

Le SIDA

SOMMAIRE

- Edito : Le sida, maladie économique et politique/Anne Peeters
 - Etendue de la pandémie : cartes et chiffres
- Le sida en Afrique subsaharienne : virus ou verrous/Brahim Lahouel
 - La réponse des pouvoirs publics/Natacha Wilbeaux
- Le sida, révélateur des disparités en Afrique/Annabel Desgrees du Lou et al.- IRD Abidjan
 - Vulnérabilité des jeunes femmes en Argentine face aux MST et VIH/sida/Dalia Szulik, Nina Zamberlin, CEDES
- Pour en savoir plus/Marc François

Le sida Maladie économique et politique

Quand le sida est apparu vers le début des années 80, personne n'a soulevé les inégalités socio-économiques que la maladie recelait. Et pourtant, le problème était déjà là, évident: c'était la maladie partie d'Afrique, qui, dans les pays riches, disait-on, touchait les homosexuels et les prostituées. Et si la science et l'éducation ont eu finalement raison des clichés, l'inégalité face à la maladie est restée.

Le sida ne va pas de pair avec le sous-développement, ni avec les discriminations en tous genres. Il est pourtant un des plus effroyables révélateurs des déséquilibres dans les rapports entre les hommes et les femmes, entre les riches et les pauvres, entre les pays industrialisés du Nord et les pays du Sud. Il révèle l'absence de maîtrise de certaines catégories de femmes sur leur destinée, absence plus lourde encore dans des régions comme l'Afrique, le poids du développement économique et social sur l'accès aux thérapies et enfin, la pesanteur et l'impact des règles en matière de commerce international qui ont mis à l'écart des progrès scientifiques en matière de lutte contre la maladie, des régions entières du Sud de la planète.

Le sida est un problème médico-social grave, un de ceux dans le genre qui ont sans doute le plus d'impacts sur le développement économique. Dans certaines régions d'Afrique, le taux d'infection dépasse les 30% de la population. Il touche certaines catégories de la population, plus que d'autres. Mais on ne peut réduire la maladie à ce seul prisme. Le sida est aussi un frein très important au développement économique. Il est patent aujourd'hui que, dans des pays où son ampleur est importante, il s'est notamment attaqué aux enseignants. Avec eux, c'est souvent le système d'enseignement tout entier qui est laminé. Le poids reconnu de l'éducation dans le processus de

développement suffit à expliquer, dans ces cas de figure, les conséquences de la pandémie. En outre, la faiblesse des structures sanitaires dans les pays touchés et le manque de moyens pour remédier à cette caractéristique plongent les pays touchés au Sud dans des abîmes sans fin. Pour Paul Farmer, cité dans un article de ce dossier, il s'agirait d'une véritable "violence structurelle".

Face à ce qui d'évidence est un problème de développement, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) plaide pour un renforcement de la production de médicaments dans les pays du Sud. Cette hypothèse - le procès intenté au gouvernement sud-africain par des firmes pharmaceutique l'a rappelé - ramène évidemment aux débats sur la propriété intellectuelle tel qu'il est mené dans l'enceinte de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC). Et si il y a eu abandon de la plainte par les entreprises, la question de l'accès aux brevets n'en est pas pour autant réglée face aux contraintes internationales.

Enfin, on ne saurait passer sous silence le fait que le sida et son traitement sont aussi des problèmes éminemment politiques. Et c'est encore l'Afrique du Sud qui en offre l'illustration. La maladie y a touché davantage les populations des townships, généralement proches de l'ANC, parti au pouvoir depuis la fin de l'apartheid. Le déséquilibre entre les impacts de la maladie par origine ethnique et par sympathies politiques y a été telle qu'il a fait craindre le pire au Président Mandela, ouvrant la voie à une réflexion et à des actions sur l'accès aux traitements. Décisions qui ont été suivies par les réactions judiciaires rappelées plus haut..

Anne Peeters

Le Sida en Afrique subsaharienne

Virus et verrous

Vingt ans après la notification de la première manifestation clinique du syndrome d'immunodéficience acquise, le SIDA est devenu la maladie la plus dévastatrice que l'humanité ait jamais connue. Depuis le début de l'épidémie, plus de 60 millions de personnes ont été infectées par le virus. Le VIH/SIDA est maintenant la première cause de décès en Afrique subsaharienne. Dans l'ensemble du monde, il figure au quatrième rang des maladies les plus meurtrières.

ONUSIDA, décembre 2001

En 2001, le SIDA a tué 2,3 millions d'Africains. Dans le monde, 3 millions de décès sont imputables à cette infection. Incontestablement, l'Afrique subsaharienne demeure la région la plus touchée par le VIH/SIDA. Avec quelque 15000 nouvelles infections par jour, le nombre total de porteurs a atteint les 3,4 millions en cette fin d'année 2001, ce qui porte à 28,1 millions le nombre total des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans cette région. Ces chiffres, rendus publics par l'ONUSIDA dans son rapport du mois de décembre 2001, reflètent la progression fulgurante de ce que certains ont qualifié de «maladie sociale», «maladie de développement» ou encore «maladie de la pauvreté». Dans le même rapport, l'ONUSIDA s'inquiète de la vitesse de propagation du VIH : «*les taux de prévalence du VIH se sont élevés à des niveaux alarmants dans certaines parties de l'Afrique australe, où les données les plus récentes recueillies dans les dispensaires prénatals révèlent des niveaux supérieurs à 30% dans plusieurs régions. Au moins 10% des personnes entre 15 et 49 ans sont infectées dans 16 pays africains, y compris plusieurs pays d'Afrique australe, où 20% au moins sont infectées*». D'après le PNUD (Rapport 2001), la

pandémie touche un adulte sur sept au Kenya, un sur cinq en Afrique du Sud, un sur quatre au Zimbabwe et un sur trois au Botswana. Dans les pays de l'OCDE, le pourcentage de la population adulte de 15 à 49 ans infectées par le virus est de 0,3%.

La progression de la pandémie est fulgurante. En 1995, on recensait 200 000 personnes atteintes par le VIH/SIDA dans toute la région. En 1999, on estime à 250 000 uniquement le nombre de victimes de cette maladie pour le seul Etat d'Afrique du Sud.

Les estimations pour l'an 2001 avancent le chiffre de 40 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA de par le monde dont 28 millions en Afrique subsaharienne soit 70% du total.

Quelque 13 millions d'enfants de l'Afrique subsaharienne sont devenus orphelins à cause du SIDA. En 1999, 1,7 millions d'enfants avaient déjà perdu leur mère ou leurs deux parents à cause de cette maladie.

Dans la même région, l'épidémie touche désormais plus les femmes que les hommes. Le pourcentage des femmes parmi les adultes séropositifs est de 55%. Il y a quelques années c'était le contraire. Pour Annabel

Desgrees du Lou : «*la progression plus rapide de l'épidémie chez les femmes que chez les hommes s'explique en partie par des facteurs biologiques (le virus VIH passe plus facilement de l'homme à la femme que de la femme à l'homme au cours des rapports sexuels), mais aussi largement par des facteurs sociaux et culturels*»¹.

Les perspectives ne sont pas moins effrayantes! D'après un rapport de la Communauté de développement de l'Afrique australe, qui rassemble 14 pays de la région, le VIH/SIDA fera plus de 10 millions de victimes en Afrique subsaharienne d'ici 2015.

Comparé à d'autres fléaux, Mme Carol Bellamy, Directrice de l'UNICEF, rappelle qu'en 1998, environ 200.000 personnes sont mortes dans les guerres qui ont ravagé l'Afrique mais, pendant la même période, sur le même continent, le SIDA a fait 2 millions de morts.

¹ Annabel Desgrees Du Lou et al., Le sida, révélateur des disparités de genre en Afrique, Colloque int. : Genre, population et développement en Afrique, 16-21 juillet 2001, Abidjan.

Statistiques et caractéristiques de l'épidémie de VIH/SIDA par région, fin 2001

Régions	Début de L'épidémie	Adultes et Enfants vivant avec le VIH/SIDA	Nouveaux cas d'infection à VIH chez les adultes et les enfants	Taux de prévalence chez les adultes *	Pourcentage des femmes parmi les adultes séropositifs	Principaux modes de transmission # chez les adultes vivant avec le VIH/ SIDA
Afrique subsaharienne	Fin années 70 Début années 80	28,1 millions	3,4 millions	8,4 %	55%	Hétéro
Afrique du Nord Moyen-Orient	Fin années 80	440 000	80 000	0,2%	40%	Hétéro, ID
Asie du Sud Et du Sud-Est	Fin années 80	6,1 millions	800 000	0,6%	35%	Hétéro, ID
Asie de l'Est et Pacifique	Fin années 80	1 million	270 000	0,1%	20%	ID, Hétéro, Homo
Amérique latine	Fin années 70 Début années 80	1,4 million	130 000	0,5%	30%	ID, Hétéro, Homo
Caraïbes	Fin années 70 Début années 80	420 000	60 000	2,2%	50%	Hétéro, Homo
Europe orientale Et Asie centrale	Début années 90	1 million	250 000	0,5%	20%	ID
Europe occidentale	Fin années 70 Début années 80	560 000	30 000	0,3%	25%	Homo, ID
Amérique du Nord	Fin années 70 Début années 80	940 000	45 000	0,6%	20%	ID, Hétéro, Homo
Australie et Nouvelle-Zélande	Fin années 70 Début années 80	15 000	500	0,1%	10%	Homo
TOTAL		40 millions	5 millions	1,2%	48%	

* Proportion d'adultes (âgés de 15 à 49 ans) vivants avec le VIH/SIDA en 2001, d'après les statistiques démographiques de 2001.

Hétéro : transmission hétérosexuelle; homo: transmission entre hommes homosexuels; ID : transmission par l'injection de drogue.

Source : ONUSIDA

Pourquoi cette maladie est-elle traitable et en voie de stabilisation au Nord alors qu'elle demeure incurable et en expansion au Sud? L'ONUSIDA repère un premier élément de réponse : «*l'inégalité d'accès à des traitements abordables et à des services de santé adéquats constitue l'un des principaux facteurs expliquant les différences considérables dans les taux de survie des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays et*

communautés riches et pauvres». Effectivement, le nombre d'Africains affectés par le SIDA qui ont accès aux antirétroviraux est tout à fait dérisoire. Selon le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, M. Peter Piot, ils ne sont pas plus de 30.000 à être sous trithérapie. Or, de l'avis de tous les spécialistes, ces médicaments peuvent diminuer de 60 à 70 % la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH.

D'autres arguments ont été avancés pour expliquer la «*tragédie africaine*» : pauvreté endémique, tabou culturel, faiblesse et inadaptation du système sanitaire, défaillance des structures étatiques, etc. Plus fondamentalement, dans sa leçon inaugurale prononcée le 9 novembre 2001 au Collège de France, le médecin et anthropologue Paul Farmer, nous invitait à réfléchir sur les inégalités et sur les structures qui les perpétuent : «*La tuberculose et le SIDA causent des millions de décès précoces chaque*

année. Au niveau mondial, les deux pathologies constituent la première cause de mortalité due à des maladies infectieuses parmi les adultes. Quiconque réfléchit sur la violence structurelle doit s'intéresser plus particulièrement à ces maladies et aux structures sociales qui les perpétuent². Comment croiser les connaissances et les compétences pour ne pas réduire ces maladies seulement à des questions liées aux politiques médicales et aux comportements sexuels mais pour mieux interroger la situation actuelle de l'Afrique subsaharienne à laquelle elle nous renvoie?

