

Inquiétudes féminines :

les **femmes** et  
le **VIH/SIDA**  
dans les médias

## Women's Edition

Women's Edition (Les cahiers de la femme), projet mondial du Population Reference Bureau (PRB), regroupe les rédactrices en chef et réalisatrices de la presse parlée les plus influentes du monde entier, pour examiner et rendre compte des questions ayant une incidence sur la santé et la condition des femmes. Women's Edition a été lancé en 1993 et bénéficie actuellement du financement de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) par le biais du projet *MEASURE Communication*.

En 2000, les rédactrices de Women's Edition ont été choisies parmi un groupe de candidates des plus qualifiées. Ce dernier représente dix pays et un public de quelque 25 millions d'auditrices et de lectrices au total.

La mission de Women's Edition consiste à éclairer le décisionnel politique par une couverture médiatique exacte et opportune, reflétant les besoins et l'optique des femmes. En informant des millions de femmes dans les pays en développement sur les questions qui les touchent, Women's Edition s'efforce également d'orienter le débat public sur ces questions et d'aider les femmes à prendre des décisions circonstanciées sur celles qui ont trait à leur existence.

Les journalistes de Women's Edition se réunissent deux fois par an, pour des colloques d'une semaine, afin d'étudier les questions relatives à la santé de la reproduction et autres thèmes connexes, rencontrer des experts et cerner les stratégies pour assurer une couverture médiatique vigoureuse sur ces questions. Leur dernier colloque a porté sur l'incidence du VIH/SIDA sur les femmes. Les émissions et les suppléments de cette série, produits et réalisés par les rédactrices de Women's Edition, découlent de ce colloque. Ils comprennent notamment des encarts dans les quotidiens, des reportages spécialisés, des articles analytiques, des éditoriaux et des émissions-débat.

Women's Edition s'efforcent également de renforcer les capacités institutionnelles de la presse écrite et parlée. Les journalistes y relatent, pour leurs collègues, leurs expériences, par l'intermédiaire d'associations locales de journalistes. Elles prononcent des allocutions lors de conférences, elles organisent et offrent des cours de formation sur les thèmes étudiés pendant les colloques.

## Membres 2000

Gabriela Adamesteanu, 22, Roumanie

Harikala Adhikary, « Milijuli » et *Gorkhapatra*, Népal

Thaís Aguilar, Servicio Especial para Noticias de la Mujer (SEM), Costa Rica

Sarah Akrofi-Quarcoo, Ghana Radio News, Ghana Broadcasting Corporation et *Daily Graphic*, Ghana

Josefina (Pennie Azarcon) Dela Cruz, *Sunday Inquirer Magazine*, *Philippine Daily Inquirer*, Philippines

Lemlem Bekele Woldemichael, Radio Ethiopia, Ethiopie

Judith Hadonou-Yovo, La Chaîne 2, Bénin

Eunice N. Mathu, *Parents*, Kenya

Sathya Saran, *Femina*, Inde

Nawal Sayed Mostafa, *El Akhbar*, Egypte

Sara Adkins-Blanch, Women's Edition, PRB, Etats-Unis

## Le PRB : en bref

Fondé en 1929, le PRB est le principal fournisseur d'informations opportunes et objectives sur les schémas démographiques tant américains qu'internationaux et leurs incidences. Le PRB assure l'information des décideurs, des éducateurs, des médias et des citoyens œuvrant dans le cadre d'activités d'intérêt général, dans le monde entier. Le PRB est un organisme non partisan, à but non lucratif. Le projet *MEASURE Communication* est destiné à produire des informations exactes et opportunes sur la démographie, la santé et la nutrition dans les pays en voie de développement, avec, pour objectif ultime, l'amélioration des politiques et des programmes en la matière.

Inquiétudes féminines :

les **femmes** et  
le **VIH/SIDA**  
dans les médias

**Table des matières**

Préface .....	2
Tour d'horizon mondial : le visage changeant du VIH/SIDA .....	3
<b>La vulnérabilité spécifique des femmes face au VIH/SIDA .....</b>	<b>6</b>
Les femmes et le SIDA : bonne conduite ne signifie pas bonne santé .....	7
Etes-vous séropositive ? Les femmes à risque .....	9
Femme et africaine : l'angoisse .....	10
Mener sa barque .....	12
<b>Transmission mère-enfant .....</b>	<b>13</b>
Rapport sur le SIDA .....	14
VIH/SIDA – silence et surdité : l'hôpital de Hlabisa .....	15
<b>Les jeunes et le VIH/SIDA .....</b>	<b>16</b>
Problèmes actuels .....	17
Séropositive ou pas ? .....	18
<b>Migration et VIH .....</b>	<b>19</b>
Les Philippines et le SIDA : cela pourrait vous arriver .....	20
VIH/SIDA – silence et surdité : l'Afrique rurale .....	22
Améliorons nous-mêmes nos comportements .....	23
<b>Vivre avec le VIH ou le SIDA .....</b>	<b>24</b>
Séropositif, la vie continue .....	25
VIH/SIDA : rompre un autre silence .....	27
Florence, séropositive : le visage du courage et de l'espoir .....	29
<b>Références .....</b>	<b>31</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>32</b>

## Préface

Dans de nombreux pays, le VIH/SIDA représente la situation d'urgence la plus mortelle et la crise socio-économique et sanitaire la plus grave de tous les temps modernes. Ce virus possède de nombreux alliés. Notamment, le silence et la dénéga-tion ont alimenté sa transmission. Et tout comme les interdits culturels et religieux entravent tout débat explicite sur les pra-tiques et les orientations sexuelles, y com-pris l'utilisation de contraceptifs, la honte et la culpabilité taisent ce virus transmis principalement par les contacts sexuels. Nombre de gouvernements ont tardé à reconnaître la crise et à formuler des pro-grammes et des interventions pour stopper la progression de l'épidémie.

La pauvreté en est une autre alliée puissante. Les plus nantis peuvent se pro-curer les traitements onéreux contre le SIDA pour prolonger leur existence, alors que les démunis de notre monde, dont la majorité sont des femmes<sup>1</sup>, meurent en nombre record. L'une des plus grandes dif-ficultés de l'épidémie se trouve dans les profondes répercussions de l'épidémie sur la vie des femmes, dénuées d'autonomie et de poids social, donc impuissantes à refu-ser les comportements à risque ou à négocier les précautions les plus fonda-mentales contre cette maladie. Les femmes et les filles sont les principales prestataires de soins aux malades et aux mourants, alors même qu'elles doivent être soignées.

Cette publication « *Inquiétudes féminines* », la cinquième d'une série réalisée par le projet de Women's Edition du Popula-tion Reference Bureau (PRB), analyse l'impact de l'épidémie sur les femmes et

les filles, dans l'optique des journalistes femmes (cf. description de Women's Edi-tion, deuxième de couverture). En juillet 2000, le PRB a réuni en colloque les jour-nalistes chevronnées de dix pays pour débattre des femmes et du VIH/SIDA, avant la 13e Conférence internationale sur le SIDA, à Durban en Afrique du Sud. Ces journalistes ont ensuite rédigé des supplé-ments spéciaux, publiés dans leurs quoti-diens et leurs revues, ainsi que des émis-sions radio mettant en évidence les éléments locaux et internationaux de l'épi-démie. Vous trouverez ci-dessous des extraits de ces suppléments et émissions.

Les articles et les textes des émissions sont résumés et présentés en cinq sec-tions, chacune précédée d'une introduc-tion. Ces sections portent sur les thèmes spécifiques étudiés par les journalistes. La première section aborde la question de la vulnérabilité des femmes face au VIH et est suivie de sections sur la transmission du virus de la mère à l'enfant, les jeunes, les migrants, comment vit-on lorsque l'on est séropositive ou sidéenne. Tous ces articles proviennent d'horizons culturels différents. Ils soulignent toutefois tous le fait que l'assujettissement économique des femmes par rapport aux hommes, ainsi que l'acceptation sociétale de règles diffé-rentes de comportement pour les hommes et pour les femmes décuplent la vulnérabi-lité des femmes et alourdissent pour elles la charge de l'épidémie. Ces articles souli-gnent également le rôle incombant aux média pour lever la chape de silence et de dénéga-tion qui pèse sur cette maladie. ■

## Tour d'horizon mondial : le visage changeant du VIH/SIDA

Pour certains groupes et certaines communautés du monde entier, la pauvreté et l'impuissance sont synonymes de risques décuplés de séropositivité, et l'épidémie du SIDA touche de plus en plus les femmes, les jeunes et les pauvres<sup>2</sup>. Les femmes se trouvent dans une situation précaire en raison de la conjugaison de facteurs biologiques, économiques et sociaux, et cette vulnérabilité est encore accrue chez les filles. Fin 2000, les femmes représentaient quelque 47 % des plus de 36 millions d'adultes séropositifs ou sidéens, et plus de 90 % des adultes touchés se trouvaient dans les pays en développement<sup>3</sup>. La séropositivité touche toutes les tranches d'âge, mais la moitié des nouveaux cas touche des jeunes de 15 à 24 ans<sup>4</sup>. Dans les pays africains, le nombre de jeunes femmes séropositives est le double de celui de jeunes hommes séropositifs<sup>5</sup>.

Le risque pour les femmes progresse dans les pays relativement développés et les pays moins développés, et les difficultés les plus profondes surgissent dans les pays les moins à même de faire face à l'épidémie. En Espagne, le pourcentage de femmes sur les cas de SIDA recensés est passé de 7 % (1985) à 19 % en 1995<sup>6</sup>. L'augmentation est encore plus grave au Brésil : en 1986, l'on comptait 16 hommes malades pour une femme atteinte. En 1997, l'on comptait trois hommes atteints pour chaque femme séropositive<sup>7</sup>. En Afrique, le continent le plus durement touché par l'épidémie, 12 femmes sont séropositives pour 10 hommes atteints<sup>8</sup>.

La plupart des femmes séropositives ou sidéennes contractent la maladie au cours de rapports sexuels sans protection avec leurs partenaires masculins. C'est particulièrement le cas en Afrique, ainsi qu'en Asie du Sud et du Sud-Est<sup>9</sup>. Les injections intraveineuses de stupéfiants et les transfusions sanguines sont également en cause. Toutefois, dans de nombreux cas, la

transmission s'inscrit dans une longue chaîne de contamination amorcée lorsque les maris ou petits amis contractent le virus par injection, des relations sexuelles avec des travailleuses du sexe ou d'autres partenaires sexuelles ou encore des relations sexuelles avec d'autres hommes. C'est le cas en Inde, où un taux d'infection élevé chez les travailleuses du sexe et leurs clients masculins s'est répercuté par une vague de séropositivité chez les épouses de ces derniers<sup>10</sup>. Dans de nombreux endroits, la migration semble avoir contribué profondément à la progression de l'épidémie<sup>11</sup>. Lorsque les travailleurs et travailleuses migrants quittent leurs époux, épouses et partenaires sexuels, pour aller travailler dans une autre ville ou un autre pays, ils établissent de nouveaux contacts sexuels qui multiplient les risques de transmission du VIH.

Les risques de transmission du SIDA par des contacts sexuels non protégés sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes, pour des raisons biologiques. Les parois intérieures du vagin de la femme et du col de l'utérus ont des muqueuses qui offrent un environnement propice à la transmission<sup>12</sup>. Les muqueuses sont des tissus minces que les virus traversent, notamment le VIH, pour atteindre les capillaires<sup>13</sup>. En outre, un sperme séropositif contient une plus forte concentration virale que les glandes sexuelles de la femme. Les femmes sont également plus susceptibles que les hommes de contracter d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) qui, si elles ne sont pas traitées, multiplient les risques de séropositivité. Toute déchirure ou saignement pendant les rapports sexuels, provoqué par des rapports sexuels contraints ou une excision, décuple également les risques de transmission. Les risques de contamination du SIDA sont encore plus élevés chez les jeunes femmes dont le col de

*Le SIDA, une épidémie au visage de plus en plus féminin, de plus en plus jeune, de plus en plus pauvre.*

l'utérus est encore immature et offre une moindre résistance aux infections.

Parallèlement, toutefois, les taux élevés de séropositivité chez les femmes et les filles sont moins d'ordre biologique et davantage d'ordre sociétal (pouvoir et domination) masculin/féminin. La vulnérabilité des femmes à la séropositivité est intensifiée par leur assujettissement économique ou social aux hommes. Comme le relève Martin Foreman, rédacteur en chef de *AIDS and Men*, ce sont généralement les hommes qui « décident s'il y a relation sexuelle ou pas et avec ou sans préservatif »<sup>14</sup>. Dans les situations de dépendance économique, la capacité de la femme à exiger l'utilisation d'un préservatif devient encore plus difficile. Si la femme refuse le rapport sexuel ou exige l'utilisation d'un préservatif, elle risque la violence ou d'être soupçonnée d'infidélité. Elle pourra même être abandonnée ou chassée du foyer. Les violences sexuelles, notamment le viol et les brutalités sexuelles, constituent un danger spécifique pour la santé reproductive des femmes et des filles et décuplent le risque de transmission du VIH.

