheran Communion in Southern Africa

MGF – Mutilation génitale féminine

Microbicides – substances qui tuent les microbes, les bactéries et les virus tels que le VIH

MSF – Médecins sans Frontières

PEPFAR – President's Emergency Plan for AIDS Relief

Polygynie – Fait, pour un homme, d'être marié à plusieurs femmes

PPLM – Pain pour le Monde

Prévalence – nombre total de personnes vivant avec le VIH

PTME – Prévention de la Transmission Mère-à-Enfant

PVVIH – Personnes Vivant avec le VIH

SACC – South African Council of Churches (Conseil des Églises en Afrique du Sud)

SAVE – stratégie de lutte contre le sida basée sur des pratiques plus sûres, l'accès aux traitements, le conseil et test volontaires et la responsabilisation par l'éducation

Sida – syndrome d'immunodéficience acquise

TAC – Treatment Action Campaign

TAR – Thérapie antirétrovirale

TASC – The Aids Information and Service Centre

TME – Transmission Mère-à-Enfant

TPE – Transmission Parents-à-Enfant (terme parfois utilisé pour TME)

TVT – The Valley Trust

VIS – Virus de l'immunodéficience simienne

Références

Benn, D. et Weinreich, S. (2004) Le sida – une maladie change le monde, Tübingen: Difäm

COE (2002) Plan d'Action, Genève

Dirie, W. (1999) Desert Flower – The Extraordinary Life of a Desert Nomad, New York: Virago Press

Holden, S. (2004) Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes, Oxford : Oxfam

Jackson, H. (2004) Sida Afrique, Continent en Crise, Harare: SafAIDS

Kalipeni, Craddock, Opong, Ghosh (2004) HIV & AIDS in Africa – Beyond Epidemiology, Malden/Oxford/Carlton : Blackwell Publishing

Nanda, S. (1987) Cultural Anthropology, Belmont: Wadsworth Publishing Company

Nullis, Clare; Associated Press: AIDS Conference ends with Appeals, 26.04.2006

OMS (WHO) (2002) Traditional Medicines Strategy 2002- 2005, Geneva

OMS (WHO) (2003) Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes, A Review Paper, Geneva

OMS (2004) Communiqué de Presse, Bangkok/Geneève 14 juillet, 2004.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr50/fr/index.html>

OMS/ONUSIDA/UNICEF (2007) Vers un Accès Universel, Genève

ONUSIDA (UNAIDS) (2004a) AIDS Epidemic Update, Geneva

ONUSIDA (UNAIDS) (2004b) Women and HIV/AIDS : Confronting the Crisis, Geneva/New York

ONUSIDA (2006a) Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : Résumé d'orientation, Genève

ONUSIDA (2006b) Le point sur l'épidémie de SIDA

Woman and Law in Southern Africa (2002) Lobola – its implications for women's reproductive rights, Harare: WLSA

Sites Web:

http://www.boston.com./news/world/africa/articles/2006/06/14/hiv_hits_africa_rich_hardest_study_says/

http://www.irinnews.org/frontpage.asp?SelectTheme=HIV_AIDS

http://www.who.int/ghl/mobile_libraries/hivcase/contents/fr/

<http://www.who.int/gender/documents/fr/index.html>

http://www.unifem.org/gender_issues/hiv_aids/

<http://www.ifad.org/media/press/2003/12.htm>

<http://www.measuredhs.com/hivdata>

<http://epc2006.princeton.edu/download.aspx?submissionId=60122:1>

<http://www.id21.org/id21ext/h6kh4g1.html:1>

http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_Fr.pdf

<http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/ehaia-f.html>

<http://www.e-alliance.ch/french/>

Documents non publiés:

La politique de PPLM vis-à-vis du VIH/sida, Pain pour le Monde, 2004

«Étude intersectorielle de projets sur le VIH/sida et les sexospécificités en Afrique du Sud»; travail de recherches effectué par Sonja Weinreich et Kebogile Mokwena, Pain pour le Monde, 2003

Rapports de voyage sur les visites de projets et d'ateliers de travail (Swaziland 2003; Cameroun, 2005; Kenya 2006; Rwanda 2006; Éthiopie 2006), Astrid Berner-Rodoreda, Pain pour le Monde

Exposé sur la Prévention présenté par Gideon Byamugisha lors de la rencontre entre le Joint Ecumenical Advocacy Alliance et le German Lobby Network against AIDS, à Tübingen (Allemagne), le 6 mars 2006

Rapports et correspondance des organisations partenaires de PPLM

Liste des photos et des graphiques

Photo de couverture: G. M. Hoeffchen: LUCSA, Afrique du Sud

Photo de dernière page: Ch. Krackhardt: CISS, Kenya

Photo 1: A. Berner-Rodoreda: Fon Fobuzie Asanji Martin, Cameroun

Photo 2: A. Berner-Rodoreda: le chef Mbonifor, Cameroun

Photo 3: TVT : guérisseur traditionnel au Kwazulu-Natal

Photo 4: A. Berner-Rodoreda: Dr. Atanga Matteh, Cameroun

Photo 5: M. Joa : le chanoine Gideon Byamugisha

Photo 6: E. Miller: TAC, Afrique du Sud

Photo 7: A. Berner-Rodoreda: Gogo Mabasa, Swaziland

Photo 8: A. Berner-Rodoreda: Hôpital Baptiste de Mbingo, Cameroun

Photo 9: A. Berner-Rodoreda: Hope Centre, Kenya

Photo 10: A. Berner-Rodoreda: Manifestation pour la PTME 2002, Afrique du Sud

Photo 11: TAC: mobilisation communautaire, Afrique du Sud

Photo 12: TAC: Nelson Mandela et Zackie Achmat, Afrique du Sud – avec
l'aimable autorisation d'Andrew October

Graphique 1: ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2006: pourcentage des adultes (15 +) vivant avec le sida et étant des femmes, 1990-2005

Graphique 2: ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2006: nombre estimé de femmes et d'hommes vivant avec le sida en Afrique subsaharienne

Graphique 3: ONUSIDA Update 2005 sur les épidémies: taux de prévalence du VIH parmi la tranche d'âge des 15 à 24 ans

Graphique 4: Prévalence du VIH parmi les 20% les plus riches et les plus pauvres
www.boston.com/news/world/africa/articles/2006/06/14/hiv_hits_africas_rich_hardest_study_says/

Graphique 5: Savoir global sur le VIH/sida sur la base de données provenant du site www.measuredhs.com/hivdata

Graphique 6: UNICEF/MICS Measure DHS; 1996-2001

Graphique 7: le modèle SAVE de l'ANERELA

Graphique 8: ONUSIDA, Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale du sida: nombre de personnes sous traitement ARV

Graphique 9: ONUSIDA, Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale du sida: nombre de femmes sous traitement ARV

**Edité par**

Diakonisches Werk der EKD e.V./BROT FÜR DIE WELT
(Pain pour le Monde), Stafflenbergstr. 76, 70184 Stuttgart, Allemagne

Auteur:

Astrid Berner-Rodoreda, M.A., B.A. Hons,
Conseillère VIH/sida pour l'Afrique chez Pain pour le Monde

Traduction: Traduit de l'anglais par Suzanne Guillier

Conception graphique: graphicwork, Karin Lindner, Stuttgart

Lithographie: Schmidt+Co. Professional Pre Press, Weinstadt

Imprimé par: Kuppinger GmbH, Weinstadt

Imprimé en Allemagne sur papier recyclé

Copyright: Diakonisches Werk der EKD, Novembre 2007

Brot
für die Welt