Réalités économiques

Dans son dernier rapport consacré au développement économique en Afrique, la CNUCED (Conférence des Nations Unies pour le Commerce et le Développement), résumait ainsi la situation économique africaine : «Les pays africains restent d'une manière générale tributaires de l'exportation d'un tout petit nombre de produits de base, et la dégradation de leurs termes de l'échange a encore réduit leur capacité de réaliser les investissements nécessaires en capital humain et en infrastructures matérielles»³. Dans le même rapport la CNUCED souligne que : «Les actuels niveaux d'épargne nationale et

d'investissement sont insuffisants pour alimenter le processus d'accumulation qui placerait l'Afrique sur la voie d'une croissance durable». Elle déplore que : «Malgré les engagements pris par la Communauté Internationale d'aider l'Afrique dans ses efforts pour accélérer sa croissance, l'appui fourni a été bien loin de répondre aux attentes. De fait, l'aide publique au développement n'a cessé de diminuer, pour tomber à moins d'un tiers des objectifs internationaux convenus. De plus, malgré de récentes mesures prises pour réduire la dette des pays africains, dont l'initiative PPTTE renforcée, la perspective d'une solution durable aux problèmes d'endettement de l'Afrique reste des plus incertaines».

Concernant ce dernier élément on estime que le service de la dette coûte chaque année à l'Afrique subsaharienne quatre fois le montant des budgets de santé et d'éducation.³

Cette réalité économique explique en grande partie l'approfondissement du fossé qui sépare le Nord du Sud. Selon l'UNICEF⁴, «les Etats-Unis dépensent chaque année 880 millions de dollars pour lutter contre leurs 40.000 nouveaux cas annuels de SIDA, mais l'Afrique qui doit, dans le même laps de temps, faire face à quatre millions de nouvelles infections, ne dispose que de 149 à 160 millions de dollars, et cela est

tout simplement inacceptable».

Il y a à ce jour relativement peu d'études systématiques sur l'impact économique de l'épidémie, reconnaît l'ONUSIDA (Rapport 2000). Toutefois, la Fondation américaine pour la recherche sur le SIDA a indiqué dans une étude réalisée fin 1999, que 80 % des personnes qui meurent des conséquences de la maladie sont des actifs âgés entre 20 et 50 ans. On imagine l'impact désastreux d'une telle donnée sur l'économie de la région. D'après l'Internationale de l'Education : «Dans certains pays, le nombre d'enseignants qui succombent au SIDA est supérieur au nombre d'enseignants qui partent à la retraite. Le nombre de jeunes enseignants formés ne suffit plus à remplacer ceux qui sont décédés».

Indéniablement, ces difficultés économiques constituent un frein pour tout développement de projet destiné à traiter les malades et à prévenir la propagation de la maladie. C'est pourquoi les initiatives se multiplient afin d'organiser une solidarité internationale effective pour soutenir des efforts locaux de lutte contre la pandémie. Dans ce sens, lors de la XII Cisma Décembre 2001, à Ouagadougou la capitale de Burkina Faso, le représentant de l'ONU, M. Stephen Lewis, a plaidé pour que le Nord alloue davantage de ressources à l'Afrique, qui a besoin de cinq milliards de dollars US par an pour lutter contre le virus du SIDA et ses conséquences.

De leur côté, les cinquante chefs d'état et ministres africains réunis pour le Sommet sur le SIDA, à Abuja au Nigeria en avril 2001, se sont engagés à consacrer 15 % de leur budget annuel au secteur de la santé contre 5 à 7 % actuellement. De plus, le

² Paul Farmer, Une réalité horriblement intéressante, Le Monde 11-12 novembre 2001.

³ CNUCED, Le développement économique en Afrique : Bilan, perspectives et problèmes fondamentaux. Cote du document ONU:Unctad/GDS/Africa/1, Genève, 2001

³ D. Comanne et E. Toussaint, La dette : ce nouvel esclavage de l'Afrique, dossier CADTM/GRESEA no 15, Bruxelles, 1995, p. 91.

⁴ Carol Bellamy, Communication de l'UNICEF lors de la XIe Conférence internationale sur le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique (CISMA), Lusaka, Zambie, Sept 1999

secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, a plaidé en faveur de la constitution d'un fonds commun de lutte contre le Sida d'un montant de dix milliards de dollars. L'affectation de ce fonds n'est pas encore suffisamment claire, surtout concernant la prise en charge de l'accès aux médicaments. En tout état de cause, aussi importante soit-elle, la somme plaidée par Kofi Annan pour alimenter ce fonds représenterait à peine 1 % du budget consacré à l'armement par tous les états de la planète !

Tous efforts, si louables soient-ils, ne s'attaquent hélas pas aux fondements économiques de ces inégalités. Une solution à plus long terme consisterait, d'après le PNUD, à renforcer les capacités de production pharmaceutique dans les pays en développement.

Accès aux médicaments

En l'absence de la mise au point d'un vaccin ou d'une thérapeutique plus efficace de l'infection, l'accès au médicament demeure un aspect crucial dans la lutte contre le Sida. Lors de la XIIe Conférence internationale sur

le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique (CISMA) tenue en décembre 2001 à Ouagadougou, Le Dr Ibra Ndoeye, président de l'Union africaine contre les infections sexuellement transmises affirmait que «*la priorité doit être l'accès des malades aux médicaments antirétroviraux (ARV)*». Il avertissait que : «*ce serait l'hécatombe, si les personnes éligibles aux ARV n'ont pas accès aux médicaments*». Le Dr Ndoeye n'a pas hésité à parler de «*génocide des personnes vivant avec le VIH*» en rappelant que «*deux millions de personnes meurent en Afrique subsaharienne parce qu'ils sont pauvres et vivent en Afrique*».

Sélection d'indicateurs socioéconomiques

	Population (millions)		PNB par tête (\$US)	Classement IDH ¹	Taux d'alphabétisation des adultes (pour cent)			Espérance de vie à la naissance	Taux de décès brut ²	Mortalité maternelle ³	Mortalité infantile ⁴
	Total	Agée de 15–49 ans			Total	Hommes	Femmes				
Bénin	5,937	2,681	380	157	37	49	26	53	13	990	86
Ghana	16,678	9,150	390	129	65	76	54	60	9	740	64
Kenya	29,549	14,261	340	138	78	86	70	52	13	650	65
Namibie	1,695	0,795	2.110	115	n.a.	n.a.	n.a.	51	16	370	68
Afrique du Sud	39,900	20,962	3.210	103	82	82	82	54	14	230	60
Zambie	8,976	4,102	370	153	78	86	71	40	20	940	80

Source: ONUSIDA-UNECA, 2000

1. Indice de développement humain, 2000
2. Décès pour 1.000 habitants
3. Décès pour 100.000 naissances vivantes
4. Décès pour 1.000 naissances vivantes

Il vrai que les coûts de ces médicaments restent hors des capacités financières des pays africains. D'après le PNUD (Rapport 2001) : «*en décembre 2000, les antirétroviraux coûtaient*

10 000 à 12 000 dollars par malade et par an. A ce prix, en 1999, le Kenya et la Zambie auraient dû verser respectivement au moins deux fois et plus de trois fois leur revenu national pour

fournir les traitements nécessaires». Dans ces conditions, on comprend pourquoi en Afrique subsaharienne seulement 0,1% de personnes touchées par le VIH/SIDA bénéficient de ces médicaments

vitaux. On comprend également pourquoi des pays comme l'Afrique du Sud, le Brésil, Cuba, l'Inde et la Thaïlande se sont mis à produire des antirétroviraux sous forme générique à des prix sans commune mesure avec ceux exigés par les grandes firmes pharmaceutiques des pays industrialisés. Ce qui a permis au Brésil par exemple de distribuer gratuitement ces médicaments, sauvant ainsi plusieurs vies humaines. Le Botswana lui a emboîté le pas en annonçant en 2001 sa volonté de fournir gratuitement ces médicaments à ses patients. En produisant des médicaments génériques, les prix de la trithérapie sont passés d'un maximum de 12

000 dollars à ...200 dollars. Dans ces conditions, on comprend mieux les motivations de ceux qui promouvaient la prévention tout en prônant «*l'abstention thérapeutique*».

Bien entendu, les problèmes ne sont pas pour autant tous résolus, les experts africains le reconnaissent. Le dernier sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses, qui a eu lieu à Abuja (Nigeria) entre le 24 et le 27 avril 2001 concluait notamment : «*Il n'y a aucun doute que les 3-4 milliards de dollars par an pour les programmes sur le SIDA en Afrique ne résoudront pas le problème du VIH/SIDA. Il y a d'autres obstacles non*

financiers qui doivent aussi être surmontés tels que le déni continu, la stigmatisation des personnes infectées par le virus, la faible capacité des systèmes d'éducation, de santé et d'information pour atteindre les populations, et les écarts importants dans la capacité technique et de gestion pour planifier, mettre en oeuvre et évaluer les activités de lutte contre le SIDA. Ces obstacles non financiers doivent être abordés avec forte détermination et avec imagination».

Brahim Lahouel

La réponse des pouvoirs publics face au VIH/sida

L'épidémie de sida représente une crise sanitaire internationale sans précédent. Plus de 35 millions de personnes sont aujourd'hui contaminées.

Le sida touche toutes les nations du monde. Les pays de l'Europe occidentale, l'Asie, l'Europe de l'Est, les pays arabes, l'Amérique latine, les USA et l'Afrique noire sont tous frappés par cette épidémie dont l'éradication pose problème puisque jusqu'à ce jour aucun vaccin ni remède n'a pu être trouvé.

Face à un même drame, les pays apportent des réponses différentes—en fonction de leur conception de la société, de leurs ressources, de leur politique et du poids de leur opinion publique—aux questions capitales qui préoccupent chacun : prévention des situations à risque (transfusion sanguine, toxicomanie par injection, rapports sexuels non protégés...), dépistage obligatoire, secret médical, ségrégation des séropositifs, discriminations dans le travail et dans l'accès à l'assurance, respect de la vie privée,...

Quelles sont les mesures mises en œuvre ?

La propagation de l'épidémie de sida exige l'élaboration d'une politique de lutte basée sur trois actions simultanées :

- Sur le plan de l'information et de l'éducation ;
- Sur le plan médical;
- Sur le plan de la législation.

L'information et l'éducation

En l'absence de vaccin ou de traitement permettant une guérison définitive, la prévention reste un outil essentiel dans le contrôle de l'épidémie. Le sida étant une maladie transmissible exclusivement par des rapports sexuels non protégés, par le sang ou par la gestation, la prévention est essentiellement basée sur les comportements humains. Elle implique l'information, l'éducation, le dépistage et le changement de comportement des personnes déjà affectées par le virus ou susceptibles d'être contaminées.

En période de restriction budgétaire, une des grandes inconnues est la question de la combinaison et du dosage

de divers types de prévention (prévention en population générale, prévention plus ciblée sur des groupes vulnérables, prévention individuelle et conseil). Toutes ces formes de prévention sont utiles, mais il est très difficile d'estimer quel est le mélange approprié en tenant compte de leur durabilité, leur efficacité, leur coût.

Le même problème se pose pour les acteurs de la prévention. Quelle sera la bonne combinaison entre les acteurs institutionnels, les associations, les spécialistes et les non-spécialistes assumant une tâche de prévention dans leur activité quotidienne ?

Il est également important de percevoir si la prévention fait les frais d'une certaine banalisation de l'épidémie. Observe-t-on un changement dans la perception de l'épidémie, un relâchement de la protection, une recrudescence des nouvelles infections ?

Chacun de ces éléments pose de nouvelles questions pour la prévention.

La tendance du sida à devenir une maladie de la pauvreté et de l'ignorance, comme tant d'autres maladies infectieuses, est

particulièrement inquiétante et la surveillance de l'évolution des inégalités face à la prévention est une nécessité.