En outre, le visage du SIDA est de plus en plus jeune. Selon le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), la moitié de tous les nouveaux cas de SIDA dans le monde entier sont chez des jeunes de 15 à 24 ans<sup>15</sup>. Les filles sont particulièrement vulnérables à la transmission du SIDA par voie sexuelle car elles ne sont pas informées et ne possèdent ni la confiance ni les ressources pour décider d'utiliser un préservatif, ou de négocier son utilisation ou encore d'autres questions sexuelles.

L'incidence accrue du VIH/SIDA chez les jeunes femmes a abouti à une transmission accrue du virus par la mère à l'enfant, puisqu'un nouveau-né peut contracter le virus pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement<sup>16</sup>. La transmission de la

mère à l'enfant est, et de loin, le mode le plus courant de transmission du SIDA chez les enfants de moins de 15 ans<sup>17</sup>. Depuis le début de l'épidémie, quelque 4,3 millions d'enfants de moins de 15 ans sont morts du SIDA, dont plus de la moitié en 2000<sup>18</sup>. En outre, 1,4 million d'enfants sont aujourd'hui séropositifs<sup>19</sup>. La plupart d'entre eux mourront avant d'avoir atteint l'adolescence.

La transmission du VIH ne se limite pas aux pauvres, mais la pauvreté a contribué à sa progression en créant un facteur supplémentaire de vulnérabilité. La grande majorité, environ 94 %, des séropositifs et des sidéens, fin 2000, se trouvait dans les régions moins développées<sup>20</sup>, où une grande partie des économiquement faibles sont des femmes<sup>21</sup>. Une part disproportionnée du fardeau de l'épidémie revient à l'Afrique sub-saharienne. Soixante-dix pour cent des adultes séropositifs ou sidéens dans le monde vivent en Afrique<sup>22</sup>. Dotés de minces moyens financiers, les économiquement faibles sont souvent marginalisés politiquement et socialement, et ont un accès restreint aux services et aux informations sanitaires. Les femmes économiquement faibles adoptent éventuellement des comportements qui les exposent à la transmission du VIH, notamment l'échange de services sexuels contre de la nourriture, un abri ou de l'argent pour assurer leur existence et celle de leurs familles.

Pour s'occuper des racines causales de la rapide progression du SIDA, les programmes de prévention adoptent des démarches sexospécifiques tenant compte des facteurs socio-économiques et juridiques qui alimentent l'épidémie. Ces programmes visent à améliorer l'accès des femmes aux informations et aux services. Toutefois, et c'est plus important, ils s'efforcent de produire des changements structurels pour éliminer l'inégalité du pouvoir entre les hommes et les femmes. Dans les

quelques pays dotés de programmes sur les femmes et le SIDA, l'accent reste mis sur l'éducation, les consultations, la réduction du nombre de partenaires sexuels, la promotion des préservatifs masculins et la monogamie. Malheureusement, les messages destinés aux femmes méconnaissent souvent ces inégalités de pouvoir qui empêchent les femmes de tirer parti, activement, de la plupart de ces options.

Les programmes couronnés de succès visent également à donner aux femmes leur autonomie économique. Les activités de prévention du SIDA sont plus souvent liées à des programmes destinés à appuyer l'indépendance économique des femmes, grâce à des activités de formation, des programmes de crédit, des plans d'épargne et les coopératives féminines. D'autres encore sont destinés à développer les stratégies de communication pour permettre aux jeunes de parler plus librement de divers sujets : IST, VIH/SIDA, recours aux préservatifs et comportements sexuels. En Ouganda, les pouvoirs publics et les chefs religieux, ainsi que les organisations de développement communautaire et autres ont mis au point une campagne visant à réduire la transmission du VIH. « Straight Talk », une fondation à but non lucratif basée à Kampala, produit une émission de radio hebdomadaire qui touche plus d'un million cinq cent mille jeunes auditeurs et qui offre des techniques de communication pour se sortir de situations sexuelles difficiles.

D'autres interventions encore engagent à la participation communautaire. Les Népalaises, victimes de la traite des femmes pour les maisons closes de Bombay, Delhi et Calcutta en Inde, courent des risques particulièrement élevés de transmission du VIH. Le projet Maiti au Népal offre des cours d'éducation générale et de formation professionnelle, et des services d'appui et de conseil aux filles qui ont

échappé à leurs trafiquants ou qui courent le danger d'être vendues.

Il reste beaucoup à faire dans les tranchées de la médecine. De nouveaux médicaments, inhibiteurs du SIDA déclaré, permettent à nombre de séropositifs de vivre plus longtemps et de réduire la transmission mère-enfant du VIH. Ces médicaments antirétroviraux sont toutefois onéreux et ne sont pas à la portée de la grande majorité des malades. De la même manière, des progrès ont été réalisés dans le domaine des méthodes de contraception, notamment le préservatif féminin, qui protègent du VIH et des autres IST, et qu'une femme est en mesure de maîtriser. Toutefois, de nombreuses femmes des pays moins développés n'ont pas accès à ces technologies. Dans l'intervalle, les recherches se poursuivent dans le domaine des crèmes, émulsions ou gels virucides, permettant aux femmes de se protéger sans avoir à obtenir la coopération de leurs partenaires sexuels.

L'incidence du VIH/SIDA va au-delà de l'existence des séropositifs et des sidéens. Il transforme la dynamique communautaire, sape la structure familiale et menace l'existence même des générations futures. D'expérience l'on sait qu'une information de qualité et l'investissement de toutes les strates de la société, constituent la clef de l'endigement du virus. Des stratégies efficaces exigent également l'engagement sans réserve des pouvoirs publics, une action sociale solide des services de santé publique et la participation de l'industrie pharmaceutique. Les efforts nationaux couronnés de succès ont mis l'accent sur l'accès généralisé aux soins et aux médicaments, l'engagement politique et un comportement sexuel sérieux des femmes et des hommes. Il s'agit là des éléments clés pour stopper la progression de l'épidémie. ■

***Une information solide et l'engagement de tous les niveaux de la société sont indispensables pour stopper la progression du virus.***

# LA VULNÉRABILITÉ SPÉCIFIQUE DES FEMMES PAR RAPPORT AU VIH/SIDA

L'incidence profonde du VIH/SIDA sur la vie des femmes constitue aujourd'hui l'une des préoccupations les plus graves dans le domaine de la santé de la reproduction. La conjugaison de certains facteurs sociaux, économiques et biologiques, en plus des politiques préjudiciables aux droits des femmes, décuple la vulnérabilité des femmes face à cette maladie dont le mode de transmission le plus courant reste le contact sexuel.

Les femmes sont particulièrement vulnérables au VIH à deux égards. Leurs particularités anatomiques rendent la transmission du virus, par des contacts sexuels, sensiblement plus opérante de l'homme à la femme que l'inverse. Plus grave encore : leur privation de pouvoir, leur vassalité et leur pauvreté viennent saper l'aptitude des femmes à se protéger des risques.

Le Programme d'action, adopté par les gouvernements lors de la 4e Conférence mondiale sur les femmes, à Beijing, en 1995, prend acte de leur statut social inférieur, point d'ancrage de leur vulnérabilité au VIH<sup>23</sup>. Le comportement individuel reste, certes, à l'origine de la progression de l'infection, toutefois les mesures de prévention sont souvent hors de portée des femmes. Leur incapacité à revendiquer des rapports protégés, l'acceptation sociétale de normes de comportement différentes pour les hommes et pour les femmes et l'assujettissement économique de ces dernières aux hommes, restreignent souvent leurs options. C'est pourquoi les femmes mariées, qu'elles soient monogames ou pas, constituent le groupe de femmes les plus exposées au risque de séropositivité<sup>24</sup>. Puisque la plupart des femmes atteintes sont en âge de procréer, elles courent le risque réel de transmettre le VIH à leurs enfants. En qualité de mères, de filles, d'épouses, de grand-mères, de sœurs et de tantes, les femmes prennent également soin des membres de leurs familles, mourants, et de leurs enfants, orphelins du SIDA.

Selon les experts et les institutions de la santé, il conviendrait, dans le cadre de la lutte contre le virus, de tenir compte de la situation et de la

Cette photograph n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

condition sociales spécifiques aux hommes et aux femmes. Les gouvernements et les organismes bailleurs de fonds renforcent leur appui aux groupements de défense des droits des femmes, notamment le droit de maîtriser les questions ayant trait à leur sexualité et d'en décider en toute liberté et responsabilité.

Le Programme d'action de Beijing le précise : ce droit englobe la capacité de choisir des méthodes de planification familiale sans danger, efficaces et abordables et d'avoir accès aux services d'information et de soins appropriés. Les experts de la santé de la reproduction en conviennent dans l'ensemble, il est absolument nécessaire de valoriser l'accès, dans la contraception, aux méthodes de barrière, dont le contrôle revient aux femmes. A cette fin, il conviendra de faciliter l'accès aux préservatifs féminins, de les rendre plus abordables et de mettre au point des microbicides vaginaux, crèmes, émulsions et gels virucides. L'éducation des garçons et des hommes afin de les amener à adopter des comportements sexuels responsables constitue également un objectif.

## Les femmes et le SIDA : bonne conduite ne signifie pas bonne santé

par Pennie Azarcon Dela Cruz

Être une femme « honnête », selon la définition qu'en donne la société, peut éventuellement être dangereux pour la santé, tout du moins lorsqu'il s'agit du SIDA. Selon les experts, sa passivité, sa docilité et sa naïveté en matière sexuelle, ainsi que son acception tacite des écarts sexuels de son partenaire, la rendent plus vulnérable au VIH, le virus du SIDA.

Dans mon pays, selon les déclarations du Dr Consorcia Lim-Quizon, responsable du recensement des cas de VIH/SIDA, sur les 1 390 séropositifs philippins déclarés de janvier 1984 à juin 2000, 547 sont des femmes et 836 des hommes. Les rapports hétérosexuels restent le principal mode de transmission pour 818 cas sur 1390. Pour 241 cas il s'agissait de relations homosexuelles, suivies de rapports bisexuels (71), transmission périnatale (19), sang ou produits sanguins (13), injection de stupéfiants (6) et piqûres d'aiguille (3).

Selon le Dr Quarraisha Abdool Karim du Conseil de la recherche médicale d'Afrique du Sud, la constitution génétique des femmes constitue un plus grand risque de contamination par rapport aux hommes et ce, pour plusieurs raisons. Les organes génitaux féminins ont une plus grande surface exposée de muqueuses, pouvant subir des déchirures pendant les rapports sexuels, constituant des points d'entrée du virus. Chez les filles, le risque de micro lésions des organes génitaux est plus grave en raison de défenses moindres et de l'immaturité des tissus vaginaux et du mucus cervical.

Financièrement dépendantes de leurs maris, rares sont les femmes qui peuvent négocier des rapports sexuels protégés par peur d'attirer des coups et blessures, la méfiance et les reproches, l'abandon ou le retrait de tout appui financier. Ainsi, les

femmes restent passives, sans s'affirmer, dans le domaine des rapports sexuels.

La dépendance économique amène également les femmes à subir les rapports sexuels contraints, le mariage précoce et l'inceste, produisant tous d'éventuelles déchirures vaginales et exposant les jeunes femmes au VIH. Pour ces mêmes raisons, la plupart des femmes acceptent les aventures extra-conjugales de leurs partenaires alors même qu'elles les mettent en danger. La plupart des cas de séropositivité proviennent des rapports hétérosexuels entre des femmes monogames et leurs époux infidèles.

Les facteurs culturels aggravent les risques de transmission du SIDA, ajoute Nonhlanhla Makhanya, directrice de la recherche du Health Systems Trust (Afrique du Sud). « Dans de nombreuses cultures, les femmes ne sont pas censées être plus averties que leurs maris, particulièrement lorsqu'il s'agit de questions sexuelles », dit-elle. Elle se souvient avoir interviewé des camionneurs interurbains sur l'utilisation des préservatifs. Il s'est avéré qu'ils utilisaient des préservatifs pour les rapports sexuels occasionnels si les agents d'éducation sanitaire le leur recommandaient. « Mais ils le refusaient si leur épouse le leur demandait par crainte que leurs épouses ne se croient plus intelligentes qu'eux », ajoute Mme Makhanya, incrédule.

Et Geeta Rao Gupta, de l'International Center for Research on Women, basé à Washington, ajoute : « Dans de nombreuses sociétés, les femmes « honnêtes » sont censées ne rien savoir sur le sexe et rester passives au cours des rapports sexuels. Ce qui empêche les femmes de s'informer sur la réduction des risques, ou même si elles sont informées, elles ne

*A l'origine de la vulnérabilité des femmes : la faiblesse de leur statut social.*

**« Nous n'obtiendrons aucun progrès dans la lutte contre le SIDA tant que les femmes n'auront pas le contrôle de leur sexualité ».**  
–Dr Gro Harlem Brundtland, directeur général de l'OMS

peuvent négocier proactivement des rapports protégés ».

