



ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE
DE LA FRANCOPHONIE

XXXI^e SESSION
Bruxelles, 6 juillet 2005

Réseau des Femmes parlementaires

PROJET DE RAPPORT

par

Mme Marie Rose NGUINI EFFA
(Cameroun)

Rapporteur

sur

Femmes et Sida dans l'espace francophone

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	3
2. La vulnérabilité des femmes de l'espace francophone au VIH/sida.....	4
2.1. L'autonomie personnelle des femmes.....	6
2.2. Les femmes dans les relations et la famille.....	7
2.3. L'inégalité culturelle.....	8
2.4. L'inégalité socio-économique.....	8
2.5. La dépendance économique des femmes envers les hommes.....	10
2.6. L'égalité politique des femmes, l'équité dans le statut et la citoyenneté....	11
3. Le rôle du droit et des droits de la personne dans divers contextes nationaux.....	12
3.1. Le rôle de la lutte pour l'avancement des droits.....	12
3.2. Stratégies juridiques.....	12
3.3. Les Politiques de lutte contre le VIH/Sida dans certains pays de l'espace francophone.....	13
3.4. S'unir par-delà les frontières, les secteurs et les enjeux.....	27
4. Conclusion.....	28
Références bibliographiques.....	29
Annexes.....	29



1. Introduction

Le VIH/Sida dans le monde ne cesse de s'accroître et menace d'affecter la vie et la stabilité de nombreux pays de l'espace francophone pour de longues années. Le virus (VIH) se transmet désormais majoritairement par voie hétérosexuelle, et la proportion des femmes contaminées n'a cessé de croître. Les femmes sont aujourd'hui aussi fréquemment contaminées que les hommes. Parmi l'ensemble des personnes atteintes par le virus on compte à l'heure actuelle 1 femme pour 2,8 hommes. A l'échelle mondiale, et dans l'espace francophone en particulier les femmes sont de plus en plus touchées et représentent désormais près de la moitié des adultes vivant avec le VIH/sida.

Le nombre de femmes infectées a augmenté dans chaque région de l'espace francophone au cours des deux dernières années, le plus fortement en Asie orientale, avec 56 % de hausse, puis en Europe orientale et en Asie centrale, avec 46 % d'augmentation. Au fur et à mesure de l'implantation des épidémies liées au VIH/sida, le nombre de femmes infectées va en augmentant.

En Afrique subsaharienne, la région la plus touchée, les femmes représentent près de 60 % des adultes infectés globalement, trois quarts de toutes les femmes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent dans cette région. L'infection y est 1,3 fois plus probable chez la femme que chez l'homme. Le risque est le plus élevé pour les jeunes femmes de 15 à 24 ans, qui ont une probabilité 3 à 4 fois plus grande d'être infectée que les garçons du même âge.

Les femmes sont physiologiquement plus sensibles au virus que les hommes et la violence à leur encontre les rend encore plus vulnérables. Il est désormais bien reconnu que ce type de violence est une violation des droits de la personne et c'est aussi devenu une question de santé publique, qui recoupe dangereusement celle de l'épidémie du VIH/sida.

La concentration du VIH/sida dans les régions de l'espace francophone, montre que l'ampleur de l'épidémie est directement liée aux inégalités sociales et économiques. Il apparaît dès lors de que les stratégies de lutte contre l'épidémie doivent être centrées sur une compréhension de ses inégalités. Le présent rapport repose sur l'hypothèse que les modifications des comportements sexuels peuvent contribuer à réduire la propagation du VIH/sida.

Ce qui implique qu'il est également nécessaire de modifier les relations de pouvoir social et économique dans la société afin de régler à tous les niveaux les inégalités entre les sexes et entre les classes. Ce phénomène est aussi manifeste dans les pays francophones industrialisés de l'Europe occidentale et de l'Amérique du Nord, où un quart environ des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et où le VIH s'installe toujours davantage parmi les femmes qui appartiennent à des segments marginalisés de la population notamment les minorités, les immigrants et les réfugiés.

L'épidémie du VIH/sida dans l'espace francophone nécessite que nous prenions en compte les facteurs tels que la pauvreté et les inégalités entre les sexes. Cela permettra d'étudier la mise en place de stratégie sur le plan législatif et sur celui de l'application du droit pour combattre à court terme la pandémie. Même si un grand nombre de stratégies relatives au VIH/sida présupposent un monde idéal dans lequel chacun est égal et libre de faire des choix éclairés, les femmes et les filles de l'espace francophone sont en réalité confrontées à toute une série de facteurs de risque associés au VIH/sida et à une vulnérabilité qui ne concernent ni les hommes



ni les garçons et sont souvent enracinés dans les rapports sociaux économiques de leurs sociétés. L'évidence est qu'il n'est pas facile d'éliminer ou de modifier ces facteurs.

Ces stratégies concernent la nécessité d'intégrer les préoccupations relatives aux sexes et à l'égalité des sexes, dans les lois, les politiques et les programmes destinés à lutter contre le VIH/sida dans les régions de l'espace francophone et d'améliorer le statut des femmes et des filles au regard de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes.

Il y a urgence maintenant à féminiser la manière de penser cette maladie. Les femmes séropositives sont souvent privées de la parole pour énoncer la maladie dans ce qu'elle comporte de plus personnel, autrement que par un langage édicté par les hommes. Il apparaît évident que c'est en partant de la parole même des femmes qu'on arrivera à rompre avec les actuelles représentations qui ne se départissent pas d'éternels clichés, tels femmes fragiles forcément victimes, et femmes faciles forcément coupables. Marginalisées dans la vie politique comme dans la vie économique, elles subissent sur cette question de santé les mêmes types de discrimination auxquels elles sont confrontées dans l'ensemble de la société.

Dans ce contexte large, nous devons identifier où et comment des stratégies axées sur les droits pourront faire une différence dans divers contextes nationaux. Aujourd'hui plus qu'hier, l'engagement des femmes, et surtout des parlementaires du Réseau des femmes parlementaires de l'APF dans le partenariat international contre les pandémies constitue un prérequis essentiel pour réduire l'incidence du VIH/sida dans l'espace francophone. Ce partenariat nécessite une mobilisation des capacités de réflexion et d'action impliquant les femmes parlementaires de l'espace francophone. Par ailleurs les femmes parlementaires, en tant qu'élues représentant souvent un territoire, sont plus sensibilisées que les autres acteurs politiques à la question liée aux discriminations à l'égard des femmes causées par le VIH/sida. A ce titre, elles doivent veiller à l'intégration de cette question dans les politiques nationales. Elles doivent également user de leurs pouvoirs pour faciliter la mise en place de structures visant à protéger les personnes vivant avec le VIH/ sida, particulièrement les femmes et les enfants ainsi que les « orphelins du sida » et sanctionner les discriminations dont sont victimes ces personnes. « Les femmes, et le VIH/SIDA dans l'espace francophone », est un thème très important qui pourrait illustrer nos préoccupations dans le réseau des femmes parlementaires de la francophonie. On peut se réjouir du rôle de notre réseau des femmes parlementaires qui ne cesse d'agir.

2. La vulnérabilité des femmes de l'espace francophone au VIH/sida

L'hypothèse d'un lien causal entre le VIH/sida et l'inégalité des sexes est moins simple qu'elle n'en paraît. La réalité est que l'inégalité entre les sexes nécessite de comprendre le pouvoir relatif des hommes et l'impuissance relative des femmes de telle manière qu'on ne nie pas la vulnérabilité masculine au VIH/sida, mais qu'on cherche plutôt à comprendre comment et pourquoi celle des femmes est plus prononcée.

Bien que les femmes soient plus vulnérables que les hommes, les statistiques montrent qu'elles ne sont pas toutes vulnérables au même degré, à contracter le VIH et à être affectées par le VIH/sida, puisque les femmes ne sont pas toutes égales entre elles. Non seulement la vulnérabilité des femmes au VIH/sida est enracinée dans l'inégalité sexuelle, sociale et économique qu'elles vivent, mais cette inégalité se fragmente encore en facteurs comme la



race, la classe sociale, la condition urbaine ou rurale de leur milieu de vie, l'orientation sexuelle, la religion et la culture. Il est crucial de comprendre la vulnérabilité variable des femmes, pour en identifier les causes complexes et pour trouver des solutions efficaces qui tiennent compte de différents facteurs.

Les données démographiques de l'épidémie en Afrique francophone, par exemple, indiquent que les femmes les plus désavantagées en termes sociaux et économiques sont aussi les plus vulnérables au risque d'infection. Les personnes vivant avec le VIH/sida dans l'espace francophone ne sont pas seulement plus susceptibles d'être des femmes: elles sont plus susceptibles d'être des femmes africaines pauvres. Les jeunes femmes et les filles africaines sont de plus en plus vulnérables. Cependant, les taux d'infection sont particulièrement élevés aussi parmi les femmes mariées et monogames vivant dans les pays francophones industrialisés. Les groupes vulnérables incluent les travailleuses du sexe, les migrantes et les réfugiées.

Pour certaines femmes africaines de l'espace francophone, une vulnérabilité au VIH émerge de l'intersection entre la pauvreté et la culture, puisque ces femmes sont souvent plus susceptibles d'être assujetties à des normes sociales et culturelles qui les privent de pouvoir dire leur mot dans leurs relations sexuelles. Il est largement considéré que c'est aux hommes que revient le droit de toute décision sur les relations sexuelles. Il est donc impossible aux femmes de se protéger contre le VIH/sida en prenant l'initiative d'éviter la pénétration dans les rapports sexuels ou d'insister sur la monogamie ou l'usage du préservatif. Les femmes sont aussi des produits de cette culture et il se peut qu'elles aient assimilé des concepts de la masculinité qui font en sorte qu'il est approprié que l'homme ait plusieurs partenaires sexuelles et assume le contrôle des rapports sexuels tandis qu'elles acceptent sa domination et lui restent fidèles. La violence à l'endroit des femmes et des filles joue elle aussi un rôle important dans la transmission du VIH. Souvent, la violence est si répandue que les femmes et les hommes en viennent à considérer la coercition, voire la violence, comme des aspects « normaux » de la sexualité.