Quand on s'interroge sur la légitimité d'une campagne contre le sida pour des gens qui se considèrent comme promis à une mort prochaine, on peut d'abord reconnaître que toutes les situations d'urgence ne sont pas égales. Dans les cas extrêmes (guerres, famines, déplacement de populations), on doit satisfaire d'abord les besoins les plus vitaux —manger, boire, être à l'abri— avant d'envisager toute autre action. Ici, parler du sida n'est visiblement pas une priorité immédiate, mais l'oublier serait désastreux. Quant aux situations de précarité, qui sont le lot de tous les pays en développement, rappelons le proverbe selon lequel « ventre affamé n'a pas d'oreille ».

Dans les deux cas de situation extrême et de précarité, la prévention du sida —disons le avec provocation— n'a pas de sens.

En situation de précarité, l'objectif est la survie de l'individu. Le discours sur le risque d'une mort différée a donc peu de valeur dans la situation d'une mort immédiate.

Le problème, non résolu aujourd'hui, est de trouver la manière de mettre en œuvre des programmes efficaces de prévention qui aient un sens pour les personnes en situation de précarité et/ou en situation extrême.

Les réponses aux problèmes de santé : le plan médical

La lutte contre le sida requiert que des moyens exceptionnels soient mis en œuvre pour parvenir à une meilleure connaissance de la maladie, notamment des données épidémiologiques, et pour favoriser l'élaboration des vaccins et des médicaments efficaces. Le traitement actuel le plus efficace du sida est une trithérapie basée sur des antirétroviraux (AVR). Or, celui-ci est très coûteux. Une comparaison mondiale des coûts des traitements montre combien les régions les plus infectées –Asie, Afrique subsaharienne– n'ont pas les moyens d'endiguer l'épidémie actuelle.

Lors de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2000, les représentants de plusieurs Etats du Sud (notamment le Zimbabwe, le Swaziland et le Brésil) en appellent au principe fondamental d'équité, affirment leur volonté d'accéder aux traitements, notamment antirétroviraux. Pour la première fois, ces pays remettent en question le prix des médicaments et insistent sur les possibilités de production locale et d'importation de génériques ou de copies sous certaines dispositions légales. Ce faisant, les délégations des pays en développement se rapprochent des associations de malades, des groupes de consommateurs et des ONG qui, depuis le début de l'année 1999, défendent la protection des enjeux de santé face aux impératifs économiques, et qui ont poussé à l'émergence de ce débat lors des négociations de l'OMC à Seattle. L'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle relatifs au

commerce (ADPIC ou TRIPS en anglais) rend encore plus difficile l'accès aux traitements du fait des monopoles exercés par les grandes compagnies et de l'interdiction des copies génériques. Pourtant, l'OMC a prévu des accommodements qui sont intégrés dans les trips. En résumé, un pays peut fabriquer ces copies génériques en cas d'urgence sanitaire. Plusieurs pays tentent de s'engouffrer dans la brèche, malgré la farouche opposition des compagnies pharmaceutiques qui parlent de piratage. Début 2001, un retentissant procès débute à Pretoria, en Afrique du Sud, le pays qui compte le plus grand nombre de séropositifs au monde : près de 5 millions de personnes. Une quarantaine de laboratoires pharmaceutiques portent plainte contre le gouvernement sud-africain qui, en 1997, adopte une loi d'urgence favorisant l'accès aux génériques. Mais c'est rapidement la déroute pour l'industrie pharmaceutique opposée à une coalition regroupant des ONG internationales comme Médecins sans frontières ou Oxfam, des associations locales de personnes vivant avec le VIH/sida, etc. Le 19 avril, les laboratoires retirent leur plainte. Au niveau de l'Afrique du Sud, la victoire est théorique. Le gouvernement annonce qu'il n'a pas les moyens de recourir aux génériques à grande échelle pour soigner sa population contaminée. Mais depuis quelques mois, c'est du Brésil que proviennent les meilleures nouvelles. Malgré les protestations et les plaintes des laboratoires et des Etats-Unis, malgré les soit-disant bonnes raisons selon lesquelles les multithérapies

sont des traitements trop sophistiqués pour les systèmes de santé trop fragiles des pays pauvres, le Brésil produit des multithérapies génériques et les offre à ceux qui en ont besoin. Conjugée à des campagnes de prévention efficaces, cette politique s'avère payante : le nombre de cas de sida diminue fortement depuis 1997.

La législation : les atteintes aux droits de l'Homme et aux libertés publiques

Un certain nombre d'Etats ont légiféré pour prévenir la maladie notamment en veillant sur la sécurité des transfusions. Dans un effort pour réduire la transmission par voie sexuelle de l'infection par VIH, plusieurs pays, tels que la France, ont libéralisé leurs lois concernant la publicité des préservatifs -autrefois interdite- « en tant que moyen de lutte contre les MST ». Ce pays a également libéralisé la législation régissant l'accès aux seringues et aiguilles vendues en pharmacies. Aux côtés de ces engagements positifs, certains Etats mettent aussi sur pied une réglementation défavorable aux malades qui pose des problèmes concernant les droits civils et politiques mais aussi les droits économiques, sociaux et culturels. Les premières touchent tout d'abord la vie privée. Le dépistage, s'il est souvent seulement conseillé, peut être imposé. C'est parfois le cas pour les nationaux. Ainsi la Bavière « permet le dépistage obligatoire de toute personne chez laquelle la suspicion d'avoir contracté le VIH n'a pu être écarté. Sont considérés comme suspect, entre autre les prostituées ainsi que les toxicomanes intravéneux ». En Suède la législation contraint toute personne qui doit se douter qu'elle est atteinte d'une maladie « mettant en danger la société » à se rendre sans délai chez un médecin pour se faire examiner. Dans quelques cas, l'accès à

certaines activités ou emplois exige un contrôle obligatoire : l'Autriche le requiert des prostituées tous les trois mois, la Belgique l'impose à certains militaires de carrière. La France le demande aux militaires revenant de certains pays africains ou de Guyane française.

Le test systématique ou de routine est effectué en Pologne chez les personnes atteintes de maladies vénériennes, les prostituées et les drogués sous traitement de désintoxication ; au Royaume-Uni on dépiste toutes les personnes se rendant en consultation prénatale et de traitement des MST.

Les Etats protègent en général la confidentialité des informations. Cependant le secret médical est –ou peut être- levé au Royaume-Uni, en Autriche, en Belgique devant les tribunaux.

En ce qui concerne les étrangers, les mesures obligatoires de contrôle sont fréquentes. Une cinquantaine de pays dans le monde imposent des restrictions relatives à l'entrée sur leur territoire de personnes atteintes par le VIH. Dans la moitié de ces cas, ces restrictions ne concernent que les candidats à l'immigration. Dans l'autre, elles réglementent tous les types d'entrée sur le territoire. Les législations les plus restrictives sont celles du Botswana, de la Chine, des Etats-Unis d'Amérique, de l'Iraq, de la Lybie, de la Thaïlande et du Yemen. Pour ne donner qu'un exemple, la Chine interdit l'entrée sur son territoire à tout étranger séropositif ou malade du sida. Au cas où il y serait déjà, il doit quitter la Chine immédiatement : des

dispositions sont prévues à cet effet. Jusqu'à la date du départ, des mesures d'isolement ou de quarantaine peuvent être prises. Une législation similaire régit l'entrée sur le territoire thaïlandais.

En ce qui concerne les droits économiques, sociaux et culturels, des discriminations existent même si elles sont le plus souvent insidieuses. En matière d'emploi, les législations n'ont, en général pas été modifiées pour tenir compte du sida. Mais dans certains Etats, le test d'embauche est obligatoire pour certaines catégories : en Bavière et en Suisse il est exigé des travailleurs étrangers ; en Espagne, il peut être exigé des travailleurs non communautaires ; au Royaume-Uni, en Suède, la loi n'interdit pas à un employeur de demander un test.

L'examen des législations étrangères témoigne de la variété des choix opérés. De nombreux pays portent de graves atteintes aux droits des sidéens en adoptant des dispositions ségrégatives⁵, notamment contre les groupes à hauts risques (prostituées, toxicomanes, homosexuels...). Poussée à l'extrême, la défense des « biens portants » pourrait aboutir à une neutralisation par la mise à l'écart⁶, voire à un marquage des victimes du sida.

A l'opposé, on assiste à une nouvelle tendance de la législation visant à lutter

⁵ Exemple : la Bulgarie, la Chine, l'Inde et l'URSS ont opté pour un dépistage systématique des étrangers porteurs du VIH.

⁶ Mise en quarantaine autorisée au Texas, reconduction hors des frontières des étrangers atteints.

contre toute forme de discrimination et de stigmatisation dont pourraient être victimes les personnes atteintes du VIH/sida. C'est le cas notamment de la loi de juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap, promulguée en France. Dans un compte rendu publié par l'OMS en 1990 dans le *recueil international de législation sanitaire*, Häusermann, spécialiste éminente en matière des droits de l'Homme dans le domaine du sida, s'exprime en ces termes :

« Dans le cas de l'infection par VIH et du sida, les médecins et les experts en santé publique ont systématiquement souligné que le respect des droits et de la dignité individuelle et une stricte observation du principe du secret médical sont essentiels pour prévenir et combattre efficacement le sida. La crainte de l'isolement ou de la stigmatisation ne peut aboutir qu'à rejeter la maladie dans la clandestinité et restreindre l'accès de ceux qui en ont le plus besoin à l'éducation et aux consultations quant à la façon de prévenir la progression de la propagation de l'infection par VIH ».

Pour que celui qui se sait atteint par le VIH respecte les autres, il faut qu'il soit respecté et aidé et non pas soumis à des discriminations, ni présumé animé d'intentions criminelles. Il importe d'assurer la protection de la société contre une épidémie mais de garantir en même temps la protection des individus atteints dans le respect de leur vie privée, leur droit au travail, leur insertion sociale, en un mot leur liberté individuelle.

Facteurs qui influencent les mesures mises en oeuvre

Il est intéressant de rechercher les facteurs qui influent sur les mesures mises en oeuvre dans les différents pays. Il est sans

doute impossible d'en dresser une liste exhaustive, mais on peut en relever les plus importants :

- Les traditions historiques ou politiques : certains pays sont attachés à la défense de l'individu, à la défense des droits de l'Homme et des libertés publiques, à la démocratie, d'autres à la défense de la collectivité. Les premiers mettront l'accent sur la protection des droits des séropositifs, sur la prévention volontaire, les autres sur les mesures obligatoires. Certains pays pratiquent le libéralisme économique, d'autres le corrigent par des lois sociales. Le droit du travail, le droit des assurances, la sécurité sociale seront influencés par ces choix politiques ;
- Les dimensions sociologiques et historiques : les moyens de lutte diffèrent selon l'appréhension sociale de la norme et de la déviance. Les traditions en matière de sexualité : nombre important de prostituées parmi la population, multiplicité des partenaires admise, groupes bien organisés d'homosexuels ou au contraire réprobation du dévergondage sexuel, et l'accueil réservé aux toxicomanes, malades ou délinquants, entraîneront des mesures différentes.
- Ces dimensions sociales dépendent elles-mêmes des croyances religieuses ou philosophiques dominantes dans chaque pays. Il semble par exemple que les pays de tradition

catholique, protestante, musulmane ou bouddhique ne réagissent pas de la même manière en face du sida, encore qu'il existe bien des nuances entre eux.

- Il est enfin nécessaire de tenir compte de données économiques et géographiques, ainsi par exemple l'ouverture plus ou moins au tourisme ou aux migrations de travailleurs entraîne une plus ou moins grande sensibilisation aux problèmes du sida.
- On ne peut, pour terminer, passer sous silence les facteurs psychologiques et psycho-sociologiques qui influent sur l'attitude de chaque peuple en face du sida. Certains acceptent de parler librement et ouvertement de l'ampleur de la maladie, d'autres, au contraire, en nient l'existence ou en minimisent la portée.