Dans de nombreuses cultures, les femmes ne sont pas censées parler, ni décider, de leur sexualité, le fait donc de suggérer l'utilisation de préservatifs est hors de question. Elles sont également censées faire confiance aveuglément à leur époux. Les sentiments d'amour et de confiance paralysent souvent les femmes et les empêchent de percevoir les risques réels, de prendre des mesures préventives et de rechercher des rapports sexuels protégés.

Dans certaines sociétés, les femmes ne peuvent refuser que leurs maris aient plusieurs partenaires sexuelles car c'est une pratique culturelle acceptée. Dans certaines cultures, les hommes sont convaincus que les rapports sexuels avec de jeunes vierges peuvent les guérir des IST et du VIH.

Lors de la Conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue à Durban (Afrique du Sud) en juillet 2000, plusieurs suggestions ont été présentées pour atténuer les risques de SIDA pour les femmes, notamment :

- améliorer l'accès des filles à l'éducation et à l'information afin de leur offrir davantage d'options économiques et les empêcher ainsi de tomber dans la prostitution ;
- mettre au point des méthodes de prévention maîtrisées par les femmes, par

exemple les préservatifs féminins et les microbicides (des produits qui empêchent le virus du SIDA de pénétrer dans le corps par le vagin) ;

- aborder la question du désir d'enfants en mettant au point des microbicides qui ne seront pas des spermicides ;
- affermir l'indépendance économique des femmes en multipliant et en renforçant les possibilités de formation, les programmes de crédit, les plans d'épargne et les coopératives féminines, et en les conjuguant à des activités de prévention du SIDA ;
- intégrer les services de traitement des IST dans les services de planification familiale, pour que les femmes puissent y avoir accès sans craindre l'opprobre sociale ; et
- élaborer des normes sociales plus sûres en appuyant des groupements féminins et des organisations communautaires qui remettront en question les comportements dangereux, notamment les sévices aux enfants, le viol, la coercition sexuelle, etc.

Comme le dit la Dr Gro Harlem Brundtland, directeur général de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) : « Nous n'obtiendrons aucun progrès dans la lutte contre le SIDA tant que les femmes n'auront pas le contrôle de leur sexualité ». ■

## Etes-vous séropositive ? Les femmes à risque

par Sathya Saran

**C'est un fait :** aujourd'hui le SIDA n'est plus réservé aux homosexuels ni aux trafiquants de drogue ; il a fait son entrée dans la chambre à coucher des femmes mariées, fidèles, qui préféreraient mourir plutôt que de regarder un autre homme que leur propre mari. L'Indienne mariée, qu'elle soit une jeune mariée timide ou une jeune mère, est en péril. Ce qui signifie que nous le sommes toutes, vous, moi et la jeune femme cadre supérieure, derrière son bureau.

**C'est un fait :** les femmes sont de plus en plus victimes du VIH. Dans certains pays africains, les femmes séropositives sont plus nombreuses que les hommes. Ces femmes sont des épouses, des filles, des grands-mères, des sœurs, des tantes et des nièces.

**C'est un fait :** les femmes contractent le SIDA à un bien plus jeune âge que les hommes (souvent de cinq à dix ans plus tôt).

**C'est un fait :** avec les adolescentes et les femmes ménopausées, les femmes mariées de moins de vingt-cinq ans représentent un fort pourcentage du groupe de « nouveaux cas ».

**C'est un fait :** dix ans après que la première femme séropositive ait été recensée en 1982, environ trois millions et demi de femmes étaient atteintes, la majorité par voie sexuelle. Pour la plupart des femmes, le principal risque vient de ce qu'elles sont mariées.

Il convient d'ajouter à cela d'autres facteurs de risque : état nutritionnel, incidence des maladies transmises sexuellement et des infections des organes de la reproduction, lésions, inflammations et scarification de l'appareil génital féminin, et pratiques

médicales insalubres entraînant la transmission nosocomiale du virus.

### Ne faites confiance à personne

Une jeune comptable a été contaminée par son mari. Bien sûr, le mari ignorait qu'il était séropositif, ou ne le lui avait pas dit, espérant sans doute, comme cela nous arrive également, qu'en ignorant le problème il disparaîtrait. L'on a découvert sa séropositivité au cours d'un examen prénatal. La frayeur mortelle qui s'est emparée d'elle en entendant le docteur prononcer son diagnostic, tel une condamnation à mort, ne l'a pas quittée pendant l'accouchement et les premières années de la vie de son enfant. Par chance, les examens n'ont pas décelé de séropositivité chez l'enfant. Mais cette épée de Damoclès reste suspendue au-dessus de la tête des époux.

**C'est un fait :** la plupart des femmes, quel que soit leur âge ou leur situation socio-économique, contractent le SIDA par leurs maris infidèles, qui ont des relations sexuelles avec d'autres partenaires, dont peut-être des travailleuses du sexe. Le fait que de nombreuses Indiennes souffrent en silence de maladies sexuellement transmises (ce qui décuple leur vulnérabilité à la transmission du VIH par un partenaire) aggrave le problème et explique le nombre élevé de femmes séropositives. En outre, la crainte d'être ostracisée et rejetée amène de nombreuses femmes à dissimuler leur état ou à ne pas se soigner, même lorsqu'elles savent que la seule source de contamination vient de leur mari.

« Je lui faisais confiance ! », c'est ce que l'on entend le plus souvent chez les femmes séropositives qui sont aujourd'hui mises au banc de la société et rendues responsables de la présence du SIDA dans leur ménage. ■

*Par peur de l'ostracisme et du rejet, nombreuses sont les femmes qui dissimulent ou ignorent leur condition.*

## Femme et africaine : l'angoisse

par Eunice N. Mathu

L'épidémie du SIDA broie les pays développés de manière effroyable et les femmes sont les plus durement touchées. Et les Africaines encore davantage. Selon les résultats de la recherche, 55 % des adultes séropositifs et sidéens en Afrique sont des femmes. D'après les statistiques, la progression est la plus marquée chez les femmes et les filles entre 15 et 24 ans.

Les femmes en Afrique sont les plus durement touchées par l'épidémie, non seulement en tant que victimes du SIDA mais aussi parce que ce sont elles qui doivent prendre soin des membres malades de leur famille, des enfants orphelins et des autres. Les nombreuses inégalités entre les hommes et les femmes rendent ces dernières sans cesse plus vulnérables au VIH.

C'est un fait : physiologiquement, les femmes sont plus vulnérables à la transmission du VIH que les hommes. Et pour les Africaines plus particulièrement, cette vulnérabilité est exacerbée par les facteurs socio-culturels et économiques qui les diminuent dans le cadre des rapports familiaux, sociétaux, économiques et au sein de la société dans son ensemble. De fait, l'absence criante de pouvoir de la femme africaine sur son corps et sa vie sexuelle, conjuguée aux inégalités sociales et économiques, la rendent particulièrement vulnérable à la transmission du SIDA et à la séropositivité.

Selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le taux d'infection du VIH est plus élevé chez les femmes que chez les hommes dans la plupart des pays africains et, dans plusieurs grandes villes, une femme enceinte sur trois est séropositive. La grande majorité d'entre elles sont monogames et ont été

contaminées par leur mari. Selon une étude réalisée en Ouganda, 60 % des femmes séropositives sont mariées et monogames. Ainsi, le plus souvent, le VIH est transmis à l'épouse par son mari. En outre, à leur grand dommage, elles ont peu à dire quant à l'utilisation de préservatifs. Ce sont les hommes qui décident d'utiliser, ou pas, des préservatifs et d'avoir des rapports sexuels.

Lorsqu'une femme devient séropositive, elle est confrontée à la stigmatisation. Elle est rejetée par sa propre famille, que ce soit son mari ou non qui ait introduit le SIDA dans son ménage. Elle est souvent victime de la violation de ses droits sexuels et reproductifs. Elle est obligée d'interrompre ou de changer sa vie sexuelle et il lui sera interdit d'avoir des enfants. Très souvent, les femmes mariées séropositives sont abandonnées par leurs maris, sans aucun moyen de recours juridique ou économique.

Récemment, un Kenyan a chassé son épouse, séropositive, de leur résidence principale, pour qu'elle aille vivre dans le garni des domestiques. L'épouse, âgée de 34 ans, caissière de banque, avait contribué à l'achat de leur demeure en participant au règlement de l'hypothèque. Lorsqu'elle a été déclarée séropositive, son mari l'a chassée. Il s'est pourvu en justice pour demander leur séparation, arguant de sa séropositivité, qui mettait en danger sa vie. Il l'a également accusée de cruauté, de coups et blessures, de sévices et autres délits conjugaux.

Dans un jugement marquant, rendu le 31 juillet courant [2000], salué à titre de précédent de qualité et déclaration de principe sur le SIDA, les trois juges de la cour d'appel ayant compétence lui ont ordonné de reprendre son épouse. Comprenant

*Les femmes en Afrique sont les plus durement touchées par l'épidémie, non seulement en tant que victimes du SIDA mais aussi parce que ce sont elles qui doivent prendre soin des membres malades de leur famille et des enfants orphelins.*

certes les craintes du mari, ils précisèrent qu'il serait moralement répréhensible qu'il abandonne son épouse jusqu'à ce qu'un tribunal en décide autrement.

Cette affaire reste toutefois davantage une exception que la règle. De nombreuses femmes ne sont pas en mesure d'entamer des poursuites pour faire valoir leurs droits. Souvent, les veuves du SIDA sont dépossédées de leurs biens par des parents âpres au gain et se trouvent abandonnées par toute leur famille. Il leur faut non seulement prendre soin de leurs enfants mais aussi acheter les médicaments nécessaires pour soigner leur séropositivité, le cas échéant. Nombreuses sont les veuves qui tombent dans la prostitution pour assurer leur existence ou qui encouragent leurs filles à se prostituer à cette fin. En outre, les travailleuses du sexe ne sont souvent pas en mesure de demander des préservatifs à leurs clients, ni de s'en procurer elles-mêmes.

Dans d'autres cas, les femmes séropositives, y compris les mères célibataires, doivent non seulement assurer leurs propres soins mais encore prendre soin de leurs enfants. Lors d'une récente Journée mondiale du SIDA, une mère célibataire, sidéenne, avouait devoir allaiter son nourrisson, alors que les médecins le lui

avaient déconseillé, au risque de contaminer son enfant. Elle n'avait pas les moyens d'acheter du lait et il lui était extrêmement difficile, dans son existence marginalisée, de trouver les 600 shillings (\$8) nécessaires pour se procurer sa dose mensuelle de médicaments contre le SIDA. Elle demanda à l'assistance si elle pouvait réellement la condamner d'allaiter son enfant alors que personne n'était disposé à lui donner l'argent nécessaire pour lui acheter du lait.

Divers us et coutumes traditionnels exposent les femmes au SIDA. Par exemple : les mariages forcés précoces des filles et le don par héritage des épouses entraînent de forts risques de transmission du VIH. Le don par héritage d'une femme veuve, surnommé couramment « tutelle du foyer », est pratique courante en Afrique orientale et australe, notamment dans la communauté Luo au Kenya. Lorsque l'époux meurt, l'un de ses frères ou de ses cousins épouse la veuve pour s'assurer que les enfants restent dans le clan de feu l'époux et prendre soin de l'épouse et de ses enfants. Si l'époux meurt du SIDA et que sa veuve est séropositive, elle pourrait transmettre le virus à son tuteur et aux enfants. ■

***Les mariages forcés précoces des filles entraînent de forts risques de transmission du VIH.***

## Mener sa barque : le respect de soi engendre une respectabilité certaine

par Sathya Saran

Elle porte une robe longue, impeccablement coupée, une lourde chaînette en or et ses cheveux sont orange. Elle habite au Cap, en Afrique Sud, et fut pendant vingt ans travailleuse du sexe.

Non, elle ne ressemblait pas aux call girls des films hindis, ni élancée, ni svelte, ni riche. Rachel a toujours exercé, aujourd'hui encore, son métier sur son morceau de trottoir. Lorsqu'elle trouve un client, « juge, homme politique, membre du clergé ou touriste, d'ordinaire clair de peau », elle l'emmène dans une chambre qui appartient à une amie. Son tarif inclut la location de la chambre pour la durée de la prestation souhaitée par son client.

« Adolescente, j'ai été violente par mon oncle pendant quatre ou cinq ans » révèle-t-elle « et quand je l'ai enfin dit à ma tante, elle m'a dit que je devenais trop effrontée et m'a jetée à la rue. Ce qui n'excuse pas le métier que je fais, mais cela fait partie de ma vie ».