Le croisement de la pauvreté (ou de l'inégalité économique), de la culture (ou de l'inégalité sociale) et des rapports entre les sexes, dans l'augmentation de la vulnérabilité au VIH, est illustré par le fait que certaines femmes pauvres se tournent vers le troc sexuel afin d'assurer leur survie. Cela n'a pas lieu qu'en situation de commerce sexuel proprement dit, mais aussi dans d'autres formes de troc qui ne sont pas considérées comme du « travail du sexe ». Ici, des femmes forment des relations à caractère sexuel afin d'obtenir de la nourriture et un certain soutien, pour elles et leur famille. Ainsi, dans plusieurs sociétés francophones, des hommes procurent à des femmes des biens convoités, en échange de rapport sexuel ponctuel ou à plus ou moins long terme. Des faveurs sexuelles peuvent aussi être troquées contre un emploi, un permis, une promotion au travail, de meilleures notes à l'école ou quelque rabais. La majeure partie de ces rapports sexuels ont lieu sans précaution contre le VIH, puisque la femme risque de perdre le soutien convoité si elle insiste auprès de l'homme pour pratiquer le sexe de manière protégée.

Bien qu'il semble que les Africaines soient plus vulnérables au VIH en raison de leur inégalité plus prononcée, on n'en sait pas suffisamment sur les tendances de l'épidémie pour comprendre comment se joue l'interaction variable et complexe entre le statut économique, les normes socioculturelles et la capacité (ou l'incapacité) de négociation dans les relations sexuelles, dans toutes les communautés francophone du monde. On ne pourra développer de



stratégies efficaces pour la prévention, les traitements et les soins que si l'on en a une compréhension claire et campée dans des particularités des contextes nationaux et culturels.

Les rôles attribués selon le sexe, combinés à la pauvreté et aux attitudes socioculturelles à l'endroit des femmes et des filles dans certains pays de l'espace francophone, font reposer sur elles le fardeau des soins aux malades. Des recherches ont aussi conduit au constat que les femmes séropositives au VIH subissent de la discrimination dans les soins de santé, l'éducation et les droits légaux. Elles sont par ailleurs plus susceptibles d'être blâmées, stigmatisées, voire abandonnées, par leur famille. Les femmes du milieu rural sont particulièrement vulnérables.

Ce recoupement entre divers aspects de l'inégalité des sexes et la vulnérabilité au VIH a stimulé la demande d'une approche mieux intégrée à l'égard de la prévention et des soins pour le VIH. Ceci implique de concentrer l'attention sur la réduction du risque et l'abolition des facteurs sociaux, culturels et économiques qui font obstacle à l'adoption de comportements préventifs. Ceci implique également de satisfaire les besoins sociaux, économiques et de santé des personnes vivant avec le VIH/sida ainsi que de protéger ces personnes contre la discrimination et la stigmatisation. Il est en outre indispensable d'alléger le fardeau des soins, par une diversité de mesures. Notamment, on doit examiner au delà des questions de santé et de science, les questions cruciales de pauvreté, de développement et de droits de la personne. Compte tenu des nombreux niveaux d'inégalités qui convergent pour donner forme à la vulnérabilité particulière des femmes au VIH/sida, ces questions peuvent être classées selon une échelle du «degré d'inégalité entre les sexes» plutôt que d'après la division plus conventionnelle « prévention, traitements et soins ». Ce modèle pourrait conduire à une compréhension et à un examen plus poussés de l'inégalité entre les sexes et de sa relation avec le VIH/sida dans un contexte national particulier. Je décris brièvement cette approche, ci-après, tout en donnant un aperçu des questions légales et de droits de la personne qui sont concernées.

2.1. L'autonomie personnelle des femmes

L'autonomie concrète de la femme, sur soi, en termes physiques, mentaux et moraux, ne s'associe pas seulement à des (et ne se mesure pas uniquement en termes de) décisions et choix génésiques et sexuels, mais aussi à une autonomie morale, plus largement, et au fait de ne pas être confrontée à la violence physique ou émotive. L'autonomie personnelle est directement liée à la capacité des femmes de se protéger contre le VIH dans les relations sexuelles, et elle englobe la capacité de décider si et quand elles ont des rapports sexuels, s'adonnent à certaines pratiques sexuelles ou ont recours à des moyens contraceptifs. Elle sous-entend une bonne santé génésique et la capacité de prendre des décisions en matière de reproduction. Elle signifie notamment que la femme ne devrait pas subir de violence ou de coercition sexuelle.

À n'en pas douter, le développement de campagnes de promotion de l'ensemble des droits sexuels et génésiques, du droit de ne pas subir de violence, de même que du droit à l'égalité, est utile à la lutte contre le VIH/sida. De telles campagnes permettent de mettre en place des stratégies juridiques et non juridiques qui peuvent intégrer d'autres domaines pertinents:

- . L'accès à des préservatifs féminins et à des microbicides,
- . Un point de mire sur les pratiques et attitudes masculines,



- . L'accès à l'information sur le sécurisexe et à des services de santé génésique, et
- . L'accès à la prophylaxie post-exposition pour les survivantes d'agressions sexuelles.

La réforme du droit peut être axés sur les problématiques suivantes :

- Assurer un cadre législatif pour la protection contre la violence et pour une application efficace de la loi;
- Assurer un cadre législatif approprié, en matière de travail du sexe (décriminalisation sans mesures punitives);
- Assurer le droit aux choix relativement à l'interruption de la grossesse et le droit de Procréation des femmes séropositives au VIH;
- Développer (et mettre en application) des règlements sur le droit des victimes d'agressions sexuelles d'être informées par la police ou le médecin, quant à l'option d'une prophylaxie antirétrovirale contre le VIH; et si la situation nationale se prête à miser sur le droit aux choix génésiques ou au droit d'accès à des soins de santé, on pourrait avoir recours à l'action en justice pour assurer un accès aux médicaments contre la transmission périnatale.

2.2. Les femmes dans les relations et la famille

Dans nombre de pays de l'espace francophone, les femmes ne jouissent toujours pas de droits égaux, au sein des relations, notamment dans le mariage et dans la famille. Certaines se voient encore imposer des mariages arrangés, souvent en bas âge. Les femmes peuvent aussi se voir nier des droits égaux à la propriété et aux biens conjugaux et priver de l'autorité ou de la capacité égale de demander un divorce ou de s'y opposer. L'inégalité au sein de la famille est créée et intensifiée par des stéréotypes de la femme en tant que subordonnée, qui la rendent vulnérable à la violence et à la sexualité conjugale coercitive. De telles inégalités rendent les femmes plus démunies dans les rapports sexuels et plus dépendantes des hommes sur le plan économique.

Dans beaucoup de pays de l'espace francophone dans les domaines du droit (p. ex., le consentement à des rapports sexuels, le mariage, le divorce, le soutien financier et l'héritage), le statut juridique de la femme est inférieur à celui de l'homme, en raison d'une profonde discrimination fondée sur le sexe. La capacité d'une femme de se protéger contre des rapports sexuels forcés et sans protection dépend de l'équilibre du pouvoir entre elle et son partenaire dans leur relation. Nous savons tous que les rapports de sexe sont une question de pouvoir. En termes de pouvoir, la femme est la partenaire subordonnée. Cette tendance se reflète dans diverses situations, à travers les pays de l'espace francophone en Afrique et dans le monde.

La position des femmes au sein de la famille ou du foyer détermine aussi leur part des soins aux malades ainsi que la stigmatisation (ou l'abandon) dont elles seront l'objet si elles mêmes sont séropositives au VIH/sida.

Les enjeux juridiques sont notamment d'assurer un cadre légal de droits égaux au sein de la famille, en matière de mariage, de divorce, de responsabilité et de garde des enfants, de même que, la protection des droits des femmes séropositives au sein de leurs relations ou de la famille, notamment contre l'abus, l'abandon et la discrimination.



2.3. L'inégalité culturelle

Plusieurs pratiques et attitudes culturelles et sociales entravent, voire nient, l'égalité des femmes et exacerbent leur vulnérabilité au VIH/sida, directement ou non. Ces mœurs varient d'un pays à l'autre. Dans certains pays de l'espace francophone, certaines coutumes, favorisent le don de la famille du fiancé à celle de la fiancée, ces pratiques coutumières sont associées non seulement à des attitudes patriarcales de « possession » de la femme, mais aussi à une violence accrue (qui se répercute sur la vulnérabilité au VIH/sida).

En Afrique, on se préoccupe de plus en plus de mettre sur pied des institutions socioculturelles au soutien des femmes et des familles aux prises avec le VIH/sida. Ceci peut impliquer un activisme juridique en matière de droit coutumier - mais le degré de variation culturelle nécessite que les stratégies adoptées soient très spécifiques au contexte donné. Les enjeux légaux sont notamment:

- Assurer l'accès à des ressources par le droit coutumier au chapitre de l'héritage;
- Donner accès à la propriété terrienne et accorder un statut et des droits à part égale au sein de la famille.