Les programmes de lutte dans les pays en développement

Pendant plus de 15 ans, les bailleurs de fonds internationaux ont imposé dans les pays pauvres une stratégie de lutte contre l'épidémie axée sur la prévention, excluant quasiment la prise en charge des malades : utilisation du préservatif, sélection et/ou réduction du nombre de partenaires sexuels, fidélité, abstinence, sécurité transfusionnelle. Ces stratégies, reposant avant tout sur un changement de comportements, s'inscrivaient dans le cadre d'une politique globale de prévention des contaminations. Certains travaux d'évaluation ont laissé entrevoir une évolution des

comportements dans certains pays, qui se manifeste par une utilisation accrue du préservatif ou la réduction du nombre des partenaires sexuels, mais la propagation exponentielle de l'épidémie atteste finalement de l'échec de cette politique exclusive.

Dans les pays pauvres, le sida reste un tabou, une condamnation à mort. Ce contexte de peur et de rejet n'incite ni à connaître son statut sérologique, ni à prendre en compte les risques de contamination.

Le gouvernement ougandais a été l'un des premiers en Afrique à organiser une campagne nationale d'éducation et d'information destinée à prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle, celle-ci constituant la cause de l'infection dans environ 90% des cas. Les équipements de transfusion sanguine ont également été modernisés, afin de réduire les risques de transmission de la maladie par l'utilisation de sang contaminé.

La campagne d'éducation et d'information, qui a commencé en 1986, a réussi à toucher presque toute la population : plus de 60% des adultes sont considérés aujourd'hui comme ayant une « bonne connaissance » du VIH/sida. Pourtant, cette meilleure connaissance du phénomène n'a pas encore amené les changements escomptés dans les comportements sexuels.

L'état de santé de la population peut avoir un effet sur l'économie d'un pays. Depuis près de deux ans, la Banque mondiale, premier « financeur » mondial de la lutte contre le sida dans les pays en développement, a en conséquence fait évoluer son discours et alerte les décideurs politiques sur les conséquences tant démographiques qu'économiques de l'épidémie.

Le VIH/sida et la pauvreté étant intimement liés, la lutte contre la pauvreté doit donc être une partie intégrante de toute campagne contre l'épidémie.

Le fait que la banque mondiale prenne la tête des tribunes médiatiques, lors de la XI^e conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique, à Lusaka en septembre 1999, est significatif : l'épidémie de sida est désormais considérée comme une « crise du développement ». Une crise justifiant, pour la première fois, en janvier 2000, une réunion du Conseil de Sécurité des Nations unies à New York sous l'égide de Koffi Annan sur le thème du sida en Afrique. La lutte contre le sida prend assurément un nouveau tournant. L'épidémie devient une « priorité immédiate » parce qu'elle représente dorénavant « la plus grande menace à la stabilité économique, sociale et politique en Afrique australe et orientale ».

Conclusion

L'unanimité n'est pas faite quant à la manière la plus efficace de combattre le fléau. L'ampleur de sa propagation impose la mobilisation d'efforts et de financements additionnels sans commune mesure avec les fonds qui ont pu être alloués par le passé. En outre, la destruction de l'immunité engendrée par le VIH est responsable du développement de nombreuses maladies opportunistes – dont la plus répandue est la tuberculose – qui sont souvent fatales aux malades. Il faut avoir une volonté politique face aux problèmes de santé pour pouvoir mobiliser des moyens à la hauteur de ces problèmes. Dans les pays en développement, il a fallu du temps pour que certains gouvernements reconnaissent la réalité du sida chez eux. Cette prise de conscience a été induite avant tout par les ravages subis. Même si aujourd'hui beaucoup de pays

se sont engagés dans la lutte et si certains programmes nationaux sont directement sous l'autorité du premier ministre ou du chef de l'Etat, beaucoup reste à faire : aussi bien pour que le sida devienne une priorité que pour garantir le bon emploi des ressources destinées à la santé et à la lutte contre le sida. Cette situation d'urgence humanitaire appelle une riposte à hauteur des enjeux, dans le cadre d'actions locales et nationales vigoureuses, soutenues par de puissantes coopérations internationales, scientifiques, médicales et financières.

Natacha Wilbeaux

BIBLIOGRAPHIE

Act up-Paris « Le sida. Combien de divisions ? », Ed. Dagorno, Paris, 1994.

Amat-Roze, J-M et Ali. « Bilan de santé. L'Afrique face à ses défis sanitaires », Colophon Editions, Bruxelles, 2001.

Becker C., Dozon J-P., Obbo C., Touré M. « Vivre et penser le sida en Afrique », Karthala, Codesria, Paris, 1999.

Burnier M-J et Rainhorn J-D (dir.) « La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI^e siècle », Collection Enjeux, PUF, Paris, 2001.

Feuillet-Le Mintier B ; (dir.) « Le sida aspects juridiques », Economica, Paris, 1995.

Foyer J., Khaïat L. (dir.) « Droit et sida. Comparaison internationale » ; CNRS Editions, Paris, 1994.

Lalou R. et Piché V. « Migration et sida en Afrique de l'Ouest. Un état des connaissances », les

dossiers du CEPED n°28, Paris, novembre 1994.

Lambert D-C « Le coût mondial du sida 1980-2000 », CNRS Editions, Paris, 1992.

Pollard H. (dir.) « Le sida en Europe. Nouveaux enjeux pour les sciences sociales », collection sciences sociales et sida, ANRS, Paris, juillet 1998.

Tamale N. et Williams G. « La communauté d'entraide. Faire face au sida en milieu urbain ougandais », Oxford, 1991.

Vallin J. (dir) « Populations africaines et sida », La découverte/CEPED, Paris, 1994.

Articles-Revues

Dossier « la lutte contre le sida », in Développement et coopération, n°4, juillet/août 2001.

Ayissi A. « Le Sud ravagé par le sida. En Afrique, une affaire de mort et de pauvreté », in le Monde diplomatique, décembre 2000, p. 10.

Carroué L. « Le sida ronge l'Afrique », in Alternatives

Economiques, n°178 février 2000.

« Le sida : des conséquences « extrêmement graves » pour la population active de l'Afrique », in Travail le magazine de l'OIT, n°33, février 2000, p. 7 et 16.

De Winter M. « La DGCI adapte sa politique. Priorité à la lutte contre le sida », in Dimension 3, février-mars 2000.

Delorme J. « Brevets pharmaceutiques : le Sud se rebiffe », in Le Monde syndical, n°11, novembre 2001.

Desgrees Du Lou et al. « Le sida, révélateur des disparités de genre en Afrique », Colloque international Genre, population et développement en Afrique, UEPA/UAPS, INED, ENSEA, IFORD, Abidjan, 16-21 juillet 2001.

Estébanez P. « Gisements d'infection », in Le Monde Diplomatique, décembre 2000, p.8.

Frommel D. « Contre le sida, l'arme du débat », pp 8-9, in Le Monde Diplomatique, décembre 2000.

Dossier « santé », in Courrier de la Planète, Solagral n°55, 2000.

Le sida, révélateur des disparités de genre en Afrique

Annabel DESGREES DU LOU et al.
IRD, Abidjan

Introduction

Les recherches en sciences sociales sur l'épidémie de sida ont montré dans plusieurs occasions que le développement de l'épidémie de sida constituait un puissant révélateur des mécanismes sociaux (Dozon et Vidal, 1995). Cette épidémie se développe bien plus rapidement dans les pays pauvres que dans les pays riches, au sein d'un même pays elle révèle les dysfonctionnements des systèmes de santé, les inégalités sociales, et, depuis la découverte des antirétroviraux, les inégalités entre sida du Sud et sida du Nord se creusent, à tel point qu'on parle aujourd'hui d'une épidémie à deux vitesses. Parmi les nombreuses disparités mises à jour par le développement de l'épidémie, il en est qui s'imposent de plus en plus aux chercheurs et aux décideurs : les disparités de genre. Nous voulons dans cette communication illustrer en quoi, en Afrique, l'épidémie de sida révèle les inégalités, et plus généralement les rapports sociaux, entre hommes et femmes. On se posera pour cela deux types de questions. Tout d'abord, on montrera pourquoi les femmes et les hommes, de par la nature de leurs relations, sont dans des situations différentes face au risque de contracter le virus du sida. D'autre part, on décrira comment les femmes qui vivent avec le VIH doivent tenir compte dans la gestion de leur infection de tout le réseau social auquel elles appartiennent, et comment la

façon dont elles vivent leur séropositivité est au cœur de relations de genre.

1. Des inégalités entre hommes et femmes par rapport au risque d'infection par le VIH

Aujourd'hui, en Afrique, l'épidémie touche plus les femmes que les hommes (12,2 millions de femmes infectées chez les 15-49 ans contre 10,1 millions d'hommes) alors qu'il y a quelques années c'était le contraire. La progression plus rapide de l'épidémie chez les femmes que chez les hommes s'explique en partie par des facteurs biologiques (le virus VIH passe plus facilement de l'homme à la femme que de la femme à l'homme au cours des rapports sexuels), mais aussi largement par des facteurs sociaux et culturels. En effet, dans la plupart des sociétés (africaines en particulier), où l'homme reste le chef au sein du couple et où la femme a peu de pouvoir de décision, il est extrêmement difficile à une femme d'exiger le port du préservatif au sein des relations sexuelles, même si elle a des doutes sur la vie sexuelle de son conjoint et son exposition au VIH. L'institut PANOS résume la situation de négociation qui prévaut entre hommes et femmes par cette phrase : « les femmes ont le pouvoir de négocier, de plaider, de supplier alors que l'homme, lui, a le pouvoir de refuser » (Panos, 1991). Cette image vaut pour diverses situations de négociations, mais particulièrement pour la

négociation autour de l'utilisation du préservatif.

Cela est particulièrement vrai dans le cas d'un couple marital, au sein duquel, dans des sociétés où la fécondité est extrêmement valorisée, la femme a un « devoir de procréation » qui n'est que difficilement compatible avec l'utilisation d'un préservatif (Ankrah, 1993). On arrive ainsi à une situation où ce sont les prostituées, de part la nature clairement commerciale de la relation sexuelle qu'elles proposent, qui ont le pouvoir de négociation le plus important et qui peuvent le plus facilement, ou plutôt le moins difficilement, exiger des relations sexuelles protégées. Ce faible pouvoir de négociation dans la relation sexuelle soumet effectivement les femmes, quelle que soit leur condition matrimoniale, au risque d'être infectées par leur partenaire habituel, car, sans tomber dans des clichés simplistes, le multipartenariat sexuel est fréquent en Afrique, à tout âge, et généralement socialement accepté, soit sous forme de polygamie, soit sous forme de relations extraconjugales (Lawson, 1999). C'est ainsi qu'on estime que 60 à 80% des femmes africaines en union qui deviennent séropositives ont eu un seul partenaire sexuel, et ont donc été infectées dans le cadre des relations sexuelles avec le partenaire habituel (Cohen et Reid, 1999).