Quand une organisation non gouvernementale est venue travailler dans son quartier pour lancer une campagne préconisant les rapports sexuels protégés afin d'empêcher la progression du VIH et du SIDA, Rachel a décidé de prendre le relais. Aujourd'hui, dans son quartier, aucune travailleuse du sexe ne peut offrir ses services sexuels non protégés contre

rétribution. « Si une fille y contrevient, on se ligue contre elle et on la force à partir » dit-elle. Consciente des risques permanents de son métier, dans un pays où plus de 4,5 millions de personnes sont séropositives, Rachel surveille sévèrement sa santé.

« Mon médecin est très fier de moi » ajoute-t-elle, « elle admire ma vigilance par rapport à mon corps ».

Sa franchise et son apparence soignée démentent sa situation précaire. « On m'a volé tous mes vêtements et mes effets, cinq fois. J'ai dû, à chaque fois, racheter des vêtements de qualité, mes économies y sont passées. J'aimerais faire autre chose pour vivre, j'en ai assez de cette vie » dit-elle et elle ajoute, une note de tristesse dans la voix, « mais je n'ai pas le choix. Pas d'épargne. Je ne peux pas épouser mon petit ami car il n'a pas d'emploi stable. Je dois gagner ma vie ».

Il y a quelques mois, la croisade de Rachel pour protéger ses jeunes compagnes de travail a pris une nouvelle dimension : elle a entamé des poursuites contre trois agents de police qui avaient matraqué plusieurs jeunes travailleuses du sexe et elle a obtenu une injonction leur interdisant de pénétrer dans le quartier. ■

## TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

Pour de nombreuses femmes qui ne découvrent leur séropositivité qu'au moment de leur grossesse, la décision d'aller à terme ou non est l'une des plus difficiles de leur vie. La transmission du VIH de la mère à l'enfant est, et de loin, la plus courante chez les enfants de moins de 15 ans<sup>25</sup>. Plus d'un million d'enfants au monde sont séropositifs ou sidéens et plus de quatre millions sont morts depuis le déploiement de l'épidémie, il y a vingt ans<sup>26</sup>. Ces chiffres augmenteront sans doute avec la multiplication du nombre de femmes séropositives en âge de procréer.

En l'absence de traitement, dans les pays moins avancés, 25 à 35 % des enfants nés de mères séropositives contractent le VIH et le SIDA<sup>27</sup>.

Cette photograph n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

L'enfant peut contracter le virus pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement<sup>28</sup>. Deux tiers des enfants touchés contractent le virus pendant la grossesse ou l'accouchement, ce dernier étant le moment le plus dangereux<sup>29</sup>. Selon les recherches, l'accouchement par voie basse augmenterait le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant<sup>30</sup>. Les césariennes réduisent ce risque, mais cette option n'est pas à la disposition de la majorité des femmes du monde entier qui accouchent avec l'aide de sage-femmes, à domicile, dans les villages ou dans des petits centres sanitaires.

Lorsque l'enfant est né, certaines femmes sont confrontées à un autre choix difficile : l'allaiter ou lui donner le biberon. Étant donné que l'allaitement provoque un tiers environ des transmissions mère-enfant du VIH<sup>31</sup>, les familles plus aisées choisiront le lait maternisé. Toutefois, pour les millions de familles démunies, cette option est trop onéreuse ou leur communauté n'a ni l'eau potable, ni le combustible nécessaires à la préparation salubre de ce lait maternisé. En outre, dans les communautés où l'allaitement est courant, la décision de ne pas allaiter révélerait la séropositivité de la mère et entraînerait les sévices et la discrimination.

Certaines femmes ont accès aux médicaments pour traiter le SIDA<sup>32</sup>. Ce traitement est administré en fin de grossesse et pendant l'accouchement, puis donné à l'enfant pendant un certain temps après sa naissance. Cette option se limite également aux mères qui en ont les moyens. Le risque de transmission mère-enfant a fortement chuté dans les pays riches, où de nombreuses femmes enceintes, séropositives, prennent des médicaments antirétroviraux et s'abstiennent d'allaiter. Ces mesures, en plus des césariennes, ont permis de diminuer le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans certaines régions<sup>33</sup>.

Les experts de la santé soulignent, en plus des médicaments antirétroviraux, l'importance de la prévention et des services-conseil appropriés et des analyses pour les femmes, de l'appui aux mères et aux nourrissons, notamment la prestation d'informations sur les options d'alimentation pour les nouveau-nés.

*Plus d'un  
million  
d'enfants dans  
le monde vivent  
avec le VIH et  
le SIDA.*

## Rapport sur le SIDA

*par Sarah Akrofi-Quarcoo*

**Présentateur :** La lutte contre le VIH/SIDA s'est transformée en assaut acharné. La transmission du SIDA de la mère à l'enfant, la principale cause de contamination chez les nouveau-nés et les enfants, reste l'une des plus grandes gageures de cette lutte.

**Sarah Akrofi-Quarcoo, correspondante :** En larmes, Florence Ngobeni, travailleuse sociale du SIDA à l'hôpital Chris Hani Baragwanath en Afrique du Sud, relate la disparition de son nouveau-né, mort du SIDA, après avoir souffert de crises de diarrhée et d'autres troubles, la laissant bourrelée de remords et de culpabilité pour avoir transmis le SIDA à son seul enfant, sans même le savoir. Elizabeth Chidonza se sent tout aussi coupable. Elle travaille pour les Nations Unies à Pretoria, pour un projet intitulé « Greater Involvement of People Living with AIDS » (GIPA). Elle a une petite fille de six ans, qui a contracté le SIDA à sa naissance.

Quatre-vingt-dix pour cent environ du million d'enfants séropositifs et sidéens de moins de 15 ans, dans le monde entier, contractent le virus par la mère. Au Ghana, en 1998, les enfants entre 0 et 4 ans constituaient 2 % des cas de SIDA recensés. Les femmes touchées par le SIDA comprenaient environ 6,6 % des femmes prises en charge dans les centres de soins prénatals dans les grandes zones urbaines au Ghana et 12,4 %, dans les centres sanitaires en dehors des grandes zones urbaines, toujours en 1998. Leurs enfants auraient tous pu contracter le SIDA pendant la grossesse, à la naissance ou au cours de l'allaitement.

Selon le *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA* de l'ONUSIDA, diffusé lors de la 13e Conférence internationale sur le

SIDA, en Afrique du Sud, le taux de transmission diminue lorsque les femmes enceintes séropositives suivent un traitement antirétroviral et s'abstiennent d'allaiter leurs nouveau-nés. Ces deux mesures, alliées à un accouchement par césarienne, diminuent sensiblement la transmission de la mère à l'enfant. Mais dans la plupart des cas, les femmes ne découvrent leur séropositivité qu'à la maladie ou au décès de leur enfant.

Les problèmes structurels et culturels viennent s'ajouter à la simple ignorance. Selon le Dr Efua Hesse, pédiatre à l'hôpital universitaire Korle Bu, il est difficile d'appliquer le protocole 076, le traitement contre le SIDA donné aux femmes enceintes séropositives et à leurs nourrissons. Ce traitement exige le dépistage des femmes enceintes, avec leur consentement, mais l'hôpital n'est pas équipé à cet effet. L'hôpital n'administre pas à l'heure actuelle d'AZT aux femmes enceintes : ce traitement est trop onéreux et dépasse les moyens de ces dernières, souvent démunies.

Le stigmatisme et la honte dont s'assortit la séropositivité empêchent les femmes enceintes qui le souhaiteraient de faire une analyse de dépistage du SIDA. Les pressions socioculturelles exercées sur les femmes pour qu'elles aient des enfants leur interdisent pratiquement de rester sans enfant, même lorsqu'elles savent qu'elles sont séropositives. Elle ne peuvent que prier pour que leurs enfants ne soient pas touchés. Au Ghana, une personne sur 20 serait touchée par le SIDA et la prévalence est élevée chez les jeunes. L'éducation et l'information sur la santé et la reproduction restent les outils de prévention les plus efficaces. ■

## VIH/SIDA – silence et surdité : l'hôpital de Hlabisa

*par Gabriela Adamesteanu*

Pour se rendre à l'hôpital Hlabisa, en Afrique du Sud, il faut passer par un village ordinaire, aux maisons rondes et aux toits pointus, avec un marché où l'on vend des marchandises posées à même le sol : vêtements bon marché, paniers, ananas, régimes de bananes, outils ménagers. Une route en terre battue, tracée dans un sol roux, mène à l'hôpital.

Nous traversons la salle d'attente, bourrée de femmes et d'hommes assis sur des bancs, attendant de voir le médecin ou d'être admis à l'hôpital. Celui-ci est composé de pavillons bas de plafond, comme tous les bâtiments ordinaires en Afrique du Sud, et l'odeur du désinfectant et des liquides biologiques s'accroît au fur et à mesure que l'on approche de la maternité.

La maternité est l'endroit le plus fréquenté de l'hôpital. L'on n'y décèle aucune femme enceinte séropositive, car l'on n'y fait aucun dépistage. Seules les ado-

lescentes enceintes, et elles sont nombreuses, y ont des chambres séparées. La maternité précoce et le manque d'information sexuelle et médicale comptent parmi les causes de l'épidémie du SIDA.

Selon l'ONUSIDA, en l'absence de traitement adéquat pour les femmes enceintes, entre 15 % et 35 % des enfants nés de mères séropositives risquent de contracter le SIDA. L'allaitement entraîne le même risque. Les médecins et les activistes contre le SIDA exposent le dilemme auquel sont confrontées les mères séropositives : si elles optent d'allaiter, elles risquent de contaminer leur bébé, mais si elles décident de ne pas allaiter, leur enfant risque de mourir de faim, puisque le lait maternisé et l'eau potable sont limités ou simplement inaccessibles. L'hôpital lui-même est parfois en rupture de stock de lait en poudre et toutes les mères doivent alors allaiter leurs nouveau-nés. ■

## LES JEUNES ET LE VIH/SIDA

L'épidémie du SIDA fait de nombreuses victimes parmi les jeunes. Dans le monde entier, près de 50 % de tous les nouveaux cas recensés de VIH touchent des jeunes de 15 à 24 ans, la tranche d'âge à laquelle la plupart commencent leur vie sexuelle<sup>34</sup>. Si l'on y ajoute les enfants de moins de 14 ans, le total se monte à 60 % des nouveaux cas. La grande majorité de ces jeunes vivent dans les pays moins développés, les plus lourdement touchés par le SIDA<sup>35</sup>.

Les jeunes sont particulièrement vulnérables au VIH en raison de facteurs physiques, psychologiques et sociaux. Tout d'abord, c'est quand on est jeune que l'on découvre les sentiments et que l'on sonde les comportements, mais les jeunes ne possèdent souvent pas les aptitudes sociales, ni les services et les informations nécessaires pour éviter les risques dont s'assortissent notamment les activités sexuelles sans protection et la consommation de drogues illicites.

Le contexte dans lequel les jeunes évoluent influe sur leur vulnérabilité au VIH. Les plus vulnérables sont les groupes marginaux, notamment les orphelins, les réfugiés et les enfants des rues, ceux qui sont élevés dans les bidonvilles et ceux qui sont isolés en raison de leur orientation sexuelle<sup>36</sup>. Ces jeunes ont souvent peu accès aux services éducatifs, sanitaires et d'information sur la santé. Certains se prostituent pour pouvoir survivre et courent ainsi des risques accrus, d'autres sont victimes de rapt et sont livrés à la prostitution. D'autres encore, nombreux, se droguent, partagent leurs seringues et s'exposent ainsi davantage.

Le nombre de parents qui meurent du SIDA a des suites désastreuses pour les jeunes, surtout les plus jeunes. Plus de 13 millions d'enfants de moins de 15 ans ont perdu leur père ou leur mère des suites du SIDA, et quelque 92 % de ces enfants vivent en Afrique sub-saharienne<sup>37</sup>. A la mort de leurs parents, bon nombre de ces orphelins du SIDA doivent prendre en charge leurs frères et sœurs et faire face, en plus de leur chagrin, à l'isolement et à la stigmatisation sociale qui accompagne cette épidémie.

Cette photograph n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

Les groupements, les gouvernements et les particuliers se heurtent à la gageure qui consiste à éliminer les obstacles que rencontrent les jeunes à la recherche de l'information, des services et des articles de base pour réduire les risques de contamination ou pour soigner la maladie. Les campagnes médiatiques, l'information sur la santé sexuelle et sur le SIDA, ainsi que la distribution de préservatifs masculins et féminins, et d'autres services de prévention, visent à donner aux jeunes les moyens et la confiance nécessaires pour maîtriser les risques.