2.4. L'inégalité socio-économique

L'inégalité économique et sociale des femmes, ajoutée à leur inégalité dans les rapports sexuels, conditionne leur vulnérabilité au VIH/sida. Les faits de contracter le VIH/sida, de vivre avec l'infection et des maladies opportunistes, et de prendre soin des malades, accroissent en retour la pauvreté et le besoin des femmes de recevoir des services élémentaires de la part de l'État. Cette catégorie englobe un vaste registre d'enjeux liés à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux et à leur habilitation sur le plan économique. À cet effet, de nombreux domaines d'intervention juridique et non juridique permettraient de réduire le degré de dépendance économique des femmes à l'endroit des hommes et d'assurer un accès équitable à des services pour pouvoir à leurs besoins fondamentaux.

La capacité de gain de pouvoir économique des femmes est liée au degré de satisfaction de leurs besoins fondamentaux, y compris l'éducation, les soins de santé, la sécurité alimentaire, le logement, etc. L'accès à des nécessités est encore plus crucial si la femme vit avec le VIH.

Plusieurs de ces enjeux sont liés aux droits sociaux et économiques des femmes. Sur ce plan, on devrait être à l'affût d'opportunités de participer au développement de cadres de politiques, de lois et de règlements propices à l'accès des femmes à ces droits et à leurs bénéfices. Il est souvent difficile de mettre en litige des questions qui impliquent des choix sur des politiques ou l'allocation de ressources par l'État. Pour cette raison, certains sont d'avis que les droits sociaux et économiques ne se prêtent pas à des interventions en justice. Malgré cela, on rencontre plusieurs exemples de recours au droit qui furent novateurs et créatifs, pour imposer aux gouvernements des responsabilités à l'égard de ces droits.

Par exemple, si une loi anti-discriminatoire existe, elle pourrait être utilisée, ou étendue, pour s'attaquer à la discrimination dans l'accès à ces droits - comme le traitement discriminatoire des femmes séropositives par le système des soins de santé. On pourrait aussi songer à recourir à des mesures législatives obligeant l'État à s'acquitter de ses fonctions. Ce type de



procédure juridique pourrait conduire à la fourniture obligatoire de prestations d'aide sociale. L'abrogation d'un service existant pourrait aussi donner lieu à un motif de poursuite, si les droits socio-économiques sont enchâssés dans une forme de système légal. Toutefois, il peut s'avérer plus difficile de recourir au droit pour demander la fourniture de services qui n'existent pas déjà et qui nécessitent des ressources supplémentaires. Dans certains pays, on a tenté de se fonder sur la notion du contenu élémentaire minimal d'un droit, alors que dans d'autres pays, on a cherché à développer des mécanismes pour engager l'État dans un dialogue sur l'octroi de ces droits.

L'accès à des soins de santé

Bon nombre des besoins de soins préventifs de santé sont énumérés dans la partie qui aborde l'autonomie personnelle, ci-dessus. Les personnes vivant avec le VIH/sida ont besoin de soins de santé adéquats contre les infections opportunistes et de médicaments qui leur sont actuellement inaccessibles. Ce droit touche aussi aux besoins des femmes qui soignent d'autres personnes malades (p. ex., l'accès à des gants protecteurs et d'autres instruments).

Les campagnes axées sur les droits socio-économiques liés aux traitements et aux soins de santé sont cruciales pour satisfaire les besoins de toutes les femmes. Ici, l'action légale directe est possible, quoique difficile. Elle repose en partie sur le degré auquel le pays en question autorise l'action légale au motif de droits socio-économiques. Cependant, il existe des cadres internationaux positifs, relativement aux droits à la santé, tant dans le Programme d'action de Pékin +10 qui peuvent tous deux servir dans ce domaine.

L'accès à la nutrition, à de l'eau potable et à des infrastructures d'égout

De l'eau propre, des égouts et une nutrition adéquate sont nécessaires à la santé des personnes vivant avec le VIH/sida et à l'efficacité de leurs soins à domicile

L'accès à la sécurité sociale

Les femmes qui s'occupent de fournir des soins à la maison ont un urgent besoin de ressources. Dans les pays qui ont la capacité économique d'avoir un système de bien-être social, des activités légales peuvent être développées pour assurer que le droit à des prestations réponde aux besoins de ce groupe de femmes. Par exemple, qu'une prestation pour s'occuper d'un enfant orphelin soit versée à un cousin ou une tante qui en prend soin après le décès des parents; ou qu'un montant d'argent soit donné aux personnes impliquées dans les soins à domicile. L'action légale peut aussi aider à une distribution efficace de ces prestations. Cependant, ces activités légales devraient s'accompagner d'un travail plus vaste de promotion des droits et intérêts, de même que de surveillance de la situation, pour assurer le respect des droits et l'application du programme de prestation. Des règles légales pourraient aussi être développées pour assurer des droits et des protections aux personnes impliquées dans la fourniture de soins à domicile.

L'accès au logement

Un abri et un logement, pour les femmes qui perdent le leur lorsqu'elles deviennent malades (parce qu'il faisait partie des bénéfices de leur emploi ou de celui de leur mari, ou en raison de leur expulsion du logis par le mari), constitue aussi un besoin vital. L'action légale s'est souvent avérée fructueuse, à ce chapitre.



L'accès à l'éducation

L'éducation est au cœur de l'amélioration du statut social et économique de la femme. Pourtant dans plusieurs pays de l'espace francophone, les femmes font encore face à la ségrégation par rapport aux possibilités de s'instruire. Il reste un fossé entre la fréquentation scolaire des filles et des garçons dans de nombreuses régions, notamment en Asie et en Afrique. Il est remarquable que les tendances à la baisse de l'éducation ont également des conséquences pour la croissance de l'épidémie.

Les filles sont souvent retirées de l'école pour s'occuper de tâches domestiques ou prendre soin de malades. L'épidémie de sida a intensifié cette tendance: les filles sont contraintes d'aider à soigner leurs proches atteints du VIH/sida. Ceci s'accompagne de conséquences critiques, pour le développement, puisque l'éducation offre des bienfaits en retour d'un investissement dans l'éducation des filles. L'éducation est une défense essentielle contre la propagation du VIH/ sida.

L'accès à des ressources par héritage

Dans certains pays de l'espace francophone, l'accès des femmes à des ressources venant d'un héritage est lui aussi critique; l'abolition d'obstacles légaux à cette notion devrait être prioritaire. En droit coutumier, les femmes n'ont pas de droit à l'héritage que laisse leur mari ou leur père, mais plutôt à un maintien accordé par l'héritier (mâle). Cependant, la protection des veuves et enfants endeuillés, par de telles obligations coutumières de maintien, s'est considérablement détériorée: plusieurs femmes et leurs familles sont laissées sans aucune aide, après la mort d'un mari ou d'un père. Les conséquences sont dévastatrices pour les femmes qui vivent avec le VIH/sida ou qui prennent soin d'autres personnes malades. De plus, la vulnérabilité économique des veuves les expose aux exigences sexuelles d'hommes de leur famille, ce qui augmente leur vulnérabilité au VIH.

Il s'agit d'un domaine important pour l'action légale. Le litige et la réforme du droit ont été fructueux dans plusieurs contextes.

2.5. la dépendance économique des femmes envers les hommes

Vu l'intersection de la pauvreté et de la vulnérabilité, il est nécessaire d'assurer un cadre juridique adéquat pour réduire la dépendance économique des femmes envers les hommes. Plusieurs domaines d'intervention légale sont possibles, allant de la quête d'une plus grande protection juridique des femmes dans le secteur informel ainsi que pour des catégories vulnérables de travailleuses du secteur formel, jusqu'aux lois qui affectent l'accès au crédit et à la création de petites et moyennes entreprises.

Les femmes doivent avoir accès à des ressources propices à l'avancement économique, notamment des emplois, la propriété terrienne et le crédit. Elles en ont aussi besoin pour s'acquitter d'un fardeau plus lourd de soins, issu du VIH/sida. Le droit peut être un instrument efficace à ces chapitres.

La prépondérance des femmes aux échelons économiques inférieurs et dans le secteur informel accroît leur vulnérabilité économique. La réforme du droit et d'autres mesures qui



ciblent ces secteurs (notamment l'informel et celui des petites et moyennes entreprises) sont vitales pour accroître le pouvoir et l'habilitation des femmes.

Des mesures antidiscriminatoires, au travail, doivent interdire la discrimination fondée sur le sexe et sur l'infection à VIH. Dans le secteur informel, les politiques économiques accroissent la vulnérabilité des femmes en les reléguant au rang de travailleuses atypiques. (Dépourvues de protection légale en matière d'emploi) et de main d'œuvre migrante (ce qui accroît leur vulnérabilité à des conditions de travail qui les exploitent, de même qu'à des risques sexuels). Une plus grande protection juridique serait nécessaire.

2.6. L'égalité politique des femmes, l'équité dans le statut et la citoyenneté

L'égalité politique des femmes peut servir à identifier et à évaluer dans quelle mesure les femmes sont reconnues égales aux hommes, dans une société ou une nation donnée ainsi que dans ses lois, politiques et programmes. Dans le monde entier, et particulièrement dans l'espace francophone, le manque de représentation féminine au sein des gouvernements et aux plus hauts niveaux ministériels (exécutifs) et législatifs, limite leur influence sur la gestion des affaires publiques et les politiques publiques.

A l'échelle mondiale, en effet, les femmes ne détenaient que 14% des sièges parlementaires en 2001, ce qui représente une légère augmentation par rapport à la décennie précédente. Dans de nombreux pays de l'Afrique du nord et de l'Asie du sud et de l'Ouest, les femmes occupent moins de 10% des sièges au sein des instances législatives. Il existe cependant un petit nombre d'exceptions : au Rwanda, au Vietnam, les femmes occupent un peu moins de 25% des sièges.

Le droit des femmes à une participation égale à la vie politique est garantie par un certain nombre de conventions internationales, en particulier la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'encontre des femmes (CEDEF) dont notre réseau à travers les séminaires de formation à destinations des femmes parlementaires souhaite dispenser une connaissance approfondie de cet instrument.