Des facteurs économiques expliquent aussi cette vulnérabilité des femmes face

au risque d'infection par le VIH. Dans des pays lourdement frappés par la crise économique, les femmes sont les plus vulnérables économiquement, et les relations sexuelles de type « transactionnel » ou commercial sont plus fréquentes : dans de nombreux pays africains en particulier, sans être considérées et sans se considérer elles mêmes comme des prostituées, de nombreuses femmes ont des relations sexuelles avec un homme en échange d'un soutien financier ou matériel (Lawson, 1999). Dans ce type d'échange, la femme a peu de pouvoir pour exiger une relation protégée. Ces relations sont en particulier fréquentes parmi les adolescentes, qui y recourent pour payer leurs études ou par absence de soutien familial. Des études récentes dans des pays africains ont ainsi montré que la probabilité que les filles de 15 à 19 ans soient séropositives était de cinq à six fois plus grande que chez les garçons du même âge (ONUSIDA, 1999). Les hommes infectés le sont plus tardivement, vers la trentaine. Ainsi il apparaît que les jeunes filles adolescentes sont majoritairement infectées au cours de rapports avec des hommes plus âgés. Ce type de rapports entre adolescentes et hommes plus âgés est en effet particulièrement à risque d'infection par le VIH pour la jeune fille : la plupart du temps ces rapports sont contraints physiquement et financièrement, donc il est difficile pour la jeune fille d'exiger le préservatif dans un tel cadre, alors même que ces hommes, plus âgés qu'elles, ont un risque non négligeable d'avoir eu plusieurs partenaires et donc d'être déjà infectés par le VIH.

Un élément important qui entretient ce déséquilibre entre pouvoirs de négociation des hommes et des femmes est dans certains pays l'absence d'une législation qui protège le droit des femmes, ou dans d'autres la mauvaise connaissance de cette législation, lorsqu'elle existe. En Côte d'Ivoire par exemple, où la législation reconnaît les droits de la femme, dans tous les domaines, il existe toujours un écart considérable entre « les textes et la pratique » et de nombreuses femmes de Côte d'Ivoire, en particulier les moins instruites, d'une part ne connaissent pas leurs droits, et d'autre part ne savent pas les défendre lorsque ceux-ci sont bafoués (Khaudjis-Offoumou, 1995).

L'instabilité politique et les guerres qu'elle entraîne aggravent encore ce tableau, en favorisant les déplacements de population, les agressions sexuelles, la dépendance économique, toutes choses qui augmentent encore le risque pour les femmes d'avoir des relations sexuelles contraintes et d'être infectées par le VIH.

On observe donc que les relations sexuelles, en Afrique en particulier, sont fréquemment le lieu de prises de risque très inégales entre hommes et femmes : d'un côté les hommes sont relativement libres de leurs relations sexuelles, et prennent des risques en terme d'infection par le VIH, mais peuvent adopter le préservatif s'ils le désirent ; d'un autre côté les femmes ont peu ou pas de moyens de se protéger d'une éventuelle infection, même si elles sont conscientes du risque d'infection par le VIH, que ce soit au sein du couple marital, ou elles peuvent difficilement exiger le préservatif car sexualité et procréation y sont étroitement

liées, ou que ce soit dans des relations extraconjugales, où l'homme est le payeur donc bien souvent le décideur.

Cependant, même si ces faits sont indéniables - manque de pouvoir de décision des femmes africaines dans la sphère conjugale, manque de ressources financières -, il faut se garder de toute généralité ou stéréotype sur la vulnérabilité des femmes africaines. « Les femmes ne sont pas, par essence, vulnérables » (Vidal, 2000) mais elles sont placées dans des contextes qui les rendent vulnérables. C'est ainsi que, dans le domaine de la sexualité et du couple, plusieurs études ont montré que les femmes africaines, dans certains contextes, refusent de se plier à la seule volonté de l'homme, font leurs propres choix et développent les stratégies nécessaires pour y parvenir. Orobulo *et al.* (1993), en particulier, à partir d'enquêtes menées chez les Yoruba du Nigeria dans les années 1990, ont montré que les femmes avaient un certain pouvoir de décision dans les relations sexuelles avec leur mari. Il existe en effet dans cette communauté toute une série d'interdits sexuels sur lesquels les femmes peuvent s'appuyer pour refuser une relation sexuelle. Ainsi les auteurs de l'étude ont constaté que sur 600 femmes interrogées, 580 avaient déjà refusé une relation sexuelle avec leur mari, 21% en prétextant l'interdit communautaire, mais aussi 23% parce qu'elles étaient « en colère contre leur conjoint » et 56% parce qu'elles n'en avaient pas envie. Le principal obstacle au pouvoir qu'ont les femmes de refuser ou de négocier une relation sexuelle est leur crainte de voir le conjoint se tourner alors vers une autre

femme (la société Yoruba est polygame).

Mais là encore une vision simpliste des actions à entreprendre doit être évitée. Il a été montré que l'amélioration des conditions sociales et économiques des femmes (qui passe en particulier par l'instruction et l'éducation des jeunes filles), si elle est indispensable à l'acquisition d'une certaine autonomie et au renforcement du pouvoir des femmes (notion *d'empowerment* en anglais), ne suffira pas à changer les comportements au sein du couple et peut au contraire conduire à des situations de conflits hommes-femmes qui placeront les femmes dans des situations encore plus difficiles (divorces, rejet de la famille, pertes des enfants...). En effet, pour que les femmes puissent effectivement faire entendre leur voix au sein du couple en matière de relations sexuelles, de protection par rapport au VIH, il faut que l'homme soit prêt à accepter un tel dialogue, à accepter que la femme puisse émettre des avis et prendre des décisions en matière de sexualité et procréation, et c'est ce point qui est fréquemment pierre d'achoppement actuellement dans les sociétés africaines, indépendamment de l'autonomie intellectuelle et financière de la femme. Des chercheurs ont ainsi mis en garde contre des programmes qui ne prendraient en compte que la vulnérabilité des femmes et ne viseraient que l'augmentation de l'autonomie féminine (Cohen et Reid, 1999) : C'est la modification des comportements au sein du couple qu'il faut viser, de façon à ce que les hommes soient plus prêts à écouter leurs femmes, à prendre en compte les craintes qu'elles expriment en matière d'infection par le VIH, et à réfléchir en tant que

couple aux moyens de protéger le couple et la famille contre cette infection.

2. Des inégalités entre hommes et femmes vivant avec le VIH

L'épidémie de sida ne révèle pas seulement les inégalités entre hommes et femmes face au risque de contracter la maladie. Elle révèle aussi des rapports sociaux qui placent les femmes, lorsqu'elles sont infectées par le VIH, dans des situations d'autant plus difficiles qu'elle sont des femmes (Desgrées du Loû, 2000).

2.1. Le difficile partage de l'information avec le conjoint

Dans les pays en développement, et en Afrique en particulier, le dépistage volontaire du VIH reste une démarche rare, et les consultations prénatales sont un des lieux privilégiés pour effectuer cette démarche : dans les centres de suivi prénatal où sont implantés des projets de réduction de la transmission mère enfant, le test de dépistage est proposé aux femmes enceintes gratuitement ou à des prix largement subventionnés, et d'autre part, les femmes à qui on propose le test sont informées de ce que, si elles s'avèrent séropositives pour le VIH, un traitement pourra leur être délivré pendant la grossesse pour diminuer le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (Dabis *et al.*, 2000). En conséquence, dans de nombreux pays africains, ce sont les femmes les plus fréquemment dépistées, et c'est donc par les femmes que vient la mauvaise nouvelle de la séropositivité.

Une des premières questions qui se pose d'ailleurs aux femmes, lorsqu'elles

apprennent leur séropositivité, est le partage de cette annonce avec le conjoint ou le partenaire. Le choix qui est fait, de partager ou de ne pas partager cette information, a des répercussions importantes sur les choix ultérieurs, concernant la vie sexuelle du couple, les choix de procréation, ou les choix concernant l'enfant à venir si la femme est enceinte. En choisissant d'annoncer sa séropositivité à son partenaire, la femme prend le risque d'une réaction négative du partenaire, qui peut la placer dans des situations difficiles aussi bien affectivement que financièrement : cela peut aller d'un rejet physique et affectif (reproches, arrêt des rapports sexuels, refus de tout contact physique, partage de la nourriture...) à un rejet total (divorce, abandon financier, retrait des enfants).

On a vu effectivement des cas où les femmes séropositives étaient abandonnées par leur mari (Caraël, 1993). Cependant cette situation n'est pas la plus fréquente : certains partenaires soutiennent leurs femmes, psychologiquement et financièrement, d'autres réagissent par le déni et ne prennent pas en compte cette information. Cependant, bien que les cas de rejet de la part du mari semblent relativement peu fréquents (Keogh *et al.*, 1994), la crainte de ce rejet social et affectif reste forte chez les femmes, ainsi que la crainte que le mari ne divulgue à d'autres cette information, et de nombreuses femmes choisissent de se taire, faisant ainsi le choix de porter toutes seules le poids de cette information, et de se retrouver seules face aux décisions qu'il faudra prendre en matière de sexualité, de grossesses ultérieures, d'alimentation de l'enfant à venir si elles sont

enceintes (allaitement maternel ou non).

2.2. Négocier la protection des rapports sexuels

Parmi les conseils donnés à une femme qui vient d'apprendre qu'elle est séropositive, un des premiers est de protéger ses rapports sexuels (voire de s'abstenir de rapports sexuels). Dans les faits, un tel conseil s'avère extrêmement difficile à suivre pour les femmes, en partie pour les raisons vues précédemment d'absence de pouvoir de négociation dans la relation sexuelle : le refus de relations sexuelles non protégées place fréquemment la femme dans une situation de conflit avec pour conséquences des violences conjugales, des séparations, divorces...

La situation est évidemment différente selon que la femme a choisi d'informer ou non son partenaire de sa séropositivité : dans le cas où la femme a choisi de ne pas dire à son partenaire qu'elle était séropositive, il est difficile de faire accepter au partenaire l'utilisation de préservatifs, en particulier sur le long terme. Dans le cadre du projet Ditrane⁷, projet de réduction de la transmission mère-enfant mené à Abidjan dans lequel des femmes séropositives étaient suivies pendant 18 mois au moins après leur accouchement, environ la moitié des 149 femmes que nous avons interrogées à ce sujet avaient informé leur partenaire. Parmi celles qui n'avaient pas informé leur partenaire, seules 7% ont

déclaré utiliser des préservatifs systématiquement depuis la reprise des rapports sexuels : elles légitimaient cette utilisation par leur refus d'une nouvelle grossesse trop proche de la précédente (Desgrées du Loû *et al.*, soumis).

Lorsque les femmes avaient informé leur partenaire de leur séropositivité, la protection des rapports sexuels était loin d'être systématique : seules 21% des femmes sexuellement actives ont déclaré utiliser des préservatifs à chaque rapport. Ainsi, même lorsque la femme a choisi de se confier à son partenaire, le choix d'avoir des relations sexuelles protégées semble rare : il est fréquent de voir des conjoints nier le fait que leur femme soit infectée par le VIH, ou estimer que puisqu'ils n'ont pas été infectés jusque là, c'est qu'ils ne sont pas vulnérables à la maladie, ou encore à l'inverse déclarer que si leur épouse est infectée par le VIH, eux mêmes le sont aussi automatiquement, et donc n'ont plus lieu de se protéger.