## Problèmes actuels

par Gabriela Adamesteanu

De l'extérieur, le service pour enfants du département des maladies immunodéficientes de l'hôpital des maladies infectieuses, en Roumanie, a un aspect irréprochable. Il vient d'être rénové et il est doté d'un parc très vert pour les enfants. A l'intérieur, l'hôpital est propre. L'on y trouve des ordinateurs, des graphiques, une salle de dessin, une autre bourrée de jouets pour les enfants d'âge préscolaire, des employés jeunes et des lits pour les enfants malades, d'ordinaire accompagnés de leurs parents.

C'est là que se trouve le siège du Comité national de lutte contre le SIDA, où travaillent le Dr Adrian Streinu et ses associés. Une circulaire au mur remercie la Fondation de la princesse Margaret de ses dons alimentaires, destinés aux enfants hospitalisés sur place. Les dons de la Fondation arrivent périodiquement, ainsi que des donations d'autres sources. J'imagine les mères, tenant leurs enfants par la main, pendant qu'une infirmière remplit les formulaires, précisant les conditions de logement et financières de chaque famille. Elles reçoivent ensuite les colis d'aide : dentifrice, alcool à 90°, coton, pansements, savon et médicaments.

Les enfants séropositifs, aux systèmes immunitaires vulnérabilisés, souffrent souvent de troubles divers : anémie, tuberculose, otite, thrombose et diarrhée. Une fois hospitalisés, certains petits malades sont victimes d'angoisses et souffrent de problèmes psychologiques. C'est le moment où le mental est affecté par la détérioration physique, affirme Corina Jalba, une jeune psychiatre.

Dans une situation où 90 % des parents ne parlent pas à leurs enfants du SIDA et où les cas les plus graves sont isolés, les enfants perdent confiance en leur corps.

« Lorsque les parents dissimulent la vérité, nous ne possédons que 50 % de l'information » dit Corina. Si un enfant souffre de pneumonie et qu'on le lui dit, il luttera contre la maladie.

Certains parents ont abandonné leurs enfants depuis 1990-1991. Ces enfants sont aujourd'hui soignés par la Fondation de la princesse Margaret, qui a mis au point un programme spécial de psychothérapie pour eux, où ils s'expriment par la pâte à modeler, le dessin et les collages.

J'aperçois des sculptures en pâte à modeler ; plusieurs enfants sont très doués, me confirme Corina Jalba. Je choisis au hasard deux dessins : l'un d'entre eux, tracé par un enfant mourant, fait apparaître des formes rose foncé, à côté de points verts et est censé représenter des enfants en promenade dans les bois. L'autre montre un énorme papillon aux taches de couleur sur des ailes grises. Les teintes sombres sont striées de couleurs vives. Ce dessin a une histoire : le papillon loge à l'hôpital parce qu'il s'est blessé l'aile et sa mère n'a pas les moyens de l'emmener à la maison. Le dessin est l'œuvre d'un petit gitan, abandonné par ses parents. Ses parents continuent à lui rendre visite, mais ils ont une famille nombreuse et n'ont pas les moyens de soigner leur fils, qui envie ses frères, qui sont au foyer.

Les séjours hospitaliers donnent aux enfants l'occasion de s'informer sur leur maladie. Ils sont censés suivre un traitement mensuel et voir leur médecin tous les trois mois. Un grand nombre d'enfants séropositifs ne poursuivent pas leur traitement, souvent parce que leurs parents sont trop occupés ou trop pauvres pour lutter contre la maladie. ■



*Le papillon loge à l'hôpital parce qu'il s'est blessé l'aile et sa mère n'a pas les moyens de l'emmener à la maison.*

## Séropositive ou pas ?

par Sathya Saran

J'ai longuement regardé le visage sale, collé à la fenêtre de ma voiture, celui d'une petite fille de dix ans ou, au mieux douze, mais sous-alimentée. Robe délavée, boucles d'oreilles de pacotille et un ruban rose, pimpant, dans les cheveux. Je ne peux m'empêcher de me demander si elle est séropositive.

**C'est un fait :** trente pour cent des quelque 25 000 enfants de rues de Vijayawada (Andhra Pradesh) sont séropositifs. Vijayawada est un grand centre de transports, l'une des 377 villes à haut risque de l'Etat et un centre potentiel de transmission du VIH/SIDA.

Les sévices sexuels contre les enfants constituent l'une des principales sources de transmission du VIH chez les enfants de rues. A Mumbai, où les rues sont le foyer adoptif de milliers d'enfants, les sévices sont aussi courants que l'air que l'on respire. Les bidonvilles sont surpeuplés, les hommes sont des travailleurs migrants et l'éducation est absente et la situation, ainsi que les statistiques, sont sans doute bien pires encore.

### Jeunes et immortels

Un bolide passe et s'arrête au feu rouge dans un crissement de pneus. Des éclats de rire s'en déversent. Les garçons sur la banquette avant sont sur leur trente et un, les filles sur leur trente-deux. De quoi sera faite la nuit ? Je les regarde et je me demande si l'un d'entre eux est séropositif. Et le transmettra-t-il, ou elle, à ses amis ?

Le bolide démarre et la nuit l'engloutit. « Ne sois pas ridicule » me dit ma compagne, « pourquoi imagines-tu le pire ? Les accidents de voiture et les crises cardiaques font plus de victimes que le SIDA ».

### Un virus discriminatoire

Elle est jeune et jolie, ma collègue, et il y a du vrai dans ce qu'elle dit. Mais je me

demande comment elle peut penser qu'elle est à l'abri. « Tu penses vraiment que ce sont seulement les autres qui sont séropositifs ? » lui demandé-je. Je voudrais lui dire que le simple fait d'être une femme constitue un risque supplémentaire.

**C'est un fait :** la vulnérabilité aux IST et la systémique du VIH rendent certains jeunes plus vulnérables au VIH que d'autres. Le sexe, la sexualité et l'âge sont aussi importants que le statut socioéconomique et peuvent décupler le potentiel de risque d'une jeune citadine instruite qui n'est pas forcément de mœurs légères.

Je regarde ma jeune amie. Elle regarde au loin, l'œil vague, plongée dans ses pensées. Pense-t-elle à son petit ami ? Je me demande si, chez elle, le mot « sexe » est prononcé entre sa mère et elle.

**C'est un fait :** dans la plupart des pays, les obstacles qui empêchent les jeunes de protéger leur santé sexuelle et reproductive sont les suivants :

- manque d'accès à l'information
- manque de services de santé remplissant leurs besoins spécifiques, puisque les agents sanitaires reçoivent rarement une formation spéciale sur les questions ayant trait à la santé sexuelle des adolescents
- réticence des jeunes à se faire soigner même s'ils sont en mesure de déceler une IST et une propension à se soigner eux-mêmes avec des médicaments en vente libre
- manque de communication et de conseils sur les questions sexuelles au sein des familles
- pressions exercées par les camarades pour lesquels l'abstinence sexuelle est un comportement déviant. ■

*Les sévices sexuels contre les enfants sont l'une des causes principales de la transmission du VIH chez les enfants des rues.*

## MIGRATION ET VIH

La pauvreté, des systèmes sanitaires médiocres et une information restreinte alimentent, dans certaines régions, les taux de séropositivité et l'on s'accorde de plus en plus à reconnaître aujourd'hui que les travailleurs migrants courent de plus grands risques de transmission du SIDA que les populations moins mouvantes<sup>38</sup>. Le rôle de la migration dans la propagation du SIDA bénéficie d'une attention accrue et les groupes très mouvants (réfugiés, camionneurs, négociants, militaires, personnels en uniforme, hommes et femmes d'affaires, personnels aériens et travailleurs agricoles saisonniers) en sont le point de mire<sup>39</sup>.

La migration et la mobilité font partie, depuis toujours, de notre existence, mais aujourd'hui cette mouvance est décuplée grâce aux transports améliorés et peu onéreux, au commerce international accru et au désir d'améliorer notre sort. Les migrants vont d'une zone urbaine à une zone rurale, d'une région pauvre à un pays offrant de meilleures possibilités, d'une zone de conflit à une autre, de relative stabilité politique. Les migrants permanents ou temporaires, les employés temporaires et les travailleurs migrants existent dans la plupart des communautés<sup>40</sup>. Selon les estimations de l'ONU, tous les ans, 120 millions de personnes traversent, volontairement, les frontières ou changent de ville dans leur propre pays. Trente huit millions d'autres sont déplacées sur leur propre territoire national ou deviennent des réfugiés à l'étranger<sup>41</sup>.

Séparés longtemps de leurs familles et de leurs partenaires sexuelles habituelles, les travailleurs migrants ressentent un sentiment de solitude ou d'isolement dans un pays ou une région dont la langue et les coutumes culturelles leur sont

étrangères<sup>42</sup>. Ils se joignent alors souvent à des groupes affinitaires, y compris des réseaux sexuels. Les jeunes peuvent éventuellement avoir des activités sexuelles précoces, inconscients des risques du VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En outre, les migrants qui contractent le virus peuvent favoriser sa propagation, de retour chez eux.

Certains réfugiés et travailleurs migrants sont victimes de discrimination et de stigmatisation et souffrent d'un sentiment accablant d'impuissance. Nombre d'entre eux vivent et travaillent dans des conditions plus que médiocres et n'ont parfois pas l'autorisation de rester dans le pays d'accueil. Les femmes et les filles réfugiées sont souvent sans défense devant les sévices sexuels, notamment le viol. Les migrants clandestins, qui vivent dans la frayeur constante d'être expulsés et qui évitent tout contact avec les autorités officielles, constituent l'un des groupes les plus vulnérables en ce qui concerne la transmission du VIH, car ils ont peu accès aux services sociaux et sanitaires<sup>43</sup>. Ignorantes de leurs droits, les femmes sont particulièrement vulnérables aux sévices, à la violence et à la prostitution forcée.

Les travailleurs de la santé et les gouvernements font face à une gageure : concevoir des programmes de prévention et de soins du VIH sans qu'ils semblent prendre à partie ou stigmatiser les migrants. Il leur faudra donc s'appuyer sur des programmes de services sociaux communautaires qui tiendront compte des différences linguistiques et qui seront coordonnés par des ressortissants de la même culture que celle de la communauté des migrants<sup>44</sup>. Il conviendrait également que les programmes tiennent particulièrement compte des motifs de la migration, de la durée prévue du séjour sur place, de la situation socioéconomique et le niveau d'instruction des migrants<sup>45</sup>.

## Les Philippins et le SIDA : cela pourrait vous arriver

par Pennie Azarcon Dela Cruz

Les six millions de travailleurs philippins à l'étranger (TPE) sont particulièrement vulnérables au VIH. La majorité d'entre eux sont des femmes. C'est ce qu'affirme Malu Marin, directeur exécutif d'Achieve et de CARAM Asie, deux organisations non gouvernementale d'action sociale pour les travailleurs migrants asiatiques. D'ores et déjà, 22 % de tous les cas de séropositivité recensés aux Philippines sont d'anciens TPE, précise Marin. Ce qui n'est pas surprenant, ajoute-t-elle, car d'après les récentes études du groupement féminin Kalayaan Inc. et de CARAM Asie, les TPE sont particulièrement vulnérables au VIH/SIDA en raison de leur situation d'emploi à l'étranger.

### Migrants vulnérables

Intitulée « Breaking Borders : Bridging the Gap Between Migration and AIDS » (Lever les frontières : le lien entre la migration et le SIDA), cette étude relève que nombre de travailleurs migrants ont moins de 30 ans, qu'ils sont sexuellement actifs ou sexuellement téméraires. Ils sont souvent célibataires ou ils ont laissé leur famille au pays. Jeunes, seuls, socialement isolés, ils cherchent un réconfort dans les rapports intimes établis pendant leur séjour à l'étranger ou ils ont des relations sexuelles occasionnelles ou rémunérées.

Selon cette étude, la plupart des jeunes Philippines envoyées à l'étranger manquent d'expérience et sont vulnérables aux sévices sexuels de leurs employeurs masculins, plus âgés. Les relations sexuelles contraintes, pouvant produire des déchirures vaginales, faciliteraient l'introduction des pathogènes sexuellement transmissibles, notamment le VIH. Certaines travailleuses, qui décident de rester à l'étranger, en dépit de leur situation illégale,

tombent dans la prostitution ou la traite des femmes, qui les exposent aux IST et au VIH.

Certains travailleurs disent être informés (modérément à intensément) du VIH/SIDA, mais, selon cette étude, leurs idées fausses sur le sujet entravent tout changement de comportement. L'opinion selon laquelle le VIH/SIDA serait la maladie des étrangers peut mener les travailleurs émigrés à considérer permises les relations sexuelles sans protection, à condition qu'elles soient avec un concitoyen, indique cette étude.

Les idées fausses sur la maladie sont aggravées par le faible taux d'utilisation des préservatifs chez les travailleurs migrants, et ce pour les raisons suivantes : inaccessibilité des préservatifs, incertitude quant à la protection qu'ils apportent et réticence à leur utilisation dans les rapports intimes ou les relations stables.