Le degré de reconnaissance de l'égalité des sexes en tant que principe et droit, dans le contexte politique, peut influencer les occasions de militantisme politique et juridique pour le progrès de la cause des femmes. Aujourd'hui, les femmes sont également de plus en plus présentes sur la scène politique internationale, avec l'aide de l'influence croissante de groupe de femmes au sein de conférence des Nations Unies telles que la quarante-neuvième session de la Commission de la Condition de la Femme des Nations Unies, qui s'est tenue du 28 février au 11 mars dernier. Ces Conférences sont parvenues à la conclusion que des mesures supplémentaires sont nécessaires pour renforcer la participation féminine au processus de prise de décision et l'entrée des femmes sur la scène politique.

Un deuxième aspect est le degré d'intégration de la notion d'égalité des sexes dans les politiques et les programmes des gouvernements. Autrement dit, l'engagement à l'égalité des sexes devrait se traduire par des politiques et des programmes efficaces, qui à terme pourront limiter la vulnérabilité des femmes dans le leadership politique.



3. Le rôle du droit et des droits de la personne dans divers contextes nationaux

Vu, d'une part, le fait que le VIH/sida s'observe dans divers contextes politiques, économiques et sociaux, pour les femmes du monde en développement ainsi qu'aux frontières marginales du monde industrialisé, et d'autre part, vu les nombreuses manières par lesquelles l'inégalité des sexes affecte l'épidémie du VIH/sida, il ne peut y avoir un ensemble de priorités ou de stratégies uniforme et applicable à tous les pays, ni même à toutes les femmes d'un pays en particulier. Les stratégies d'un pays doivent être adaptées aux besoins de divers groupes de femmes et tenir compte des possibilités qu'offrent la culture politique, les politiques économiques, le système légal et les valeurs culturelles et religieuses qui s'y rencontrent. La dernière partie de ce rapport met en relief certaines problématiques et certaines leçons, dans le recours à la loi et aux droits pour faire progresser l'égalité des sexes et pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH/sida.

3.1. Le rôle de la lutte pour l'avancement des droits

Les droits de la personne jouent un rôle important dans les luttes mondiales et nationales pour l'égalité des sexes: ces droits sont à la fois une importante ressource politique pour mobiliser les groupes et pour offrir un cadre habilitant et propice à l'avancement de l'égalité des sexes. Les luttes pour les droits sont plus susceptibles d'être fructueuses (du moins, d'après l'expérience sud-africaine) si elles impliquent une vaste alliance d'organismes voués à des buts clairs et engagés dans une diversité de stratégies légales et autres. Cela nécessite une société civile vigoureuse ainsi qu'une création d'alliance, une recherche, une activité médiatique, une réforme du droit, des actions en litige, de l'éducation, du lobbying, etc. Les objectifs devraient aussi être encadrés par un « message sur les droits » qui soit en harmonie avec la communauté au nom de laquelle il est lancé. Fait d'importance, la valeur des droits de la personne réside autant dans notre capacité de les utiliser de manière stratégique que dans les normes et les valeurs qu'ils épousent.

Plusieurs droits pourraient être utilisés pour mobiliser les gens, les groupes et les communautés autour d'enjeux liés au VIH/sida. Un ensemble de droits de premier ordre (égalité, dignité, vie privée, sécurité de la personne) peut être utilisé dans le cadre d'un appel plus large en faveur de droits génésiques, sexuels, ou à la non-violence. Ainsi, la campagne pourrait se concentrer directement sur la problématique des femmes et du VIH/sida, ou sur les femmes plus généralement. Une campagne axée sur les droits génésiques des femmes vivant avec le VIH/sida pourrait englober un registre de questions liées à la grossesse, à la naissance et à la non-discrimination dans les soins de santé. Les droits sexuels et génésiques pourraient servir de cadre à des campagnes pour accroître l'accès à des condoms féminins et pour stimuler la recherche et le développement de microbicides.

3.2. Stratégies juridiques

L'amélioration du statut juridique des femmes par la création d'une base minimale de droits légaux est une étape nécessaire, pour s'attaquer à l'inégalité entre les sexes (et, ce faisant, pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH/sida), mais elle est insuffisante. Les stratégies législatives (axées sur la réforme du droit ou sur le litige) doivent aussi se préoccuper de la mise en œuvre et de l'application des droits conférés par les lois. Il s'agit là d'un obstacle de



premier ordre aux droits des femmes, à l'échelle mondiale, car l'application efficace des droits dépend souvent de facteurs comme la capacité institutionnelle de l'État, les ressources humaines, financières et techniques, de même que l'encadrement des politiques d'ordre économique. Pour surmonter ces embûches, il faut que des stratégies légales et non légales arrivent à faire en sorte que les gouvernements aient des comptes à rendre aux femmes.

Néanmoins, il peut être valable d'obtenir l'adoption d'une loi ou d'acquérir un droit malgré l'absence d'occasions d'application immédiate, et même s'il ne s'agit que d'un symbole juridique. L'engagement stratégique en matière de droit, d'une manière qui est claire quant aux objectifs et qui fonctionne malgré les contraintes du contexte politique et légal de la nation en question, peut avoir d'importantes conséquences; notamment, ceci peut conduire non seulement à des résultats en termes d'adoption de règles mais aussi à une évolution de la culture. Une réforme légale qui fait évoluer la culture peut entraîner une remise en question et une modification des normes et des valeurs dominantes. Par exemple, la réforme de la loi sur l'avortement, dans certains pays de l'espace francophone a amené un virage dans le discours public dominant, au sujet de l'avortement, en conduisant à délaissier les notions d'immoralité et de crime, au profit de la notion des droits des femmes (bien que plusieurs, dans la société, demeurent opposés à l'avortement). Ce qui compte, dans ce cas, est que les stratégies législatives pour modifier la loi ont embrassé l'ensemble du contexte des droits de la personne et se sont accompagnés d'un vaste registre de stratégies non juridiques (Les politiques, éducationnelles et médiatiques) axées sur le même objectif. Ceci était critique puisqu'à elle seule l'évolution légale modifie rarement la compréhension des questions à proprement parler, au sein du grand public, et encore moins les attitudes sociales. Il est donc opportun d'amorcer effectivement des actions et politiques concrètes, en traduisant notamment au niveau des législations nationales toutes les normes visant à lutter contre toute forme de discrimination à l'égard des femmes et pour leur pleine participation dans les affaires de la société.

Aussi, il serait nécessaire d'instaurer, la protection juridictionnelle des droits de femmes sur un pied d'égalité avec les hommes et de protéger effectivement les femmes contre tout acte discriminatoire. De la même manière d'encourager des politiques garantissant la protection des PVVIH.

3.3. Les politiques de lutte contre le Sida dans certains pays de l'espace francophone.

a) Exemple du Burundi

Le rapport sur la politique de lutte contre le sida au Burundi en général, envers les femmes et les filles en particuliers est résumé en deux parties.

La politique en cours de réalisation pour toute la population et le souhait de la femme et mère burundaise pour sa propre protection et celle de sa fille.

I. La politique de lutte contre le sida en cours de réalisation au Burundi est tirée d'un plan d'action national de lutte contre le VIH/sida allant, sur une période de l'année 2002 à l'année 2006. Ce plan a été élaboré pour lutter contre la propagation intense du VIH, et à la demande de l'ONUSIDA afin de financer les opérations de : prévention, de dépistage et de prise en charge des P.V.V.S.

L 'histoire récente du Burundi a été marquée par un conflit socio-politique qui s'est



soldé par les milliers de morts et par des déplacements d'environ un million de personnes à l'intérieur et à l'extérieur du pays.

Le besoin de sécurité a amené les populations à se regrouper spontanément ou sur initiative des autorités, dans des camps où nombre d'entre eux manquent du minimum vital.

Ce mode de vie devenant précaire a engendré la paupérisation et la promiscuité. Cette guerre a laissé des veuves et des orphelins sans défense et dans une pauvreté extrême.

Cette situation de crise favorise la prostitution, le viol et d'autres épidémies dont le VIH/sida.

Malgré cette situation conflictuelle, ce plan d'action national de lutte contre le SIDA, a permis de faire face aux opérations de Prévention de dépistage et de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida à plus de 30% dans l'ensemble (selon la revue des réalisations et des ressources mobilisées en 2004).

Les statistiques élaborées avant la mise en place de ce plan ont montré que la propagation du VIH/SIDA avait des dimensions inquiétantes. Le Burundi faisait et fait encore partie des pays les plus touchés par le VIH/sida.

En 2001, il était en 13ème position des pays africains à forte prévalence chez les adultes et en 2ème position parmi le pays de l'Afrique Centrale.

Pour faire face aux conséquences économiques et sociales de l'épidémie, le gouvernement a élaboré des stratégies pour la prévention, la prise en charge et le renforcement des capacités des P.V.V.S.

Sur l'axe de prévention, la sensibilisation de toute la population en vue de réduire des comportements sexuels irresponsables a été faite par l'administration locale, par le Ministère de la Lutte contre le sida et par des encadreurs formés qui se trouve sur chaque colline. Ces derniers font également le marketing des préservatifs. Ils animent des causeries regroupant les femmes et filles à part, les hommes à part et les enfants à part. Il existe aussi des Comités provinciaux, des Comités communaux et des Comités de base qui dépendent du Ministère chargé de la lutte contre le sida.

L'administration a le mot d'ordre pour encourager le dépistage volontaire et anonyme ainsi que le diagnostic précoce.

Dans le même domaine de la prévention des stratégies ont été mises en place pour réduire la transmission par voie sanguine et réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dix (10) sites avec un personnel formé ont été mis en place.