Face à ces difficultés qu'elles rencontrent à proposer et à imposer le préservatif, les femmes dépistées pendant leur grossesse s'abstiennent de relations sexuelles le plus longtemps possible après cette grossesse. Dans le cadre du projet Ditrane, nous avons ainsi observé un allongement de la durée d'abstinence post partum, qui était de 12 mois en moyenne chez les femmes séropositives suivies dans ce projet contre environ 8 mois chez des femmes non dépistées pour le VIH (Desgrées du Loû *et al.*, soumis). Il est intéressant de noter que nous avons observé un tel allongement de la durée d'abstinence post-partum chez des femmes qui, parallèlement, avaient sevré

leur enfant de façon précoce (en réponse au conseil délivré par l'équipe médicale, pour réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant par le lait maternel). Ainsi, bien que le « tabou sexuel post-partum » soit généralement lié à l'allaitement maternel, l'explication la plus fréquemment donnée à cette abstinence étant que le « sperme gâte le lait » et que les relations sexuelles lorsque l'enfant est au sein risquent de faire tomber l'enfant malade (Van de Walle, 1988), on observe chez les femmes séropositives suivies dans ce projet une durée d'abstinence post-partum qui devient considérablement plus longue que la durée d'allaitement : cela démontre que ces femmes, face à leur séropositivité et au double risque de transmettre l'infection à l'enfant par le lait et au conjoint par les relations sexuelles, développent des stratégies spécifiques tout autant pour allaiter leur enfant moins longtemps que ne le prévoit la norme sociale (nous allons le développer ultérieurement) mais aussi pour retarder la reprise des relations sexuelles plus longtemps que ne le prévoit le tabou de lactation habituel. Des enquêtes qualitatives sont actuellement prévues pour mieux comprendre quelles sont ces stratégies et comment les femmes légitiment cette abstinence prolongée. Notons que toutes les femmes ne peuvent pas toutes de la même façon développer de telles stratégies. Ainsi nous observons dans cette étude que les femmes les plus instruites reprennent les relations sexuelles bien avant les femmes les moins instruites. Il semble que ces femmes, qui sont les plus instruites, peuvent plus difficilement invoquer des

⁷ La projet Ditrane est un projet de réduction de la transmission mère-enfant mené entre 1995 et 2000 à Abidjan et à Bobo-Dioulasso sous la coordination générale de l'INSERM U330, avec un financement de l'ANRS. la coordination à Abidjan était assurée par l'IRD.

tabous traditionnels pour retarder la reprise des rapports sexuels, mais pour autant on n'observe pas qu'elles utilisent davantage les préservatifs.

Notons que peu d'études existent sur la gestion de la sexualité dans les couples atteints par l'infection VIH dans les pays en développement. Mais les quelques études disponibles semblent montrer qu'il existe encore très peu de dialogue autour de l'utilisation du préservatif au sein de ces couples, même lorsque les deux partenaires sont informés du risque de transmission du VIH et de leur statut.

2.3. Conséquences du risque de transmission mère-enfant du VIH

Choisir de ne plus avoir d'enfant ?

Lorsqu'une femme est séropositive, on lui conseille généralement de ne plus être enceinte, pour se protéger elle-même contre une éventuelle réinfection, pour éviter qu'elle n'infecte son partenaire, et enfin pour éviter la naissance d'un enfant qui pourrait être infecté, et qui, s'il ne l'est pas, risque de devenir orphelin à court ou moyen terme. Ces messages de prévention ont pour objectif de protéger la femme, son partenaire et/ou un potentiel enfant à naître du risque de contracter le sida ou d'en souffrir. Ainsi, se protéger et protéger les autres contre les risques du sida conduit à éviter toute procréation. Mais nous voudrions montrer ici comment, en Afrique tout au moins, de tels choix exposent aussi la femme à d'autres risques liés à l'absence de procréation : il existe tout d'abord le risque, fréquemment formulé par les femmes que nous avons pu suivre, d'être rejetée par le

partenaire qui désire lui avoir des enfants. En effet, dans de nombreux cas (environ un sur deux), la femme n'annonce pas sa séropositivité, par peur d'être totalement abandonnée par son mari ou son partenaire, mais alors il devient extrêmement difficile d'expliquer, au mari comme à la belle famille, le refus d'une nouvelle grossesse, à moins que le couple n'ait déjà un nombre estimé suffisant d'enfants. Même lorsque le mari est au courant du statut sérologique de sa femme, il peut exister une pression de la part de la belle mère pour avoir un autre enfant, belle mère dont ces femmes craignent qu'elles « n'influencent » leur mari et les poussent à les répudier ou à prendre une seconde femme. Toujours dans le cas où les femmes cachent leur statut sérologique, ne plus être enceinte comporte aussi le risque d'être étiquetée comme « malade » puisque non fertile. Au contraire une nouvelle grossesse rassure l'entourage, mais aussi la femme elle-même, sur sa santé et sa fécondité. Enfin il semble que pour les femmes séropositives, en tous cas pour celles qui n'ont pas encore atteint un nombre d'enfants qui leur paraît suffisant, décider de ne plus jamais avoir d'enfants constitue une négation de l'avenir, qui s'ajoute à l'angoisse de mort déclenchée par la connaissance de leur infection à VIH, et qui semble insurmontable (Aka Dago *et al.*, 1999).

Ainsi, parmi les femmes interviewées sur ce sujet dans le projet Ditrane, nous avons pu observer que, bien que ces femmes aient reçu de façon répétée le conseil de ne plus avoir d'enfants à cause de leur infection par le VIH, et que toutes les femmes soient conscientes du risque de

transmission mère-enfant du VIH, le désir d'enfant reste important. Les seules femmes qui déclarent ne plus vouloir d'enfants sont en général celles qui ont déjà au moins 3 ou 4 enfants. Certaines femmes voudraient ne plus avoir d'enfants mais subissent une forte pression du mari ou des grands mères pour en avoir d'autres ; ce sont des femmes jeunes, avec peu d'enfants, ou qui ont eu des enfants d'un autre homme et dont c'est le premier enfant avec le mari actuel. Environ la moitié des femmes que nous avons interrogées disent clairement qu'elles veulent un autre enfant, pas forcément tout de suite mais quand celui qu'elles portent aura environ 5 ans.

Ces résultats sont semblables à ceux obtenus dans d'autres études qui suivent des femmes ou des couples touchés par le sida. Citons en particulier une étude menée au Rwanda, en zone urbaine, où Susan Allen *et al.* (1993) ont montré que le conseil de ne plus avoir d'enfant donné aux femmes séropositives débouchait sur un échec. Dans leur étude, 1 458 femmes en âge d'avoir des enfants étaient testées pour le sida et recevaient une formation sur la maladie, ses modes de transmission, et en particulier la transmission mère-enfant. Pendant cette phase de counselling, il était expliqué à chaque femme séropositive les risques que présenterait pour elle et pour l'enfant une grossesse, et la contraception orale était conseillée. Malgré cette information, la moitié des femmes séropositives qui utilisaient la contraception orale au moment du test ne l'utilisaient plus un an après le test. Au cours des deux ans de suivi, après le test et la formation, 43 % des femmes séropositives ont commencé

une grossesse. Parmi elles, les femmes qui avaient moins de 4 enfants au moment du test étaient significativement plus enclines à démarrer une nouvelle grossesse que les autres. Les tests VIH et la formation qui l'accompagnait n'ont donc pas été suivi, dans cette étude, d'une réduction de la fécondité chez les femmes séropositives. Au contraire, il semble que les femmes séropositives qui ont moins de 4 enfants se « dépêchent » de faire un autre enfant, comme s'il fallait atteindre un nombre idéal d'enfants (Allen *et al.*, 1993 ; Keogh *et al.*, 1994). Il semble bien que, pour une femme qui se sait séropositive, commencer une nouvelle grossesse soit un moyen de continuer une vie normale malgré l'infection, une façon de réduire le risque d'être rejetée par le mari et la famille. Le conseil donné aux femmes séropositives de ne plus avoir d'enfants n'a donc pas une influence assez puissante, face aux obstacles culturels, psychologiques, ou tout simplement pratiques (liés au coût de la contraception) que rencontre une femme qui envisage de réduire sa fécondité.

Face à ce constat d'échec d'une politique de prévention de nouvelles grossesses, il est aujourd'hui nécessaire, dans la prise en charge des femmes vivant avec le VIH, de ne pas ignorer leur désir d'enfant, et de les aider à réaliser ce désir d'enfant dans les meilleures conditions pour elles et l'enfant à venir : c'est à dire en respectant un intervalle suffisamment long entre les grossesses et en diminuant au maximum le risque de transmission du virus à l'enfant par des interventions adéquates peripartum et post partum (Dabis *et al.*, 2000).

Choisir de ne pas allaiter ?

Depuis 1998, l'UNICEF et l'OMS recommandent de proposer aux femmes infectées par le VIH qui mettent au monde un enfant de sevrer rapidement cet enfant (au plus tard à 6 mois) ou, lorsque c'est possible, de l'allaiter artificiellement. Cela pour réduire le risque de transmission du VIH à l'enfant par le lait maternel (Dabis *et al.*, 2000). Outre les problèmes nutritionnels que posent ces conseils dans les pays en développement (et qui expliquent que de telles recommandations aient été émises plusieurs années seulement après qu'on ait eu la certitude que le VIH était transmis par le lait maternel), réduire (ou supprimer) l'allaitement maternel place les femmes dans des situations sociales parfois difficiles. En effet, l'allaitement a une fonction plus importante que la simple alimentation de l'enfant : il est considéré comme constitutif du lien entre la mère et l'enfant. Ainsi une mère qui allaite est une bonne mère, tandis que le conjoint, la belle-mère, l'entourage en général (voisines, co-épouses) reprochent facilement à une mère qui n'allaitait pas ou qui sevrer trop tôt son enfant d'être une « mauvaise » mère, une mère sans cœur, égoïste, qui sevrer son enfant pour être plus libre sans s'occuper de la santé de celui-ci. Les femmes qui vivent avec le VIH, lorsqu'elles choisissent de ne pas allaiter leur enfant pour le protéger du risque d'infection par le VIH, s'exposent donc aux critiques de leur entourage. Les travaux réalisés sur ce sujet ont montré toutes les difficultés sociales auxquelles ont à faire face ces mères qui choisissent de ne pas allaiter longtemps leur enfant (Desclaux, 2000). Ils ont montré aussi que ces

femmes, parce qu'elles sont persuadées que c'est le bon choix pour préserver la santé de leur enfant, contournent parfois ces difficultés en développant diverses stratégies : certaines prétextent une maladie des seins, ou un manque de lait pour justifier l'arrêt de l'allaitement. D'autres sevrer l'enfant en cachette, sans que l'entourage ne le remarque. Cette dernière stratégie est facilitée à Abidjan où les enfants reçoivent très tôt des aliments de compléments : bouillies dès 3 ou 4 mois, plat familial dès 5 ou 6 mois. D'autre part de plus en plus de femmes dans cette ville vivent en famille nucléaire, avec leur conjoint, sans mère ou belle mère ou co-épouse. Elles sont donc plus autonomes dans leurs choix d'alimentation pour leur nourrisson que des femmes vivant en famille élargie, et qui sont « surveillées » par les autres femmes de la concession.

2.4. Les difficultés économiques des femmes touchées par le sida

Un autre type de difficultés, et non des moindres, auxquelles sont exposées les femmes confrontées au Sida sont les difficultés d'ordre économiques : les femmes dont les maris sont malades du Sida, qu'elles soient infectées elles-mêmes ou non, doivent faire face à des situations économiques extrêmement difficiles, lorsque le conjoint ne travaille plus mais qu'il faut le soigner et payer ses traitements, puis plus encore lorsqu'il décède et laisse la femme seule soutien de famille et parfois même privée de l'héritage, qui revient dans certaines ethnies à la belle famille (Delcroix et Guillaume, 1997).