« Chez les travailleurs migrants, les préservatifs témoignent d'un manque de confiance envers son partenaire » déclare l'étude en question. « La diminution du plaisir sexuel » constitue un autre motif donné de la faible utilisation des préservatifs.

La plupart des TPE hésitent à se faire soigner tant qu'ils ne sont pas convaincus qu'ils sont gravement malades. La tendance serait à consulter des membres de leur famille, souffrir et avoir recours à l'automédication, ce qui empêche la détection précoce de la maladie. Tomber malade à l'étranger entraîne en outre des dépenses d'un argent qu'ils préféreraient envoyer chez eux. En outre, les travailleurs clandestins ne font pas appel aux services publics par crainte d'être repérés, arrêtés et expulsés. D'autres encore préfèrent taire leur maladie par crainte d'être licenciés par leur employeur. D'ailleurs, la plupart des

*Les travailleurs migrants courent plus de risques d'infections que les populations plus sédentaires.*

employeurs préfèrent renvoyer leur employé au pays que d'engager des frais pour acheter des médicaments.

Esseulés, nostalgiques, accablés de travail et parfois maltraités, certains travailleurs migrants compensent leur travail acharné par diverses formes de détente : excès de boisson, relations sexuelles occasionnelles ou rémunérées, loisirs avec leurs compagnes ou compagnons sexuels.

### **Crise financière**

Les recherches notent que la crise financière asiatique, qui a commencé en 1997, a contribué à la vulnérabilité des travailleurs migrants. Pour décourager la concurrence des travailleurs étrangers avec leurs propres ressortissants pour des emplois rarement, de nombreux pays d'accueil limitent le nombre de familles de migrants autorisées à entrer sur leur territoire national. Ainsi, pour les années à suivre, le marché de la main-d'œuvre se restreint aux travailleurs jeunes et célibataires, esseulés et sexuellement téméraires.

Citons un autre effet néfaste de la crise asiatique : le rétrécissement du marché des employés de maison dans les pays qui n'autorisent plus les familles où l'épouse est au foyer à embaucher des employés de maison. Cette situation pourrait entraîner l'implantation de gangs favorisant la prostitution sous couvert d'emplois domestiques pour les Philippines souhaitant travailler à l'étranger. La prostitution en soi pourrait éventuellement intéresser les femmes TPE, réticentes à rentrer au pays, en dépit de l'absence d'emplois à l'étranger.

### **Risques maison**

Pendant que des millions de TPE courent le risque de transmission du VIH à l'étranger,

leurs époux et épouses courent le même risque à leur retour au pays, déclare Marin. La même étude Kalayaan-CARAM indique que la plupart des épouses font face à leurs craintes en niant les aventures possibles de leurs maris. « Leurs époux ne sont pas comme les autres. Ils sont très croyants et fidèles, disent-elles de leurs maris » dit Marin. Ou encore, ajoute-t-elle, elles se résignent et acceptent ces incartades « qui font partie de la nature masculine et sont donc inévitables ».

Parmi les médecins eux-mêmes, selon le Dr Dominic L. Garcia de l'association philippines contre le SIDA, citant une étude récente menée auprès de 77 médecins hospitaliers du secteur public et privé dans trois régions des Philippines, l'absence d'information sur le VIH/SIDA entrave les efforts visant à freiner la transmission du VIH. « Bien que la commission de l'Éducation supérieure ait incorporé des programmes d'éducation et de prévention de base du VIH/SIDA dans le cursus médical, ces efforts ne se retrouvent pas dans la pratique », ajoute-t-il.

En mettant en vigueur la loi 8504 sur le SIDA, les pouvoirs publics philippins ont rendu l'information sur le VIH/SIDA obligatoire pour tous les TPE, avant tout départ à l'étranger. En dépit de toutes ces bonnes intentions, l'on surveille à peine la mise en œuvre de la loi, déclare Marin. « La plupart des cours d'information avant le départ se composent d'une vidéo d'un quart d'heure, sans aucun débat pour expliquer le lien entre le VIH/SIDA et la migration. Il nous faut réunir les différents groupes d'entraide des migrants pour offrir des cours d'information préventifs sur tout le déroulement de la migration : avant le départ, sur place et lors du retour au pays » suggère Marin. ■

***De nombreux travailleurs migrants ont moins de 30 ans et sont sexuellement actifs ou sexuellement téméraires.***

*Les migrants s'en servent [des préservatifs] servent parfois pendant les relations sexuelles occasionnelles, mais jamais avec leurs épouses.*

## **VIH/SIDA — silence et surdité : l'Afrique rurale**

*par Gabriela Adamesteanu*

### **L'Afrique du Sud rurale**

Lorsque l'autocar s'arrête, les femmes et les garçons collent leurs visages aux fenêtres pour amener les touristes à acheter leurs marchandises : oranges, ananas et bananes, présentés sur des plateaux ou dans des sacs en plastique perchés sur la tête.

La mobilité des populations est remarquable, particulièrement après les changements politiques opérés il y a six ans. Selon certaines estimations, 60 % des hommes partent à la ville pour travailler et ne reviennent dans leurs familles qu'une fois par mois, ou quelques fois par an, selon la distance. A la suite de l'abolition de l'apartheid, les Noirs n'ayant plus besoin de passeport pour aller travailler dans les quartiers blancs, la mobilité sociale s'est décuplée, ce qui, ironiquement, a favorisé la progression du VIH/SIDA.

Ces hommes quittent leurs foyers et partent vers les zones urbaines et nombre d'entre eux abusent de l'alcool et ont recours aux services des travailleuses du sexe, et si certaines d'entre elles reçoivent des préservatifs gratuits de diverses organisations et centres sanitaires, elles

ne s'en servent pas toujours pour autant. Les migrants s'en servent parfois pendant les relations sexuelles occasionnelles, mais jamais avec leur épouse au foyer. Ainsi, la migration constitue un facteur de risque grave en ce qui concerne tous les maladies transmises sexuellement.

Laissées seules au foyer avec leurs enfants, les épouses (40 % d'entre elles sont enceintes avant 18 ans) nouent des relations occasionnelles avec les hommes de la région, notamment des camionneurs. Elles deviennent ainsi les victimes de la transmission du SIDA et ses vecteurs. L'absence d'instruction et d'argent, ainsi que les complications psychologiques (infidélité soupçonnée) les empêche de négocier leurs rapports sexuels. Elles ne se servent donc pas de préservatifs, le moyen de protection le plus courant.

C'est l'une des conclusions tirées par une équipe de l'African Center, un centre pour la démographie, basé à Mtubatuba, inauguré en février 2000 et financé par le Wellcome Trust. Sa recherche est axée sur la catégorie la plus vulnérable : les adolescents. ■

## Améliorons nous-mêmes nos comportements

par Harikala Adhikary

**A** Hlabisa, en Afrique du Sud, les hommes quittent la région pour aller travailler dans d'autres régions du pays ou d'autres villes de la région. Une fois installés, ils nouent des rapports de passage avec des partenaires occasionnelles. Les femmes restées au pays avec leurs enfants se livrent également à des activités sexuelles, notamment avec des camionneurs, pour produire des revenus supplémentaires.

Ces situations montrent la vulnérabilité accrue des hommes et des femmes découlant de ces activités. Au sein des familles, les maris tombent malades, leurs épouses et leurs nouveau-nés les suivent de près dans la tombe, emportés par la tuberculose ou la diarrhée. Ils ont eu beau se rendre à l'hôpital, la maladie n'a pas relâché son étreinte. La médecine traditionnelle n'y a rien pu non plus et les décès n'ont pas cessé. Il n'y a plus d'hommes pour porter les cercueils, d'ailleurs l'on manque de cercueils. D'aucuns s'en prennent aux femmes, les accusant d'avoir fait mourir leur famille.

Le nombre de morts augmente. Même celles qui n'ont jamais eu de relations

sexuelles occasionnelles deviennent séropositives. Elles pensent enfin à s'informer sur la maladie. Seuls les missionnaires ont installé un hôpital à Hlabisa. Les femmes s'y rendent souvent et demandent ce qu'est le VIH et comment se transforme-t-il en SIDA ? Comment le contracte-t-on ? Comment en protéger les enfants ? Informées, elles créent des services d'entraide et d'information pour leurs compagnes. Et elles apprennent que la principale cause de transmission du VIH ce sont les rapports sexuels non protégés. Une femme avertie en vaut deux, elles sont prudentes aujourd'hui. Elles savent.

Au Népal, nous sommes aujourd'hui à la même étape de l'épidémie que les habitants de Hlabisa, il y a dix ou quinze ans. Nos maris quittent aussi notre village pour trouver du travail. Les femmes restent au foyer et élèvent les enfants. Lorsque nos maris nouent des relations sexuelles occasionnelles, notre société préfère ignorer leur comportement, ce qui nous nuit gravement. Il nous faut donc améliorer nous-même nos comportements. ■

*Informées, elles  
créent des  
services  
d'entraide et  
d'information  
pour leurs  
compagnes.*

Cette photograph n'a pas publié par respect des droits d'auteur.

## VIVRE AVEC LE VIH OU LE SIDA

Vingt ans après l'apparition de l'épidémie, le VIH/SIDA engendre encore la crainte, des idées fausses et la dégradation des droits élémentaires de la personne<sup>46</sup>. L'impact du virus est décuplé dans les communautés pauvres, ainsi la majorité des séropositifs affronte les difficultés rencontrées pour obtenir des services sociaux et des soins de qualité, tout en faisant face à cette maladie incurable qui sape leurs forces physiques et mentales. La réponse à cette crise dans les régions du monde illustre indéniablement le fossé entre les riches et les pauvres.

Les séropositifs restent confrontés aux idées fausses, tenaces, sur le virus. Nombreux sont ceux qui continuent à croire qu'un simple contact avec un séropositif ou un sidéen suffit pour transmettre la maladie. Cette frayeur constitue un obstacle de taille qui entrave les soins et l'appui nécessaires aux malades du VIH/SIDA, chez eux, dans la communauté et jusque dans les centres de santé officiels. Pour de nombreuses personnes, le VIH est un arrêt de mort. Peu comprennent la différence entre la séropositivité sans aucun symptôme, et le SIDA déclaré. Une personne séropositive est en fait touchée d'une maladie incurable, même si elle peut ne présenter aucun symptôme pendant des années.

Il est difficile de parler du SIDA comme étant une infection transmissible sexuellement, cela aggrave la peur du SIDA, maladie mortelle. Dans de nombreuses cultures, la honte et le sentiment de culpabilité dont s'assortissent souvent les entretiens sur les pratiques, les préférences et le désir sexuels, entravent également tout débat franc sur le VIH. C'est la raison pour laquelle les premières ripostes face à l'épidémie reléguent le VIH/SIDA au rang de maladie des travailleuses du sexe, des homosexuels et des drogués. Aujourd'hui encore, un personne séropositive ou sidéenne est souvent considérée comme une menace morale contre la société.

Puisque la plupart des femmes séropositives sont en âge de procréer, la difficulté pour nombre d'entre elles consiste à obtenir l'appui nécessaire pour leurs enfants, notamment le placement en milieu nourricier. Certaines femmes ne découvrent leur séropositivité qu'au moment de leur grossesse et courent le risque de donner naissance à un enfant séropositif lui aussi. Dans certaines situations, les femmes séropositives sont chassées de chez elles et accusées même de propager le virus.

Parallèlement, les découvertes médicales offrent peu d'espoir pour la grande majorité des séropositifs et des sidéens. Les médicaments qui ralentissent la transformation du VIH en SIDA déclaré restent onéreux et hors de portée de la plupart des malades. Certains gouvernements adoptent des stratégies afin d'en obtenir des versions génériques, moins onéreuses, mais même ces options représentent un fardeau économique trop élevé pour les pays moins développés, notamment en Afrique sub-saharienne.

Les politiques et les programmes destinés à endiguer l'épidémie ont pour objectif la promotion d'un meilleur accès aux soins de qualité, aux médicaments et aux traitements pour les séropositifs et la réduction de la transmission du virus grâce à des stratégies de prévention tenant compte des réalités culturelles. Parmi les démarches axées sur la promotion, les stratégies qui mettent l'accent sur l'entraide et l'information se révèlent efficaces et comprennent notamment des programmes dirigés par des jeunes, des femmes, des enfants des rues, des réfugiés et des drogués. Les messages relatés par les séropositifs et les sidéens pour la prévention des comportements à haut risque sont parmi les plus agissants.

## Séropositif, la vie continue

par Pennie Azarcon Dela Cruz

Fernando Feliz (un nom d'emprunt) se souvient du moment précis où toute sa vie a changé : « C'était il y a huit ans et je prenais un verre avec des copains. Je me suis retrouvé à Ermita, où j'ai fini par avoir des rapports sexuels non protégés avec une travailleuse du sexe ».