Sur l'axe de la prise en charge et le renforcement des capacités des P.V.V.S, à un pourcentage élevé, les malades bénéficient d'une assistance psychosociale, le taux de réalisation en 2004 est de 60%.

La prise en charge médicale se fait en 6 hôpitaux dont 3 se trouvent à l'intérieur du pays. 3210 PVVS bénéficient des traitements aux AR V, ce qui représente 64,2% de la cible (cible 5000 PVVS).

Pour le renforcement des capacités financières des PVVS, il était prévu au cours de



l'année 2004 de financer au moins une activité génératrice de revenu par province, soit au total 17 sous-projets. 11 provinces ont bénéficiées de ce financement, d'autres s'organisent encore en association des PVVS ou de lutte contre le sida.

Toujours dans le domaine de la prise en charge, les capacités de diagnostic et de traitement des infections opportunistes sont assez répandues et l'accès au ARV s'est amélioré.

A travers le gouvernement et l'Assemblée Nationale, la promotion des droits et la protection juridique des PVVS est en cours. Un projet de loi sur le statut et la protection juridique des PVVS a été étudié et sera voté au mois de février 2005.

A un pourcentage moins élevé, nous avons la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, ainsi que leurs accès au micro crédit pour le développement d'activités génératrices de revenus. Cela est dû au fait qu'au sortir de la crise, la politique actuelle invite la population à regagner les collines car elle est essentiellement rurale et partant vive de l'agriculture. Le suivi d'une population dispersée devient lacunaire.

Toutefois, au cours des premiers mois de l'année 2004, des activités de la composante appui à l'intégration sociale des orphelins ont été orientées en plus de la coordination vers le placement et accompagnement des orphelins du sida dans les familles d'accueils, vers l'assistance médicale, la nutrition, la scolarisation et l'apprentissage des métiers. Ce programme se fait dans 20 communes du pays.

Toutes ces actions de lutte contre le sida se font en général sur l'ensemble du territoire national et pour toute la population dans les limites de nos moyens, y compris pour la femme et la fille.

Néanmoins, quelques programmes concernent la femme et la fille notamment la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le traitement préventif contre les maladies sexuellement transmissibles après le viol.

Ce programme qui a été adopté a pour objectif :

- De réduire le nombre de nouveaux-nés infectés par la mère.
- De prévenir l'infection du VIH chez les femmes en âge de procréer;
- De prévenir les grossesses non désirées chez les femmes séropositives;
- De prévenir la transmission mère-enfant pendant la grossesse, le travail de l'accouchement et au cours de la période postnatale.

Il existe en plus de ces structures déjà citées, un collectif des ONGs Nationales et Internationales travaillant dans le domaine de la lutte contre le sida. Elles sont plus de 25 associations.

Pour le cas qui nous occupe, nous pouvons signaler comme Organisations Nationales :

- La SW AA (Society of Women Against Aids) créée en 1992 menant des activités de prévention, de sensibilisation, de suivi et de soins.
- La FVS (Famille pour Vaincre le sida) créé en 1992 menant des activités concernant les orphelins.
- L' APECOS (Association de Prise en Charge des Orphelins) créé en 1993 gérant les foyers d'accueil pour les orphelins.
- Nous saluons également l'initiative des premières dames de la sous-région des grands lacs qui se sont regroupées en synergie à fin de joindre nos efforts pour une lutte



commune contre le VIH/sida.

- Nous saluons aussi l'ONG Internationale Médecins Sans Frontières qui prodigue des soins pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles aux victimes des viols. Car comme partout ailleurs, les crises politico-sociales entraînent des comportements pervers, le Burundi ne fait pas exception, le viol est monnaie courante.

II. La situation de la femme burundaise est telle que la question du genre se pose en terme d'inégalité d'accès à l'instruction; de la vulnérabilité et d'une faible participation des femmes à la vie publique.

Ex : Taux d'alphabétisation 32% contre 52, 7%
Taux à l'Education de base 62% contre 80, 3%
Taux à l'enseignement secondaire 8% contre 12, 5%
A l'Enseignement Supérieur 1 % des filles y accèdent.

La femme présente une mortalité maternelle très élevée et est plus exposée à l'infection du VIH.

La femme burundaise résidant dans les zones urbaines est inoccupée. Le taux d'activité est de 43% contre 68% pour l'homme.

La femme reste peu représentée dans des postes de décision, même si on note aujourd'hui une amélioration et une volonté politique.

Ex : 30% de participation dans la vie politique dans les institutions qui seront issues des élections.

Pour faire face à cette situation, la femme burundaise voudrait accéder facilement à l'enseignement pour pouvoir participer à la vie nationale, pour se prendre en charge sans devoir vendre ses chambres, pour s'assurer une surveillance médicale adéquate et prendre en charge ses enfants sans difficulté et surtout pour mieux comprendre et assimiler les techniques de lutte contre le sida.

En conclusion, les programmes existent et sont entrain d'être exécutés, les stratégies sont mises en place, les actions sont menées, mais le fléau persiste.

b) Exemple du Québec

Au Québec, le droit impose aux médecins une obligation de confidentialité envers leurs patients. Tous les renseignements résultant d'une relation médecin-patient doivent être tenus confidentiels: le patient a droit à la confidentialité et le médecin a une obligation à cet égard. Les médecins ont également l'obligation éthique de préserver la confidentialité des renseignements fournis par leurs patients. Cette obligation prend sa source dans le Serment d'Hippocrate.

Pour ce qui est du VIH/Sida, on a dit que, selon un principe général de l'éthique médicale, le médecin qui a connaissance de résultats positifs ou même d'un diagnostic confirmé de sida doit protéger la confidentialité de ces renseignements et en éviter la communication. Tandis que la présomption réfutable régissant la confidentialité des renseignements médicaux, y compris dans le cas du sida, est que tous ont droit au respect de leurs droits à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité, qui ne peuvent être violés que pour des



raisons très sérieuses. Dans certains cas, toutefois, la protection de la vie privée doit parfois céder le pas à d'autres intérêts sociaux. C'est pourquoi il existe des exceptions réglementaires spécifiques qui autorisent à communiquer des renseignements personnels dans certaines circonstances limitées, lorsque cela est nécessaire dans l'intérêt du public ou pour toute raison dont l'intérêt est de protéger la santé publique.

La *Loi sur la santé publique* et les règlements ministériels en découlant prévoient un mécanisme de surveillance épidémiologique pour les maladies à traitement obligatoire (MATO), tels le VIH et le sida, ainsi qu'une surveillance constante pour les maladies à déclaration obligatoires (MADO). Le sida et l'infection par le VIH sont considérés comme des maladies à traitement obligatoire.

Au Québec, il existe un mécanisme de surveillance de l'infection par le VIH et du sida. En vertu des articles 10 à 13 du Règlement ministériel d'application de la *Loi sur la santé publique*, l'infection par le VIH fait l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population. Le sida fait aussi l'objet d'une collecte obligatoire de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, en vertu de l'article 14 du Règlement ministériel d'application de la *Loi sur la santé publique*.

Le sida et l'infection au VIH figurent parmi les maladies à déclaration obligatoire seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus.

La *Loi sur la santé publique*, adoptée en décembre 2001, prévoit à l'article 82 l'obligation pour le médecin et le dirigeant d'un laboratoire, ou département de biologie médicale, d'aviser les autorités régionales de santé publique lorsqu'une infection, une maladie ou une intoxication constitue une menace à la santé de la population. La protection de la santé de la population exige d'assurer une vigilance constante pour agir rapidement en cas de menace à la santé, réelle ou appréhendée. Une infection, une intoxication ou une maladie à déclaration obligatoire (MADO) doit être un problème de santé important relié à une exposition d'origine biologique, chimique ou physique pour lequel une intervention de protection en santé publique doit être effectuée en temps opportun pour éviter la survenue d'autres cas. Elle vise des individus, certes, mais cette intervention est réalisée au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus. C'est dans le nouveau règlement ministériel d'application de la *Loi sur la santé publique*, qui est en vigueur depuis le 20 novembre dernier, que la liste des MADO a été mise à jour.

Au ministère de la Santé et des Services sociaux, il y a un service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS). Il s'agit d'une structure administrative de coordination créée pour contrer les différentes problématiques engendrées par la propagation du VIH/sida (virus de l'immunodéficience humaine / syndrome d'immunodéficience acquise), du VHC (virus de l'hépatite C) et des autres ITS (infections transmissibles sexuellement). De fait, le SLITSS sollicite les diverses expertises et fait appel à différentes expériences. Il rapproche les instances et les intervenants, et conjugue le tout en vue de permettre et de faciliter tant la réalisation des actions de prévention des ITSS que la prestation de soins et de services de qualité aux personnes vivant avec ces infections, ainsi qu'à leurs proches.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est doté d'une stratégie de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement. Cette stratégie prend en considération les nouvelles réalités et met l'accent sur



certaines mesures afin de contrer les signes de relâchement des comportements sécuritaires, de briser la chaîne de transmission des infections transmissibles sexuellement, de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et voir à offrir les soins et services requis aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC).¹

On retrouve dans cette stratégie une présentation du contexte dans lequel s'inscrit la lutte contre ces infections. À partir des connaissances actuelles en matière du virus de l'immunodéficience humaine, du virus de l'hépatite C et des infections transmises sexuellement, des constats sont faits. Les grands enjeux en matière de prévention et d'organisation des services ainsi que du fonctionnement du système sont présentées. Eu égard aux orientations, aux stratégies, aux groupes visés et aux activités de soutien, on expose les différentes activités qui devraient être réalisées.