Conclusion

De même que l'épidémie de Sida constitue depuis 15 ans un puissant révélateur des inégalités ou des dysfonctionnements présents dans les sociétés, de même cette épidémie révèle les inégalités et les rapports de pouvoir qui existent entre hommes et femmes, et la faible autonomie dont disposent les femmes tant pour se protéger de cette maladie que pour en assumer les conséquences. De là vient cette image couramment répandue de la « vulnérabilité des femmes par rapport au sida ». Cette image, comme on l'a montré dans cette communication, est loin d'être sans fondement. Cependant elle doit être utilisée avec vigilance, de façon à ne pas tomber dans une dérive déjà observée dans certains pays africains : le développement rapide de l'épidémie chez les femmes, et leur vulnérabilité face à cette épidémie, couplé au fait que bien souvent les prostituées sont désignées comme le point de départ de l'épidémie, ont contribué à développer une image de l'épidémie dont les femmes seraient la source et le vecteur. Ainsi au Mali on a parlé un moment de « maladie des femmes » pour désigner le sida (Le Palec, 1999) Cette approche réductrice de l'épidémie est dangereuse car, à mettre en avant ainsi les femmes, on risque de les désigner non seulement comme victimes mais aussi comme coupables de cette épidémie, et les programmes de prévention risquent d'être ciblés uniquement sur les femmes, en oubliant complètement que cette épidémie met avant tout en jeu des relations de couple, et concerne les hommes tout autant que les femmes.

Annabel DESGREES DU LOU
et al.
IRD, Abidjan

Colloque international
Genre, population et
développement en Afrique
UEPA/UAPS, INED, ENSEA,
IFORD
Abidjan, 16-21 juillet 2001

Bibliographie :

- Aka Dago H., Desgrées du Loû A., Msellati P., Dossou R. et Wellfens-Ekra C. « Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire ». *Reproductive Health Matters* 1999, 7, 13, pp.20-29.
- Allen S, Serufilira A, Gruber V et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counselling. *Am. J. Public Health* 1993 ; 83 : 705-10.
- Ankrah EM. « The impact of HIV/AIDS on the family and other significant relationships : the African clan revisited. » *AIDS Care* 1993, 5, 5, 22
- Caraël M. « Women's vulnerability to STD/HIV in sub-saharan Africa : an increasing evidence. » Communication au séminaire « Women and demographic change in subsaharan Africa. » Commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la Population, Dakar, 6-13 mars 1993.
- Cohen D. et Reid E., « The vulnerability of women : is this a useful construct for policy and programming ? » In

Becker *et al.*, eds, *Vivre et penser le SIDA en Afrique*, Codesria-Karthala-IRD, 1999, pp 377-388.

- Dabis F, Leroy V, Castetbon K, Spira R, Newell M, Salamon R. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000. *AIDS* 2000;14:1017-26.
- Delcroix S. et Guillaume A., « Le devenir des familles affectées par le SIDA : une étude de cas en Côte d'Ivoire ». In Pilon M. *et al.*, *Ménages et familles en Afrique. Approches des dynamiques contemporaines*. Etudes du Ceped, 1997, pp.345-370
- Desclaux A. et Taverne B. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique*. 2000, Editions Karthala.
- Desgrées du Loû A. « Le SIDA, un révélateur des disparités de genre : en Afrique, les femmes affrontées à une multiplicité de risques ». *Dossiers et Recherches n°85*, Aout 2000, INED, Paris, pp. 105-116.
- Desgrées du Loû A., Msellati P, Viho I. *et al.* Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan, 1995-2000. *Soumis*
- Dozon JP et Vidal L. *Les sciences sociales face au sida*. 1995, ORSTOM, 300 p.
- Keogh P, Allen S, Almedal C, Temahagili B. The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective

- study. *Soc Sci Med* 1994 ; 38 : 1047-53.
- Khaudjis-Offoumou F., 1995, *Les droits de la femme en Côte d'Ivoire*, KOF Editions et Editions Neter, Abidjan, Côte d'Ivoire, 345 p.
- Lawson A.L. « Femmes et SIDA en Afrique : dimensions socio-culturelles de l'infection à VIH/SIDA. » *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 1999, 161, pp423-433
- Le Palec A. « Le SIDA, une maladie des femmes ». In Becker *et al.*, eds, *Vivre et penser le SIDA en Afrique*, Codesria-Karthala-Ird, 1999, pp 343-362
- Orubuloye IO, Caldwell JC, Caldwell P. « African women's control over their sexuality in an era of AIDS : a study of the Yoruba of Nigeria. » *Social Science and Medecine* 1993, 37,7, p.859-872
- PANOS « SIDA. Une triple menace pour les femmes. » L'Harmattan, 1991, Paris.
- UNAIDS, WHO. AIDS epidemic update. <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/index.html>. Geneva, Switzerland; 1999 December 1999. Report No.: UNAIDS/99.53E. 24p.
- Van de Walle E et F., 1988, « Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité ». In Tabutin D. (ed). *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara*. L'Harmattan, pp. 141-166.
- Vidal L., *Femmes en temps de SIDA. Expériences d'Afrique*. PUF, 2000, 195 p.

Les femmes: un groupe à risque - Vulnérabilité des jeunes femmes en Argentine face aux MST et VIH/SIDA

Introduction

Les années 1990 ont été marquées par la propagation de l'épidémie du SIDA au sein de la population hétérosexuelle, touchant tout particulièrement les **femmes et les jeunes**⁸, à tel point que certains épidémiologistes ont qualifié cette évolution de "féminisation mondiale de l'épidémie du sida".

Les jeunes constituent un groupe cible important dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et du VIH/SIDA, et ce non seulement parce qu'ils courent le risque d'être infectés, mais aussi parce que c'est pendant cette période de leur vie que se définissent les modèles comportementaux qui influenceront le risque qu'ils courront au cours de leur vie de contracter une MST (VIH compris).

Un tiers des 34 millions de séropositifs dans le monde sont âgés de 10 à 24 ans (Network, 2000). Dans les

⁸ L'Organisation mondiale de la santé définit la jeunesse comme étant l'intervalle compris entre 15 et 24 ans. Nous estimons que cette définition est arbitraire étant donné que ses limites supérieure et inférieure peuvent varier en fonction du lieu, de la culture et de la période historique. C'est pourquoi, nous préférons parler d'adolescents et de jeunes, en utilisant un intervalle plus large (12-24 ans) de manière à inclure tous ceux qui partagent la situation de vulnérabilité que nous allons décrire.

pays en voie de développement, jusqu'à 60% des nouvelles infections par le VIH concernent des jeunes âgés de 15 à 24 ans et le nombre de nouvelles infections est généralement deux fois plus élevé chez les jeunes femmes que les jeunes hommes (Network, 2000). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 60% des femmes infectées par le VIH dans le monde le sont à l'âge de 20 ans au plus tard. Par ailleurs, environ un tiers des 333 millions de nouveaux cas de MST chaque année (hormis VIH) concerne des personnes de moins de 25 ans (Network, 2000).

L'objectif de cet article est de décrire et d'analyser la vulnérabilité spécifique des jeunes femmes face aux MST et au VIH/SIDA en Argentine, en tenant compte des différentes dimensions dont se compose le concept de vulnérabilité.

Le concept de vulnérabilité englobe trois composantes différentes mais interdépendantes (Weller, 2000):

- Une composante individuelle: celle-ci renvoie à la possibilité des individus d'accéder à l'information et à leur capacité de transformer et de traduire cette information en pratiques efficaces.
- Une composante sociale: celle-ci renvoie au contexte social d'un groupe spécifique et aux méthodes d'organisation sociale et de distribution

des ressources en tant que cadre au sein duquel les individus interagissent et obtiennent l'information.

- Une composante institutionnelle: celle-ci renvoie aux efforts institutionnels visant à mettre en place les conditions nécessaires permettant aux individus d'exercer les droits dont ils bénéficient.

Dans cet article, nous aborderons essentiellement les dimensions sociale et institutionnelle décrites ci-dessus. Nous n'ignorons pas, bien entendu, l'interaction et l'interdépendance étroites de ces trois composantes, mais nous pensons que lorsqu'on aborde ce problème de la vulnérabilité aux MST et au VIH/SIDA, la composante individuelle est subordonnée aux deux autres. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de nous intéresser essentiellement aux dimensions sociale et institutionnelle en tant que composantes fondamentales de la situation des jeunes de notre pays.

LA VULNERABILITE SOCIALE

Nous analysons, au sein de cette dimension, des facteurs socio-économiques et liés au sexe qui influencent la santé sexuelle et reproductrice.

Facteurs socio-économiques: la jeunesse argentine dans la "zone de vulnérabilité"

En Argentine, ces deux dernières décennies ont été marquées par une crise socio-économique de plus en plus grave, qui a touché les jeunes d'une manière particulière. Globalement, nous

pourrions définir la situation à laquelle la jeunesse urbaine a été confrontée au cours de ces vingt dernières années en utilisant la notion de "circuits de dégâts psychosociaux". Ceux-ci incluent différents processus de détérioration personnelle au niveau de l'emploi, de l'éducation, de la famille et de l'exercice des droits, résultant d'un environnement pauvre et problématique, ainsi que de circonstances impliquant une dévalorisation et une stigmatisation sociales (Weinstein et al., 1989). Ces "circuits de dégâts psychosociaux" sont le résultat de changements au niveau structurel de la société (emploi, éducation, famille) et au niveau symbolique (sentiment de honte, représentations, convictions et valeurs).

En ce qui concerne le contexte social, la crise de ces dernières décennies a entraîné un accroissement quantitatif de la pauvreté et une détérioration qualitative des conditions de vie dans de nombreux secteurs sociaux. Par ailleurs, les politiques d'ajustement structurel ont entraîné une baisse considérable du niveau de revenus d'une part importante de la population, ainsi qu'une augmentation importante du chômage. Les possibilités d'emploi pour les jeunes issus de familles à bas revenus deviennent particulièrement problématiques; tout particulièrement pour les jeunes femmes qui perçoivent les salaires les plus bas et qui doivent surmonter d'innombrables obstacles pour accéder à des emplois dans le secteur formel. Cette difficulté se reflète dans le nombre élevé

de travailleuses domestiques⁹.

De nombreux auteurs associent le concept d'exclusion sociale à la vulnérabilité. Castel (Castel, 1991) identifie trois "zones": *intégration, vulnérabilité et désaffiliation*. L'intégration fait référence à une situation où l'on retrouve tant un emploi stable qu'un réseau de soutien social solide; la vulnérabilité fait référence à un emploi précaire et à des relations sociales affaiblies; la désaffiliation combine, quant à elle, chômage et isolation sociale.

Castel souligne que la zone de vulnérabilité est celle où apparaissent les situations les plus extrêmes, car ses limites changent en permanence. Les secteurs sociaux dans cette zone ne voient pas seulement leurs ressources matérielles menacées, mais leur aspect relationnel se fragilise lui aussi. Dans le cas de la santé, le fait de situer les jeunes femmes dans cette zone de vulnérabilité sociale signifie qu'elles sont considérées comme plus fortement exposées, que leur capacité d'exercer pleinement leurs droits est restreinte, et que leurs possibilités d'accéder aux services de soins de santé appropriés, à l'information et aux ressources nécessaires pour prévenir les maladies et protéger leur santé sont plus limitées.

Facteurs liés au sexe: les femmes, un groupe à risque

En 1988, les femmes représentaient 16,7% des cas

⁹ Nous sommes conscientes du fait qu'au cours de ces dernières années des changements sont intervenus dans la participation des femmes à l'activité économique: un plus grand accès au marché de l'emploi, ainsi qu'une présence plus longue dans le système éducatif.

de SIDA recensés en Argentine. Cette proportion est passée à 52,6% en 1998. En 1988, on comptait 14,5 hommes atteints du SIDA pour une femme. Ce rapport est passé à 3,4 hommes pour une femme en 1997 et à 3,2 hommes pour une femme en 1999, ce qui signifie que l'épidémie s'est propagée rapidement au sein de la population féminine (Bianco et al., 1998).