Âgé aujourd'hui de 36 ans, Fernando se demande si les choses auraient été différentes s'il n'avait pas été ivre ou s'il s'était souvenu de tout ce qu'il avait lu sur le SIDA. « Je n'étais pas complètement ignorant sur le SIDA. Mes amis aux Etats-Unis m'envoyaient régulièrement des magazines et la société où je travaillais avait accès à des publications américaines. C'était au début des années 80. A l'époque, on ne pouvait ouvrir un magazine américain sans y trouver un article sur le SIDA ».

Mais à l'instar de nombreux concitoyens, Fernando ne s'était jamais arrêté pour penser au SIDA : « Je ne pensais pas que ça pouvait m'arriver. Je n'étais ni drogué, ni homosexuel. J'étais instruit, zut, et j'avais un bon job dans une entreprise à Makati ». De fait, sa carrière allait bon train et il venait de postuler pour un emploi aux Etats-Unis. « J'avais déjà le visa, il ne me restait plus pour l'avoir en main qu'à faire une analyse de dépistage de drogue et du SIDA ».

Rien, ni personne, ne l'avait préparé aux résultats de l'analyse : « Les consultations préalables aux analyses n'ont commencé qu'en 1998, lorsque l'on a adopté la RA 8504 sur la prévention et la lutte contre le SIDA, avant cela, il fallait se débrouiller tout seul ». Lorsque le laborantin a fait mine d'hésiter pour lui donner les résultats, Fernando en a pressenti l'issue : « Je lui ai dit : allez, dites-moi franchement, je suis prêt ». Mais quand il

lui a confirmé sa séropositivité, Fernando a senti ses genoux fléchir : « Je me suis senti doublement à la dérive : je perdais toute possibilité d'emploi aux Etats-Unis et j'allais en plus y perdre la vie ».

Finalement, grâce aux consultations ultérieures, Fernando a réalisé qu'il avait toute la vie devant lui. « Avec les médicaments appropriés, je peux vivre encore, sans être malade, les dix ou vingt prochaines années » dit-il. Il a également ressenti le besoin d'avoir l'appui de sa famille. D'autres dans sa situation auraient hésité, mais Fernando a immédiatement parlé à ses frères et sœurs, à sa mère et à son meilleur ami. « Ma famille a compris et m'a donné son soutien, car ils sont tous bien informés ». En dépit de cela, il a préféré garder l'anonymat, « par respect pour leur vie privée et pour leur éviter la flétrissure dont s'accompagne la maladie ».

De fait, comme le confirme le Dr Loreto Roquero, du Ministère de la santé (MdS) : « La famille est souvent la dernière à être informée ». Le MdS administre Bahay Lingo sur la base de San Lazaro, à Santa Cruz (Manille), et loge dans ce foyer les sidéens en attendant qu'ils soient en mesure de divulguer leur maladie à leurs proches. « Le protocole consiste à protéger leur vie privée. Nous n'informons pas non plus leurs partenaires avant qu'ils y consentent. Au sein même des cercles médicaux, il existe une certaine confidentialité réciproque », déclare le Dr Roquero, directeur du programme national de prévention et de lutte contre le SIDA et les IST.

Fernando savait qu'il lui faudrait se protéger lui-même pour protéger sa famille du SIDA. « J'ai lu plein d'articles sur Magic Johnson et les études cliniques sur les médicaments contre le VIH aux

**Les personnes touchées se heurtent à une méconnaissance totale du virus.**

**« Ma famille m'a compris et elle m'a soutenu parce que nous étions bien informés. »**

—*Fernando Feliz (pseudonyme), séropositif, conseiller sur le SIDA*

Etats-Unis. Quand j'ai appris que ces médicaments coûteraient entre 700 et 1 000 dollars américains par mois, je me suis porté volontaire pour participer aux études cliniques à l'Institut de recherches sur la médecine tropicale ». En raison de son budget limité, seuls 20 séropositifs et sidéens philippins ont pu participer à ces recherches, destinées à documenter les expériences locales faites avec les médicaments avant qu'ils ne soient approuvés par le Secrétariat philippin aux produits pharmaceutiques.

Le traitement aux médicaments anti-VIH comporte des risques, explique Fernando : « Une fois qu'on commence, il faut prendre les médicaments sans interruption, sinon le virus devient résistant et se multiplie ». La thérapie se compose de plusieurs médicaments antirétroviraux. Fernando avale sept comprimés différents trois fois par jour, soit 21 comprimés au total. Par chance, il n'a pas encore ressenti d'effets secondaires, qui vont d'éruptions cutanées à la nausée en passant par des courbatures.

Fernando se souvient qu'il n'a pas pris ses médicaments pendant tout un mois : il avait été détaché sur le terrain dans la province du nord Luzon et le coursier qui était censé lui livrer ses médicaments n'a pas pu le trouver. « J'ai paniqué », se souvient-il. « J'ai dû décider de ce qui était le plus important : mon boulot ou ma santé ». Il n'a pas hésité et a quitté son emploi lucratif pour un autre, plus gratifiant, d'éducateur et de conseiller sur le SIDA. Il s'est joint à Positive Action, aux côtés d'autres séropositifs, de volontaires, de bailleurs de fonds et de médecins. Le groupement lui a donné une for-

mation de consultant d'entraide et est devenu depuis lors son principal groupe de soutien.

« Je sais combien il est difficile de faire face à la séropositivité », dit Fernando pour expliquer son choix, « *feel ko ang sakit, ang bigat* (c'est lourd à porter). On a tendance à déprimer et la dépression affaiblit le système immunitaire, que prend pour cible le virus du SIDA. Une attitude positive, ça aide. C'est ce qu'on m'a appris dans un voyage d'étude en Australie » ajoute-t-il, en parlant pour lui et pour tous les autres séropositifs.

« Vous ne pouvez pas vous imaginer ce que j'ai ressenti lorsqu'un sidéen mourant m'a pris la main et m'a demandé de lui parler, d'entendre le son de ma voix, pour mourir heureux. J'ai été si heureux de pouvoir l'accompagner », relate Fernando. Et c'est justement sa situation qui valorise ses services d'entraide aux séropositifs ajoute-t-il. « Lorsque les gens pensent qu'ils vont mourir bientôt parce qu'ils sont séropositifs, je leur dis, mais regardez-moi ! Je suis vigoureux, je suis en bonne santé et je suis séropositif depuis huit ans. Je suis la preuve que vous avez toute la vie devant vous ! ».

Dans le cadre de ses activités d'entraide, Fernando forme aujourd'hui d'anciens travailleurs détachés à l'étranger, qui ont contracté le VIH et ont perdu leur emploi : « Je les forme à devenir des éducateurs parce qu'apparemment la plupart des Philippins pensent que le SIDA est un risque lointain. Je veux qu'ils sachent que le VIH peut toucher n'importe qui : les agents sanitaires, les employés des ONG, les marins et les cadres. Il faut qu'on sache ce qui marche et ce qui ne marche pas ». ■

## VIH/SIDA : rompre un autre silence

par *Thaís Aguilar*

Jabu vient d'avoir quarante ans. Habillée de noir, sévère, elle vient demander aide et réconfort auprès d'une infirmière de l'hôpital de Hlabisa, au cœur de la province de Kwazoulou-Natal, en Afrique du Sud, à quelque 300 kilomètres au nord-est de la ville de Natal, sur l'Océan Indien, car son mari vient de mourir, il y a quelques jours de cela, du SIDA.

Elle est zouloue, agricultrice et vit dans l'une des régions les plus pauvres et les plus marginales d'Afrique du Sud. Sur 41 millions d'habitants, quelque 3,5 millions seraient séropositifs, la plupart sont des Noirs, pauvres, habitant des zones rurales, où le pourcentage de séropositifs irait jusqu'à 50 %.

Jabu est une statistique ambulante. Elle est séropositive, contaminée par son mari, qui avait sans doute contracté le virus au cours de rapports sexuels occasionnels non protégés, alors qu'il était parti travailler dans l'une des grandes métropoles sud-africaines, Johannesburg, le Cap ou Durban. Avec huit filles et fils, Jabu est un cas exceptionnel parmi ses voisins : aucun de ses enfants n'est séropositif.

Démunie de moyens d'existence, Jabu est éplorée, effrayée et sanglote sur le bureau de l'infirmière désolée qui s'occupe des séropositifs et fait office de psychologue lorsqu'il lui faut dire aux patients, tâche ô combien difficile, s'ils sont séropositifs ou pas. Jabu n'a pas même un rand (6,83 rands = 1 dollar) pour nourrir ses enfants. Elle ne sait plus quoi faire. Sa détresse est profonde et elle a peur car elle sait que tôt ou tard elle subira le sort de son époux et elle craint pour l'avenir de ses enfants. Son extrême pauvreté lui interdit l'accès aux médicaments antirétroviraux qui lui donneraient un sursis de plus de dix ans.

Hlabisa est l'une des rares communautés qui a le luxe de posséder un hôpital d'État, doté de 300 lits, d'un stock de médicaments et de traitements palliatifs pour des troubles courants : paludisme, diarrhée, empoisonnements, fractures et accidents agricoles graves, analyses de dépistage du VIH. Il s'agit d'une tâche difficile dans une région où le niveau d'instruction est faible et les conditions de vie humbles.

### **Problème de développement**

Selon les experts africains, la prévalence élevée des maladies vénériennes sur le continent constitue sans doute le motif principal de la progression alarmante du VIH/SIDA. En outre, le cocktail détonant du sous-développement, de la pauvreté et de la marginalisation a favorisé le contexte dans lequel, en 1999, 4 millions d'Africains sont venus s'ajouter à la liste des séropositifs, selon le rapport mondial de l'ONUSIDA, présenté à la 13e Conférence internationale sur le SIDA, à Durban.

Des communautés, telles que Mtubatuba, à quelque 250 km au nord-est de Durban, sont gravement touchées par la prévalence du VIH, notamment chez les moins de 25 ans. Selon les représentants du Centre africain, non gouvernemental, en dépit de la prévalence élevée du virus transmis par voie sexuelle, il reste difficile de parler de sexualité avec ses habitants et ceux des zones rurales.

L'autre Afrique du Sud, la blanche, vit sa séropositivité dans de meilleures conditions, comme le reconnaît Edwin Cameron, juge à la cour suprême d'Afrique du Sud, qui a déclaré publiquement, à la Conférence sur le SIDA, être homosexuel, bourgeois et séropositif. Ses fonctions ne l'ont pas empêché de souligner que le bât

*Un investissement dans des campagnes de traitement et de prévention de masse peut changer les choses.*

blesse dans l'inégalité d'accès aux médicaments antirétroviraux. Son cas et celui de Jabu symbolisent parfaitement la situation dans les pays développés et en développement par rapport au virus.

Selon lui et ses collègues activistes internationaux, les droits de la personne et la santé vont de pair. L'un de ces droits a trait au bien-être de la personne, et exige l'accès non seulement à des services publics de qualité, mais aussi aux médicaments qui assurent une certaine qualité de vie.

### **Question de ressources et de volonté politique**

Le juge Cameron et de nombreux scientifiques éminents soulignent les facteurs qui pèseront de leur poids dans la balance : apport de ressources pour les traitements des séropositifs et des sidéens, campagnes de prévention, incluant des mesures mal vues (prendre acte de la vie sexuelle active des adolescents et leur distribuer des préservatifs).

Peter Piot, directeur exécutif de l'ONUSIDA, reconnaît que son organisation a échoué dans ses négociations avec les compagnies pharmaceutiques et les contrôles mondiaux établis par l'Organisation mondiale du commerce relatives aux licences d'importation obligatoires et parallèles.

Les licences obligatoires autorisant la production de médicaments génériques, produits localement ou régionalement et tout aussi efficaces que les médicaments de marque, mais moins chers pour les consommateurs, permettraient la production de médicaments antirétroviraux à un prix plus abordable pour les pays en développement, notamment les pays pauvres d'Afrique, explique Richard Laing, professeur à la Faculté de santé publique de l'Université de Boston (Etats-Unis) et l'un des nombreux partisans de l'accès aux médicaments peu onéreux. Les licences d'importation parallèle autoriseraient l'importation d'un produit sans l'autorisation du détenteur du brevet. Ces deux mécanismes exigent l'obtention d'un permis, dans le cadre du système complexe des échanges internationaux.

Les partisans d'un accès peu onéreux aux traitements antirétroviraux soulignent également qu'il incombe aux gouvernements d'investir dans cet achat, d'éliminer les taxes sur les médicaments et de réduire les dépenses absurdes (notamment militaires) pour investir davantage dans le traitement et la prévention du VIH/SIDA et dans les systèmes de santé, dans leur ensemble. ■

## Florence, séropositive : le visage du courage et de l'espoir

par Eunice N. Mathu

**G**rande, belle, au sourire éclatant, Florence Ngobeni est née il y a vingt-sept ans à Alexandra, une communauté de Johannesburg. Fille unique issue du premier mariage de sa mère, cette dernière l'a délaissée pour se remarier. Son futur mari refusait de l'épouser accompagnée de sa fille, Florence a donc été envoyée chez sa grand-mère. Sa mère a eu sept autres enfants de son deuxième mariage et Florence en a d'autant plus été oubliée chez sa grand-mère.