Le Québec dispose également de portraits statistiques détaillés en regard de ces maladies. Un document intitulé «Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise» présente les plus récentes données issues du programme de surveillance du sida au Québec (PSSQ), en date du 30 juin 2003. Pour l'année 2002, on y apprend que le nombre de personnes diagnostiquées pour le sida est établi à 65, que la proportion de femmes infectées est de 15,4%, qu'aucun jeune de moins de 15 ans avait été infecté et que 87,7% des personnes infectées vivaient dans la région de Montréal-centre.²

Le Québec dispose donc d'un encadrement réglementaire, d'une stratégie d'intervention à titre de politique publique et, enfin, de statistiques officielles permettant de suivre l'évolution du VIH et du sida.

c) Exemple du Rwanda

Deux décennies viennent de s'écouler après l'émergence du VIH/sida dans le monde. Depuis la découverte des premiers cas du sida en 1981, plus de 20 millions de personnes en sont mortes. La pandémie du VIH/sida continue d'être un immense défi pour l'humanité toute entière. Les estimations faites en 2003 par le Programme conjoint des Nations Unies donnent des chiffres allant jusqu'à 5 millions de nouvelles infections et à 38 millions de personnes vivant avec le VIH au niveau mondial. L'Afrique Subsaharienne continue d'être le continent le plus touché : l'on estime qu'actuellement, près de 23 millions de personnes adultes âgées entre 15 et 49 ans vivant avec le VIH sur ce continent et parmi elles, 57 % sont des femmes.

Au Rwanda, le profil épidémiologique de l'épidémie du VIH est aussi alarmant. La pandémie du VIH/sida, par son ampleur et sa gravité, constitue à la fois un phénomène de santé publique et un problème de développement. La pauvreté et la discrimination sont des facteurs qui contribuent à la propagation de la pandémie du sida.

Le Rwanda, avec une population estimée à plus de 8 millions d'habitants (dont 52,3% sont des femmes), une densité de 306 habitants par km², avec plus de 60 % qui vivent en dessous du seuil de la pauvreté, à un taux de prévalence du VIH/sida situé entre 11 et 13 % en milieu urbain et 3 à 5 % en milieu rural. En dépit des efforts déployés depuis 20 ans dans notre pays, l'épidémie continue de progresser à travers le territoire national et de s'intensifier

¹ Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement- Orientations 2003-2009.MSSS, 2002.

² Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (sida), cas cumulatifs 1979-2003 Mise à jour No 2003-1 au 30 juin 2003. MSSS, 2003.



dans le milieu rural où vit plus de 90 % de la population essentiellement agricole.

La Société Rwandaise est d'autant fragile face au fléau du VIH/sida que la guerre et la tragédie du génocide des Tutsi de 1994 et ses conséquences ont disloqué les familles, aggravé la pauvreté et ainsi accentué la vulnérabilité de plusieurs catégories de ses membres. En effet, pendant le génocide, il y a eu des massives et systématiques viols des femmes tutsi et la propagation du VIH/sida était l'une des armes du génocide. Les études faites par l'ONU/sida et le HCR ont montré que 17 % des femmes violées et qui ont accepté de faire le test étaient séropositives, comparé à 11 % des femmes non violées.

Le VIH/sida ne cause pas seulement des souffrances physiques et morales à l'individu, mais porte de graves atteintes aux droits de la personne, et cause aux individus, aux familles aux communautés et aux pays des dommages irréversibles.

1) Situation des femmes

Avec la progression de l'épidémie dans le monde, l'on remarque qu'il y a plus de femmes et de jeunes filles qui sont infectées que les hommes. En plus, le pourcentage le plus élevé des personnes qui meurent suite à l'infection au VIH/sida en Afrique Subsaharienne est constitué par les femmes. Celles-ci étant le pilier de la vie familiale, même quant elles sont malades, elles continuent à remplir leur rôle jusqu'à la dernière minute.

A part cette surcharge domestique qui incombe à l'état général déjà affaibli par la maladie, il y a aussi le facteur nutritionnel qui entre en jeu. En effet, suite aux problèmes de disponibilité alimentaire vécus par la majorité des pays en voie de développement, la femme se nourrit toujours quand tous les membres de la famille sont rassasiés. Ainsi, ce manque de repos, ajouté au manque de nutrition adéquate, accélèrent la mort de la femme séropositive.

En outre, les jeunes femmes sont beaucoup plus exposées que les jeunes hommes à l'infection au VIH/sida. Cela étant remarquable surtout dans les régions où la transmission du VIH est principalement hétérosexuelle.

Ce phénomène est dû à plusieurs facteurs, notamment le manque d'accès à l'éducation, le bas niveau socio-économique, les conditions de vie précaires, la vulnérabilité biologique, les violences sexuelles, etc... En effet, avec la décroissance progressive de nombreuses économies africaines, les femmes et les jeunes filles trouvent que les rapports avec les hommes peuvent constituer des occasions vitales d'obtenir la sécurité financière et sociale ou de satisfaire leurs aspirations matérielles créant ainsi une dépendance à l'égard des hommes. Cette dépendance, associée à la subordination culturelle et traditionnelle, fait qu'il n'est pas encore concevable aujourd'hui que les jeunes filles et les femmes puissent exiger des rapports sexuels protégés ou qu'elles puissent mettre fin à des relations comportant un risque d'infection.

L'inégalité ainsi créée dans les relations sexuelles entre les hommes et les femmes se révèle être un des plus importants facteurs qui alimente la crise de la pandémie du VIH en augmentant le nombre de relations sexuelles à risque.

2) Situation des enfants



Le Rwanda est l'un des pays au monde à avoir le pourcentage le plus élevé des enfants orphelins âgés de moins de 18 ans (17%), ceci étant le résultat de la guerre et du génocide des Tutsi de 1994.

Les décès suite à l'infection du VIH/sida ont contribué à accroître ces pourcentages. Parmi les enfants vulnérables, la situation des enfants chefs de ménages est très critique. Ces ménages tenus par les enfants sont de 120.000, avec une moyenne de 5 enfants par famille, parmi lesquelles 48 % sont âgés de moins de 18 ans.

Ces enfants Chefs des ménages sont exposés à l'infection au VIH/sida, car ils sont quelques fois victimes des abus sexuels. Quelques uns sont déjà infectés du VIH/sida. Il y a un rapport qui estime qu'en 2005, le nombre d'orphelins de mère et d'orphelins des deux parents aura atteint 200.000.

Les problèmes importants de ces groupes d'enfants consistent dans le manque d'accès aux services essentiels comme l'éducation, la santé, le guide parental et dans beaucoup de cas, l'assistance communautaire.

Réponses du Gouvernement du Rwanda

Face à la gravité de la situation, le Gouvernement Rwandais a mené des efforts de Sensibilisation, de création de centres de tests volontaires et de prévention de la transmission de Mère-Enfant, pour ne citer que ceux-là.

A peu près 100.000 patients au Rwanda ont besoin des anti-rétroviraux et 365.000 autres ont besoin d'un traitement des maladies opportunistes. Au cours de l'année 2004, le nombre de patients qui reçoivent des ARV est passé de 1.400 à 4.000 et les centres qui prescrivent ces ARV est passé de 8 à 20. L'on estime que ces centres seront au nombre de 51 d'ici décembre 2005. Aux centres de dépistage volontaire qui existaient s'est ajouté 49 autres.

Le programme de dépistage volontaire a été renforcé, puisque la mobilisation a été renforcée et les prix des AR V est passé de 300.000 FRW (528 US\$) à 10.000 FRW (18 US\$), mais ceux qui ont un revenu de moins de 50.000 FRW (88 US\$) par mois les reçoivent gratuitement.

Les plus hautes Instances du pays ont manifesté une grande volonté politique en s'impliquant dans la recherche des réponses appropriées tant au niveau national que dans le partenariat international contre le VIH/SIDA. En témoigne l'engagement personnel du Chef de l'Etat et de la Première Dame, concrétisé par le leadership qu'ils exercent dans ce secteur de lutte contre le VIH/sida.

En date du 4 novembre 2004, une réunion nationale regroupant les dirigeants du pays: le Président de la République, les Ministres et Secrétaires d'Etat, les Parlementaires, les Préfets, les Directeurs Etablissements Publics, les Maires de Districts et autres Hauts Cadres, a eu lieu pour les sensibiliser à plus d'engagement, d'implication et d'adhésion aux efforts visant à infléchir la pandémie du VIH/sida en intégrant des activités de lutte contre le VIH/sida dans les autres programmes des institutions, tout en prenant en compte de tous les aspects liés aux valeurs morales, sociales et spirituelles de l'homme et en soulignant la nécessité de mobiliser les moyens humains, matériels et financiers appropriés pour la lutte.



Dans les différents discours politiques, le volet « lutte contre le sida » est aussi évoqué.

Le Rwanda a déjà entrepris beaucoup d'actions dont notamment celles visant à aider les femmes affectées par les conflits telles que l'assistance financière pour les soins de santé, l'accès de ces femmes aux ARV, le leadership de la Première Dame pour dispenser les soins et les traitements des femmes rescapées du génocide, etc... A travers les projets de micro-finance, que la Première Dame du Rwanda a initié de garantie d'octroi de micro-crédits en faveur des veuves et des groupements des veuves du génocide infectées par le VIH/sida.

Concernant les enfants et les jeunes, il y a des clubs anti-sida dans plusieurs Etablissements scolaires, tant primaires que secondaires.

En collaboration avec le CDLS, certains ONGs interviennent dans l'assistance aux enfants orphelins et des enfants vivant avec le VIH/sida et fournissent à ces enfants des équipements scolaires, le minerval et les frais relatifs aux soins de santé sans oublier la prise en charge alimentaire.

La Politique Nationale du Gouvernement du Rwanda

La Politique Nationale de lutte contre le VIH/sida du Rwanda est l'expression de la volonté du Gouvernement Rwandais de définir clairement les bases et les orientations de ladite lutte suivant une philosophie, des valeurs, des principes et des approches, mais surtout des particularismes du Rwanda.