Cette dernière, Miriam Ndlovu, était certes une grand-mère affectueuse, mais elle était employée de maison et ne revenait à la maison qu'en fin de semaine. Florence a donc été élevée par ses deux oncles, de 22 et 13 ans. Le plus âgé était livreur de meubles et le plus jeune n'allait pas à l'école. Le premier était cruel et maltraitait Florence. Tout en étant consciente des sévices infligés par son fils aîné à sa petite fille, sa grand-mère n'était pas en mesure d'y mettre fin, son fils étant le seul soutien de famille.

À dix-sept ans, Florence a rencontré un garçon qui est devenu son meilleur ami. Il l'a persuadée de coucher avec lui pour lui prouver son amour. Par crainte de perdre son nouvel ami, elle s'est pliée à ses désirs, régulièrement, chez les parents de son ami. Cette relation n'a duré que six mois, mais Florence était déjà enceinte. Elle a perdu son bébé à la suite d'une volée de coups administrée par son oncle.

À la mort du deuxième mari de sa mère, Florence est allée vivre avec elle. Mais leurs rapports se sont révélés tendus, les querelles fréquentes. Sa mère est tombée enceinte, d'un neuvième enfant, d'un autre homme et Florence a dû s'installer chez des amis et autres petits amis.

Sans logement, les rapports sexuels lui ont servi de monnaie d'échange contre un logement, chez ses petits amis. Cette vie instable lui a fait échouer ses études et ses examens finaux.

À 19 ans, elle a été victime d'un viol en bande, commis par un gang connu d'Alexandra, mais s'en est cachée par peur d'être tuée par ce dernier. Le viol, qu'ils surnommaient « pilonnage », faisait la fierté des gangs des quartiers, à l'époque. Si la victime en parlait ou portait plainte, sa famille était attaquée ou même tuée et la police était impuissante.

À vingt-trois ans, Florence est de nouveau enceinte, cette fois d'un petit ami de 32 ans. Une petite fille naît, Nomthunzi, « ombre » en zoulou, apparemment en bonne santé mais elle tombe malade à l'âge de trois mois. Florence l'emmène alors à la clinique à Johannesburg et elle apprend qu'elle est séropositive. Florence comprend, pour la première fois, que sa vie sexuelle l'a peut-être exposée au VIH. Les analyses confirment qu'elle est séropositive. Traumatisée et refusant catégoriquement les résultats, elle retourne chercher le père de son enfant pour l'informer de la grave maladie de sa fille. L'on est en décembre 1996, ses analyses et celles de sa fille se révèlent positives. Elle découvre alors que son petit ami est mort et enterré depuis plusieurs mois. Le choc est trop grand et sa grand-mère est la seule personne vers laquelle elle peut se tourner. Cette dernière se révèle compréhensive et d'un grand secours. La rumeur s'est déjà répandue dans le quartier : Florence est séropositive et sa fille est en train de mourir du SIDA. La famille de son petit ami l'accuse de lui avoir transmis le SIDA.

***Florence  
conseille à ses  
patients de faire  
connaître leur  
séropositivité  
afin de mettre  
un terme à la  
propagation de  
cette maladie.***

Florence aura pour la première fois entendu parler des maladies transmissibles sexuellement et du VIH à 19 ans, trois ans après avoir eu ses premiers contacts sexuels. Ni sa mère, ni sa grand-mère, ni ses oncles ne lui avaient jamais parlé de sexe ni de sexualité.

Aujourd'hui, Florence est membre active de la NAPWA (National Association of People Living with HIV and AIDS), créée en Afrique du Sud en 1994. Elle est également membre du conseil de direction du projet Townships AIDS à Soweto. Elle est la porte-parole des séropositifs, elle leur apporte son réconfort et s'efforce de prévenir la transmission du virus à d'autres, surtout les jeunes.

Florence travaille comme conseillère à l'unité de recherche prénatale sur le VIH de l'hôpital Chris Hani Baragwanath à Soweto. A ce titre, elle voit de nombreux séropositifs, tous les jours. Parler de son vécu personnel, pendant ses consultations, l'aide et aide ses patients. Elle les incite à trouver le courage de signaler les viols et les sévices et à aborder les questions des pouvoirs traditionnellement

impartis aux hommes et aux femmes, en invitant leurs partenaires à prendre part aux consultations. Elle leur fait également comprendre combien il est important de révéler leur état de santé pour stopper la progression de l'épidémie et donner un visage humain au VIH/SIDA.

Les débats sur la divulgation restent un thème important des consultations, car il est souvent difficile aux séropositifs de parler de leur situation sanitaire. Lorsqu'ils en sont avertis, ils se réfugient dans le refus. Les hommes deviennent souvent agressifs, se querellent avec leurs partenaires et les accusent d'en être à l'origine. Les femmes craignent souvent d'en informer leurs maris, par crainte d'être rouées de coups ou même chassées du domicile conjugal. Dans certains cas, la crainte de l'hostilité générale et de l'ostracisme des amis interdit aux séropositifs de se révéler. Florence parle à ses patients, en consultation, et leur rend la tâche plus facile. D'expérience elle sait, pour l'avoir vécu, que l'acceptation et la divulgation constituent le premier pas vers une certaine sérénité vitale. ■

## Références :

1. Consulter notamment : Fonds des Nations Unies pour le développement des femmes (UNIFEM) : *Le progrès des femmes à travers le monde, 2000 UNIFEM Rapport biennal* (New York : UNIFEM, 2000).
2. Adriana Gómez et Deborah Meacham, eds., *Women, Vulnerability, and HIV/AIDS : A Human Rights Perspective* (Santiago, Chili : Latin American and Caribbean Women's Health Network, 1998) : 2.
3. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), *Le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 2000* (Genève : ONUSIDA, décembre 2000) : 3.
4. ONUSIDA, *Campagne mondiale contre le SIDA 1999* ([www.unaids.org/wac/1999/eng/facts%2De.htm](http://www.unaids.org/wac/1999/eng/facts%2De.htm), consulté le 6 mars 2001).
5. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Fact Sheet 10*, "Women and HIV and Mother to Child Transmission" ([www.who.int/HIV\\_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-10/index.html](http://www.who.int/HIV_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-10/index.html), consulté le 9 février 2001).
6. Avert, "Women, HIV and AIDS" ([www.avert.org/womenaid.htm](http://www.avert.org/womenaid.htm), consulté le 12 juin 2000).
7. Ibid.
8. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000* (Genève : ONUSIDA, juin 2000) : 11.
9. OMS, *Fact Sheet No. 242*, "Women and HIV/AIDS" (Genève : OMS, juin 2000).
10. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000* (Genève : ONUSIDA, 2000) : 13.
11. HIVInSite, "Monitoring the AIDS Pandemic, Part II" (<http://hivinsite.ucsf.edu/social/un/2098.3cee.html>, consulté le 24 janvier 2001).
12. Chris Jennings, *Understanding and Preventing AIDS: A Book for Everyone* (Cambridge, Massachusetts : Health Alert Press, 1996).
13. Ibid.
14. Martin Foreman, ed., *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility?* (Londres : Panos/Zed Books, 1998).
15. ONUSIDA, *Campagne mondiale contre le SIDA 1999*.
16. Family Health International (FHI), "Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV," *Impact on HIV* Vol. 1, No. 1 (octobre 1998).
17. ONUSIDA, "AIDS 5 Years Since ICPD: Emerging Issues and Challenges for Women, Young People, and Infants" (Genève : ONUSIDA, 1999) : 6.
18. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 2000* : 3.
19. Ibid.
20. Ibid.
21. Consulter notamment, UNIFEM, *Le progrès des femmes à travers le monde, 2000 UNIFEM Rapport biennal*.
22. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 2000* : 5.
23. Nations Unies, Programme d'action et Déclaration de Beijing, Quatrième conférence mondiale sur la femme, Beijing (Chine), 4-15 septembre 1995 (New York : Nations Unies, 1996) : 60.
24. Julie Hamblin et Elizabeth Reid, "Women, the HIV Epidemic and Human Rights: A Tragic Imperative" (New York : Programme des Nations Unies pour le développement et VIH/SIDA, 1991) : 5.
25. ONUSIDA, "AIDS 5 Years Since ICPD: Emerging Issues and Challenges for Women, Young People, and Infants" : 6.
26. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 2000* : 3.
27. ONUSIDA, "AIDS 5 Years Since ICPD: Emerging Issues and Challenges for Women, Young People, and Infants" : 6.
28. Ibid.
29. OMS, *Fact Sheet 10*, "Women and HIV and Mother to Child Transmission" ([www.who.int/HIV\\_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-10/index.html](http://www.who.int/HIV_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-10/index.html), consulté le 9 février 2001).
30. Ibid.
31. Ibid.
32. Ibid.
33. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000* : 81.
34. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie du SIDA, décembre 1998* (Genève : ONUSIDA, décembre 1998) : 10.
35. Population Reference Bureau (PRB), *La jeunesse du monde 2000* (Washington : PRB, 2000) : 1.
36. HIVInSite, "World AIDS Campaign with Young People" (<http://hivinsite.ucsf.edu/social/un/2098.3f71.html>, consulté le 29 janvier 2001).

37. ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000* : 6.
38. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et ONUSIDA, *Migrant Populations and HIV/AIDS* (Genève : UNESCO et ONUSIDA, juin 2000) : i.
39. HIVInSite, "Monitoring the AIDS Pandemic, Part II."
40. Définition générale des migrants tirée du document de travail de l'ONUSIDA, élaboré pour le deuxième colloque thématique ad hoc à New Delhi, "Migration and HIV/AIDS" (Genève : Conseil de coordination des programmes de l'ONUSIDA, 28 octobre 1998).
41. Ibid.
42. Mary Haour-Knipe, "Migration and HIV/AIDS in Europe" (Genève : Organisation internationale pour les migrations (IOM) et l'University Institute of Social and Preventive Medicine, 3 octobre 2000) : 4.
43. Ibid: 1.
44. Ibid: 9-10.
45. Ibid.
46. OMS, *Fact Sheet 6, "HIV/AIDS: Fear, Stigma and Isolation"* ([www.who.int/HIV\\_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-6/index.html](http://www.who.int/HIV_AIDS/Nursesmidwivesfs/fact-sheet-6/index.html), consulté le 9 février 2001).

## Remerciements

Cet ouvrage s'inscrit dans le cadre de publications hors-série sur la population, la santé de la reproduction et les questions sexospécifiques, produites par le Population Reference Bureau, financées par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), sous l'égide du projet MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-000001-00).

Yvette Collymore du PRB a rédigé le compendium de chaque section et a assuré la compilation et la révision des articles. Heather Lilley du PRB a réalisé la maquette. Justine Sass et Sara Adkins-Blanch du PRB ont co-rédigé le tour d'horizon. Plusieurs autres collaborateurs ont pris part au processus de rédaction et de révision. Nous remercions les collègues suivants qui ont révisé les projets de cette publication et nous ont apporté leurs précieuses observations : Adriana Gomez du Latin American and Caribbean Women's Health Network, Ellen Weiss de Horizons/International Center for Research on Women et Ellen Starbird, Michal Avni, Gabrielle Bushman et enfin Linda Sussman de l'USAID.

Le PRB remercie de leur coopération les rédactrices du projet de Women's Edition, dont les entreprises de presse sont représentées dans cette publication. Les auteurs assument l'entière responsabilité des faits et des interprétations présentés dans les extraits d'articles.

Cette publication a été imprimée par McArdle Printing Company, Inc.

Photo de couverture © Digital Vision

Photo La vulnérabilité spécifique des femmes face au VIH/SIDA (page 6) : © CLEO Photography

Photo Transmission mère-enfant (page 13) : © Liz Gilbert, avec la gracieuse permission de la Fondation David and Lucile Packard et M/MC Photoshare à [www.jhuccp.org/mmc](http://www.jhuccp.org/mmc)

Photo Les jeunes et le VIH/SIDA (page 16) : © Banque mondiale/Tomas Sennett

Photo Migration et VIH (page 19) : © Victor Englebert

Photo Vivre avec le VIH ou le SIDA (page 24) : © OMS/L. Grubb

© Population Reference Bureau, août 2001

**PRB**

*Population Reference Bureau*

**MEASURE Communication**

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520

Washington, DC 20009 E.-U.

Téléphone : (202) 483-1100

Télécopieur : (202) 328-3937

E-mail : [measure@prb.org](mailto:measure@prb.org) ou [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org)

Site Web : [www.measurecommunication.org](http://www.measurecommunication.org)

ou [www.prb.org](http://www.prb.org)