Cette Politique Nationale consiste à :

- Maintenir au rang des priorités nationales la lutte contre le VIH/sida ;
- Réduire les effets socio-économiques du VIH/sida dans le pays. Cet engagement tient compte des conditions particulières de la femme, des orphelins et des autres groupes vulnérables et notamment celles liées aux effets de la guerre et du génocide des Tutsi de 1994.

De ce qui précède, la lutte engagée contre le VIH/sida au Rwanda au niveau central, provincial et local se fait avec l'appui des plus hautes autorités politiques de l'État Rwandais et des Partenaires financiers dans une approche multisectorielle, décentralisée, pluridisciplinaire et communautaire. Cette lutte se concrétise :

- Au niveau du renforcement des mesures de prévention de la transmission par:

- L'appui à la mise sur pied de programmes de prévention adaptés aux réalités des groupes les plus vulnérables comme les femmes, les orphelins, les prostituées, les jeunes, les enfants non accompagnés, etc.. .
- l'extension de la décentralisation du Programme de Prévention de la transmission Mère-Enfant,
- l'accès au conseil dépistage Volontaire de qualité et gratuit dans le strict respect de la confidentialité et des droits des personnes.



- Au niveau du renforcement de la Qualité de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées par:

- l'accès à tous les médicaments vitaux pour la prophylaxie et le traitement des infections opportunistes associées au VIH/sida et leur intégration à la liste des médicaments essentiels,
- l'accès aux médicaments anti-rétroviraux dans les formations sanitaires publiques et privées en tant que partie intégrante du réseau continu de soins selon des stratégies nationales bien définies;
- l'accès au suivi médical du personnel exposé au risque de contamination accidentelle par le VIH/sida ;
- une grande implication des communautés et des praticiens à la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/sida ;
- la mobilisation d'une solidarité nationale pour le soutien des personnes infectées et affectées par le VIH/sida.

- Au niveau du renforcement des mesures de réduction de la pauvreté et de l'intégration de la dimension genre dans la lutte contre le VIH/sida par:

- le développement des activités génératrices de revenus,
- l'amélioration de l'accès des Personnes vivant avec le VIH/sida et leurs familles aux services divers comme l'emploi, les mutuelles de santé, la scolarisation, l'alphabétisation, l'accès aux crédits, etc... (il y a des projets dans 3 Provinces et la Ville de Kigali visant l'augmentation du pouvoir économique de la femme financés dans le cadre de lutte contre le VIH/sida)
- l'amélioration de l'accès des jeunes filles et des femmes aux opportunités socio-économiques;
- la Promotion de la protection juridique de la femme en général et des petites filles contre le viol, les sévices corporels, l'exploitation et la domination. (pour des raisons culturelles et d'inégalités socio-économiques entre les hommes et les femmes, des changements ont été introduits dans le code de la famille, par la loi n° 22/99 du 12/11/1999 complétant le livre premier du Code Civil et instituant la cinquième partie relative aux régimes matrimoniaux, aux libéralités et aux successions, donnant aux femmes le droit d'héritage de leurs parents, ce qui n'était pas légalisé avant. Par ailleurs, un certain nombre de lois protège les enfants contre les abus sexuels. La principale loi sur les questions de protection contre les abus sexuels est la loi n° 27/2001 relative aux droits et à la protection de l'enfant contre les violences).

Concernant les enfants affectés par le VIH/sida, la Politique nationale concerne la prise en charge de ces enfants, la prévention de la séparation et de la vulnérabilité en intervenant avant la mort des parents, les programmes de prévention en général et la protection des enfants.

La lutte contre le VIH/sida étant un vaste chantier national qui mobilise à la fois les ressources humaines qualifiées, les ressources physiques et matérielles, les prérogatives des différents intervenants ont été définies de façon claire afin d'éviter toute équivoque dans les rôles et attributions des uns et des autres. Ces intervenants sont: les décideurs politiques du



pays (Ministres, Parlementaires), les Comités interministériels (CIM/sida) et Comité sectoriel du Ministère, les Comités interentreprises, comités d'associations d'entreprises, cellule sida d'entreprises (au niveau centralisé et décentralisé), les Comités inter-organisations communautaires, comités sida du sous-secteur Associations/ONG, les Comités sida du sous-secteur religieux, Comité SIDA du sous-secteur des organisations de masses politiques et Comité sida de la Société Civile, CNLS, CPLS, CDLS, TRAC, GLIA, ainsi que les structures internationales d'appui financier.

Conscient de l'importance de la mobilisation de toute la communauté nationale et de la communauté internationale contre le fléau du VIH/sida et confiant dans l'engagement des acteurs nationaux et des partenaires internationaux, le Rwanda renouvelle son optimisme quant au succès de la lutte que nous sommes tous appelés à mener de concert.

d) Exemple de la France

L'IMPACT DU SIDA CHEZ LES FEMMES EN FRANCE

L'épidémie de sida frappe toujours davantage de femmes et de filles. Sur les 42 millions de personnes infectées dans le monde, la moitié sont des femmes. C'est dans les régions où les rapports hétérosexuels sont un mode dominant de transmission du VIH, comme en Afrique subsaharienne et aux Caraïbes, que le sida touche le plus gravement les femmes. Selon une récente enquête dans les ménages, les femmes adultes en Afrique subsaharienne ont 1,3 fois plus de risque d'être infectées par le VIH que leurs homologues masculins (ONUSIDA, 2004). C'est parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans que cette inégalité est la plus importante: leur risque d'être infectées est trois fois plus élevé que celui des jeunes hommes du même âge.

En France Le nombre de femmes contaminées par le virus du sida continue d'augmenter chaque année. Il y a 10 ans, on comptait 1 femme pour 7 hommes parmi les cas de sida, aujourd'hui on dénombre 1 femme pour 3 hommes.

Les premiers résultats de la notification obligatoire du VIH (BEH N° 24-25/2004 - 8 juin 2004) montrent que 43% des nouvelles contaminations et 58 % des contaminations par voie hétérosexuelle concernent des femmes. De plus, elles représentent 29% des personnes en stade sida.

Pourtant, les effets spécifiques de l'infection par le VIH et des traitements sur les femmes séropositives aux différentes périodes de leur vie restent très peu, voire pas étudiés.

Le nombre de diagnostics VIH chez les femmes est supérieur à celui observé chez les hommes dans les tranches d'âge 15-19, 20-24 et 20-29 ans. A partir de la tranche d'âge 30-34 ans, ce sont les hommes qui sont principalement concernés.

La contamination par rapports hétérosexuels concerne 80% des diagnostics VIH chez les femmes, c'est-à-dire la quasi-totalité des femmes pour lesquelles le mode de contamination est documenté. Parmi les cas de sida féminins, ce pourcentage est comparable (82%).

Chez les hommes, qu'il s'agisse des diagnostics VIH ou sida, les contaminations par rapports hétérosexuels et rapports homosexuels sont en proportions comparables.

L'usage de drogues concerne 13% des cas de sida chez les hommes et 9% chez les femmes, ce mode de transmission s'avère très minoritaire parmi les nouveaux diagnostics VIH en 2003/2004.



(source : INVS novembre 2004)

LES FACTEURS DE VULNERABILITE DES FEMMES FACE AU SIDA

La vulnérabilité des femmes face au VIH/sida est due à des facteurs biologiques, socio-économiques, culturels et juridiques. Elles ne sont pas toutes exposées au risque de contamination par le VIH au même degré. C'est l'addition de ces différents facteurs qui les rends plus vulnérables.

➤ **Les facteurs biologiques de vulnérabilité**

Le sperme est plus contaminant que le vagin et il peut rester plusieurs jours dans le tractus vaginal génital. Par ailleurs le vagin est tapissé d'une muqueuse importante et particulièrement perméable au VIH et aux IST (Infections Sexuellement Transmissibles).

Cette muqueuse est fragilisée :

- au moment des règles;
- par l'immaturation du col de l'utérus chez les jeunes femmes;
- après un accouchement;
- à la ménopause;
- par la présence des MST (dépistée tardivement car non visibles)
- lors des rapports sexuels non désirés, forcés ou violents (par manque de lubrification et présence de micro-lésions) ;

Cette vulnérabilité biologique est renforcée par le faible pouvoir de décision de certaines femmes en matière de sexualité, notamment dans la négociation d'un outil de protection.

➤ **Les facteurs socio-économiques, culturels et juridique**

- la dépendance économique;
- la précarité;
- la religion;
- le statut juridique
- les normes sexuelles qui régissent les rapports entre les hommes et les femmes.

Tous ces facteurs ont une influence directe sur la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels protégés et sont déterminants pour leur accès aux soins. La séropositivité est vécue dans une plus grande solitude, parfois dans le secret et la honte, surtout lorsque la contamination a été sexuelle.



La peur de la stigmatisation, du jugement des autres, de la perte de ses enfants, de sa position au sein d'une famille ou de la société constituent autant d'obstacle qui empêchent parfois tout recours aux dispositifs sanitaires, sociaux et associatifs. La possibilité de réduire les vulnérabilités et de renforcer les capacités des femmes à se protéger et prendre soin d'elles est étroitement liée à notre aptitude à régler les inégalités entre les sexes.

LES PROBLEMATIQUES LIEES A LA QUESTION FEMMES ET VIH/SIDA

➤ La négociation de rapports sexuels protégés

Beaucoup de femmes ont encore du mal à se prémunir contre le virus. La majorité d'entre elles ignorent le fait qu'elles constituent une population "à risque". Il est fréquent que lorsque l'homme refuse de mettre un préservatif, la femme accepte tout de même d'avoir une relation sexuelle.

Par ailleurs après un divorce, assez souvent les femmes de 40 ou 50 ans n'osent pas exiger de leur partenaire qu'il mette un préservatif. Après de longues années de vie conjugale beaucoup de ces quadra et quinquagénaires ne se sentent pas concernées par le VIH.

Depuis le début des années 1990, les femmes disposent d'un outil de protection et de contraception spécifique: le préservatif féminin. En France cet outil est disponible depuis 1999. En polyuréthane, matière hypoallergénique plus résistante que le latex, le préservatif féminin, appelé fémidon, est un dispositif intra vaginal en forme de gaine souple fermée à une extrémité, avec un anneau extérieur qui se pose sur la vulve. Utilisable avec tous types de lubrifiants, il présente l'avantage de pouvoir rester en place longtemps avant et après le rapport, ce qui permet aux femmes qui ont du mal à convaincre leurs partenaires masculins d'utiliser des préservatifs d'avoir une véritable autonomie et un véritable pouvoir de négociation. Chez les couples séro-différents il permet une prise en charge alternée de la prévention.

Néanmoins cet outil reste très peu exploité et méconnu du fait de son prix relativement élevé et de son aspect qui rebute un certain nombre de couples (l'anneau extérieur recouvre en partie la vulve et le clitoris). Par ailleurs la publicité est inexistante et il est quasiment absent des pharmacies et des grandes surfaces.

Quelle réponse apporter donc à celles pour qui l'abstinence, les préservatifs et la monogamie partagée ne sont pas des solutions possibles?

Quelles solutions pour les femmes séropositives qui veulent protéger leur partenaire sans nécessairement dévoiler leur statut sérologique?

Comment améliorer la qualité de vie des couples séro-différents pour qui les préservatifs finissent par constituer « une barrière » dans les rapports affectifs?

Le développement de la recherche sur les microbicides, substances qui, introduites dans le vagin ou le rectum réduisent de façon significative la transmission du VIH et autres IST pourrait être la solution.



Il n'existe cependant pas à l'heure actuelle de microbicides disponibles ayant fait la preuve de leur efficacité et de leur bonne tolérance. Une soixantaine de produits candidats sont à l'étude. Le soutien politique et financier au développement de la recherche sur les microbicides est une urgence de santé publique, dont les autorités devraient prendre la mesure!

➤ **La prise en compte des femmes dans la recherche médicale**

Malgré les recommandations des experts et le combat mené par les associations pour la prise en compte des spécificités féminines dans le suivi des femmes infectées par le VIH cela reste pour beaucoup d'entre elles complètement aléatoire. Trouver un gynécologue formé au VIH relève parfois de l'exploit!

Adapter l'organisation des soins et la qualité de la prise en charge des personnes aux nouvelles caractéristiques de l'épidémie et assurer une équité sur tout le territoire est primordial.

Les effets de l'infection par le VIH et des traitements sur les femmes séropositives aux différentes périodes de leur vie (de la puberté à la ménopause) restent très peu, voir pas étudiés.

Il est pourtant nécessaire que leurs spécificités soient prises en compte dans la recherche et dans l'octroi des autorisations de mise sur le marché des médicaments.

Le fait d'être une femme ou un homme entraîne des différences, sur le plan biologique et dans la manière dont les femmes et les hommes vivent la maladie; dans leurs interactions respectives avec le système de santé et dans les facteurs de risque qui menacent leur bien-être.

C'est en tenant compte de ses différences que les programmes de prévention et de prise en charge médico-sociale répondront aux besoins des femmes en matière de santé.

Les revendications portent donc sur :

- l'adaptation des doses de médicaments au poids et au métabolisme des femmes (en tenant compte des interactions avec le système hormonal, avant et après la ménopause) ;
- les différences d'effets indésirables selon le sexe, pour chaque antirétroviral ;
- les interactions entre traitements anti-VIH et autres médicaments pris par les femmes (notamment la contraception orale) ;
- les effets de l'infection par le VIH et des traitements sur le système hormonal, le cycle, la sexualité ;
- le risque d'ostéoporose, aggravé par l'infection par le VIH et par certains antirétroviraux ; etc.

3.4. S'unir par-delà les frontières, les secteurs et les enjeux



Des réussites, dans la lutte pour les droits et pour la réforme du droit, viennent de larges alliances et d'une société civile active. Les organismes nationaux et internationaux de femmes ont une histoire et une expérience riches en activisme efficace et en victoires sur le plan des droits. En reconnaissant les liens entre l'inégalité des sexes et le VIH/sida, il est important de bâtir des ponts entre les organismes qui travaillent sur le front de l'égalité des sexes et ceux qui luttent contre le VIH/sida. Ces nouveaux partenariats peuvent cibler les processus (les moyens d'aller de l'avant) ou le contenu (les problématiques) et s'enrichir les uns les autres.

On a beau observer, dans l'arène internationale, une certaine reconnaissance (la plus visible venant du programme de l'ONUSIDA) des liens entre le VIH/sida et l'inégalité des sexes, le VIH/sida demeure encore largement ghettoisé lorsqu'on observe le secteur de la santé. Cela met en relief une dissonance continue entre les activités qui concernent « les sexes » et celles qui s'attaquent au VIH/sida - ce qui est malheureux à une époque où le partenariat doit continuer de s'approfondir et de s'élargir. Notamment, il doit aller au delà des questions de santé des femmes et de droits sexuels et génésiques, pour englober aussi les préoccupations liées au développement et de droits de la personne (en particulier socio-économiques). À cela est inhérente une insistance plus prononcée sur les expériences et les situations des femmes (et des hommes) du monde en développement qui vivent directement sous le spectre de l'épidémie et qui comptent le plus sur les normes internationales en vue d'arriver à exercer une influence dans leur pays.

Les stratégies axées sur les droits, au niveau communautaire, local, national ou international, peuvent aider à réduire l'inégalité entre les sexes ainsi que la vulnérabilité des femmes au VIH/sida. Le défi est de trouver les partenariats stratégiques adéquats et de réussir les interventions appropriées à chaque contexte national ou international.

Dans la cible 7 des objectifs du millénaire il est prévu d'ici à 2015 de stopper la propagation du VIH/sida et de commencer à inverser la tendance actuelle.



4. Conclusion

L'ampleur et la complexité de la crise du VIH/sida dans les pays de l'espace francophone ont enfin suscité une prise de conscience des vulnérabilités et besoins des femmes de l'espace francophone en particulier. Cependant, on constate que l'augmentation continue des taux d'infection chez les femmes à l'échelle mondiale nous rappelle la triste réalité : si des mesures doivent être prises d'urgence en Afrique, le problème dépasse de loin les frontières de ce continent. La discrimination quant à elle intervient lorsqu'on fait une distinction entre les personnes qui a pour effet que ces individus sont traités de manière inégale et injuste parce qu'ils appartiennent, ou parce qu'ils sont considérés comme appartenant à un groupe particulier. La non discrimination est reconnue comme un droit fondamental de l'homme. La discrimination est interdite par des clauses relatives aux Droits de l'homme reprises dans les constitutions et lois de plusieurs pays. Elle est également prohibée par divers instruments internationaux universels ou régionaux des droits de l'homme. En dépit de l'existence des différents instruments internationaux, les femmes continuent de faire l'objet de discriminations, ce qui constitue une flagrante violation des principes de l'égalité des droits et du respects de la dignité humaine.

L'APF en tant qu'organe consultatif peut être en première ligne et plaider pour faire avancer la lutte contre le VIH/SIDA.

Par ailleurs les connaissances du terrain des parlementaires francophones peuvent permettre d'agir concrètement en matière de prévention et de soutien aux populations de l'espace francophone.

Notre mot d'ordre, au delà du rôle qui nous est imparti en tant que parlementaires, est de toujours et toujours dire un mot sur la pandémie du sida à chacune de nos prises de paroles en public.

Comme j'aime à le dire et sans exclusive car il existe des problèmes spécifiques aux femmes « qui mieux qu'une femme peut parler du sida à une autre femme » et de manière très égoïste « préservez votre santé mes sœurs car elle m'est très précieuse, si la maladie vous décime qui votera encore pour moi, qui fera pencher la balance ».

Il est en outre nécessaire d'intégrer effectivement la femme dans les politiques de lutte contre le VIH/SIDA et d'aborder le débat sur les discriminations de la femme dans un esprit de collaboration plutôt que de confrontation.

La diversité des genres devrait être un atout et non pas un obstacle dans la lutte contre le VIH/SIDA

Les progrès dans le domaine de l'équité entre les hommes et les femmes demandent un leadership courageux, une législation soigneusement rédigée, des activités de sensibilisation menées avec énergie et un investissement en ressources important.



Références bibliographiques: Pour obtenir les données de décembre 2004 sur la pandémie, voir l'ONUSIDA, "AIDS Epidemic Update 2004" (Genève : ONUSIDA, 2004), consulté en ligne à www.unaids.org/wad2004/report.html, le 29 novembre 2004.

ONUSIDA, UNFPA et UNIFEM, *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis* (Genève et New York : ONUSIDA, UNFPA et UNIFEM, 2004), consulté en ligne à www.unfpa.org/hiv/women/report/, le 29 novembre 2004

ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004* (Genève : ONUSIDA, 2004).

Lori Ashford et Haruna Kashiwase, *L'écart de santé entre les riches et les pauvres : Données sur les femmes et les enfants de 53 pays en développement* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2004).

Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement- Orientations 2003-2009.MSSS, 2002.

Lori Ashford et Donna Clifton, *Les femmes de notre monde 2005* (Washington, DC : Population Reference Bureau, 2005).

Annexes : Statistiques et tableaux 2005 population Référence Bureau sources Onusida