L'âge moyen des cas de SIDA recensés est 31 ans pour les hommes et 24 ans pour les femmes. 65,6% des femmes atteintes du SIDA ont moins de 30 ans (Bianco et al., 1998). Dans le cas des femmes, on a constaté que l'infection survenait au cours de l'adolescence (Weller, 2000). Cette propagation rapide et continue de l'épidémie au sein de la population féminine au cours de ces dernières années se reflète dans le nombre de cas alarmant - l'un des plus élevés de tout le continent américain - d'enfants atteints du SIDA en Argentine. Ces enfants représentent 7,1% de l'ensemble des cas de SIDA et 96% d'entre eux ont été infectés par transmission verticale (au cours de la grossesse, l'accouchement et/ou l'allaitement) (Ministère de la Santé, 2000).

Les rapports sexuels non protégés constituent le mode de transmission le plus fréquent pour les deux sexes et pour tous les âges (45%). Parmi les adolescents, le mode de transmission varie en fonction du sexe: 59,8% des hommes atteints du SIDA ont été infectés au travers de leur consommation de drogues par voie intraveineuse, tandis que 56,6% des femmes atteintes du SIDA ont été infectées par des rapports sexuels non protégés (Weller, 2000).

Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables face

à la propagation des MST et du VIH/SIDA tant pour des raisons biologiques et socioculturelles que des raisons liées à l'inégalité entre les sexes. Les femmes sont "naturellement" plus vulnérables aux MST de par l'anatomie de leur système reproducteur. Ce risque est même plus élevé pour les femmes de moins de 20 ans, car leurs organes génitaux sont encore relativement immatures et la couche de membrane muqueuse est plus fine que chez les femmes plus âgées. La plupart des MST et le VIH se transmettent plus facilement de l'homme à la femme qu'inversement. Un homme séropositif a une chance sur 500 d'infecter une femme lors d'un rapport sexuel vaginal unique, tandis qu'une femme a une chance sur 1.000 d'infecter un homme dans une situation semblable (PANOS Institute, 1999).

Les maladies sexuellement transmissibles peuvent avoir des conséquences extrêmement graves sur la santé des femmes (salpingite aiguë, stérilité, avortements, etc.). Par ailleurs, les personnes atteintes d'une MST courent un risque de 2 à 9 fois plus élevé d'être infectées par le VIH puisque les ulcères et d'autres lésions au niveau de l'appareil reproducteur permettent au virus de pénétrer directement dans le sang, ce qui accroît la vulnérabilité des femmes au VIH/SIDA (Dehne et Snow, 1998).

De nombreuses MST sont asymptomatiques chez les femmes, tandis que les symptômes sont plus évidents chez les hommes (pertes et lésions au niveau du pénis). Ceux-ci sont donc

plus susceptibles de solliciter un traitement médical. Les femmes sont moins susceptibles de rechercher un traitement médical non seulement parce qu'elles ne sont pas nécessairement conscientes de leur problème ou qu'elles ne parviennent pas à identifier les symptômes (il est fréquent que des femmes se voient diagnostiquer une MST ou apprennent leur séropositivité au cours d'une grossesse), mais aussi parce que le traitement d'une MST peut être onéreux, les services peuvent être indisponibles, ou à cause de la gêne, de la peur d'être abandonnée par leur partenaire ou d'être accusée d'infidélité. Les MST restent dans une grande mesure des maladies honteuses pour les femmes, alors qu'elles sont mieux tolérées chez les hommes, qui peuvent même en retirer une certaine fierté à titre d'indicateur de leurs nombreuses partenaires sexuelles (Gogna et al., 1997).

Outre les raisons biologiques, les raisons socioculturelles et celles liées aux différences hommes/femmes constituent un facteur important qui affecte la santé des femmes et les rend vulnérables aux MST et au VIH/SIDA. Cette notion de différences entre les sexes s'entend comme étant la construction sociale et culturelle des normes et attentes qui définissent les caractéristiques et les rôles des hommes et des femmes, ainsi que ce qui est approprié pour chaque sexe. Dans la plupart des contextes sociaux, les femmes ont un accès plus limité et moins de contrôle sur les ressources que les hommes. L'accès à l'éducation et à la formation est lui aussi inégal. Ces inégalités débouchent sur des différences au niveau des

risques encourus et de leur vulnérabilité aux maladies, de leur accès aux soins de santé et au traitement médical, ainsi que de leur perception de leurs besoins en matière de santé, ce qui provoque des différences au niveau des conséquences biologiques et sociales de la maladie.

Les inégalités au niveau socio-économique et entre les sexes qui influencent tous les aspects de la santé des femmes deviennent particulièrement pertinentes dans le cas des MST et du VIH/SIDA. Comme le souligne Jonathan Mann (Mann, 1993), la transmission hétérosexuelle du VIH peut être considérée comme un miroir des inégalités entre les sexes. Selon les rôles sexuels traditionnels, les femmes doivent être ignorantes en matière sexuelle et passives pendant les rapports sexuels; leur virginité doit être préservée jusqu'au mariage; et leur vie doit avoir pour objectif majeur la reproduction et la maternité. Pour les hommes, un grand nombre de partenaires sexuelles est toléré, voire encouragé. Ces rôles sexuels traditionnels se traduisent par des différences de pouvoir entre les hommes et les femmes. Les hommes possèdent le pouvoir de contrôler la relation sexuelle et les prises de décision qui y ont trait. Les femmes sont ainsi privées du pouvoir nécessaire pour protéger leur propre santé, ce qui augmente leur vulnérabilité aux MST et au VIH/SIDA.

L'utilisation de préservatifs en latex, la seule façon de prévenir la transmission des MST et du VIH par relation sexuelle¹⁰, est un

¹⁰ Le préservatif féminin n'est pas une option possible pour la plupart des femmes puisque sa disponibilité est faible en Argentine, qu'il est coûteux et n'a fait l'objet d'aucune information publique au travers de publicités ou d'une campagne publique. Les auteurs de cet article ne sont pas parvenues à trouver un drugstore qui vendait des préservatifs féminins.

exemple type mettant en évidence l'asymétrie dans les relations entre les deux sexes, ainsi que le recoupement important entre les différences entre les sexes et la sexualité. Dans de nombreux cas, les femmes n'ont pas le pouvoir de négocier l'utilisation du préservatif, ni des comportements sexuels plus sûrs d'égal à égal avec leur partenaire masculin et elles sont fréquemment incapables de refuser d'avoir des rapports sexuels même lorsqu'elles sont conscientes du risque potentiel d'infection.

Une initiation sexuelle précoce et des situations d'abus sexuel et/ou d'initiation sexuelle forcée auxquelles les jeunes femmes sont fréquemment soumises, ainsi que le fait d'avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, plus susceptibles d'être infectés que des hommes plus jeunes, exposent les jeunes femmes à des risques plus importants.

D'autres facteurs, qui trouvent leur source dans des raisons culturelles ou liées à des différences entre les sexes, empêchent l'utilisation de préservatifs. La préoccupation principale ou la perception des risques encourus pendant les rapports sexuels varie entre les hommes et les femmes. Les femmes sont plus soucieuses de prévenir une grossesse que d'éviter de contracter une MST ou le VIH/SIDA. Les adolescentes issues de familles à bas revenus de Buenos Aires ne sont presque pas du tout sensibilisées à la prévention des MST (Pantelides, 1995). Par contre, les jeunes hommes sont plus soucieux

de prévenir une infection par les MST que de prévenir une grossesse puisque la contraception est perçue comme un problème féminin (Zamberlin, 2000). C'est pourquoi, le nombre de jeunes femmes susceptibles d'utiliser un préservatif sera moins élevé que celui d'hommes du même âge. Les résultats d'une étude menée auprès d'étudiants de l'enseignement supérieur à Buenos Aires indiquent que 33% des femmes n'avaient utilisé aucune protection au cours de leur initiation sexuelle, pour 16% des hommes (Méndez Ribas et al., 1996).

Outre le fait d'être bon marché et accessibles à la population, les préservatifs possèdent un avantage assez unique: ils fournissent, en effet, une protection à la fois contre les grossesses non désirées et les MST (VIH/SIDA y compris). Ces caractéristiques font du préservatif une méthode idéale de double protection pour les jeunes. Or, son utilisation n'est ni généralisée, ni conséquente, et ce pour des raisons fondamentalement liées à trois facteurs: 1) une série de mythes et de croyances populaires négatives à propos des préservatifs; 2) son association aux relations sexuelles illicites, ce qui décourage son utilisation dans des relations sexuelles stables/formelles ou régulières; et 3) le fait que les hommes, et bien souvent aussi les femmes, préfèrent utiliser des méthodes contraceptives féminines considérées comme plus efficaces et plus faciles d'emploi, mais qui ne protègent pas contre les MST, ni contre le VIH.

Les résultats d'études locales montrent que l'utilisation du préservatif est basée sur le

type de relation entre les partenaires. Celui-ci est surtout utilisé lors de relations occasionnelles, lorsque les partenaires ne se connaissent pas et que le risque d'infection est perçu comme étant élevé (rapports avec des prostituées, des toxicomanes, etc.). La stratégie de prévention est basée, dans la plupart des relations sexuelles, sur le "choix du partenaire". Il existe une croyance très répandue (renforcée par les médias) selon laquelle "connaître son partenaire sexuel" constitue une protection suffisante contre les MST et le VIH/SIDA. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui croient être capables de faire visuellement la différence entre une personne infectée et une personne qui ne l'est pas. Utiliser un préservatif dans une relation stable peut donc être perçu comme un signe de méfiance envers le partenaire et un manque d'intimité. Des couples adolescents affirmant avoir utilisé un préservatif pour leur premier rapport sexuel abandonnent généralement cette méthode pour les rapports suivants puisqu'une relation stable dans laquelle les partenaires s'investissent émotionnellement est considérée comme une relation sûre (Pantelides, 1995; Zamberlin, 2000).

Les relations sexuelles imprévues, fréquentes chez les jeunes, constituent un obstacle important à l'utilisation du préservatif. Bien que ceux-ci soient largement accessibles à la population, la plupart des gens n'en emportent pas tout le temps avec eux. Dans l'étude citée ci-dessus, Méndez Ribas et al. ont constaté que 82% des adolescents interrogés avaient déclaré qu'ils s'étaient procurés un préservatif à un moment ou à un autre, mais presque deux tiers d'entre eux indiquèrent qu'ils n'emportaient pas de préservatif avec eux. Les femmes sont moins susceptibles que les

hommes d'avoir un préservatif lors d'une relation sexuelle imprévue puisque sa possession peut laisser croire qu'elles ont des mœurs dissolues.

LA VULNERABILITE INSTITUTIONNELLE

Lorsqu'on examine les politiques publiques ciblant de manière spécifique les jeunes, mises en œuvre dans ce pays depuis les années 1980, on peut conclure que les tentatives furent rares et intermittentes et qu'elles furent incapables de sortir les politiques destinées à la jeunesse de cette position secondaire qu'elles occupent traditionnellement au sein des politiques publiques (Szulik, 1999).

Les préoccupations relatives à la santé reproductrice des adolescents furent l'un des thèmes majeurs abordés tant au cours de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Le Caire, 1994) qu'au cours de la Quatrième Conférence Mondiale des Femmes (Pékin, 1995). La plateforme du Caire établit que les "adolescents sont particulièrement vulnérables de par leur manque d'information et d'accès aux services adéquats dans la plupart des pays". En Argentine, le gouvernement national ne dispose d'aucune politique spécifique concernant les adolescents et il n'existe aucun programme consacré à la santé ou à la santé reproductrice des adolescents. Il existe pourtant un Plan National pour la Santé Intégrale de l'Adolescent (1993) qui définit des directives

générales pour d'éventuels programmes à élaborer et à mettre en œuvre au niveau provincial.

Au cours de ces dernières années, l'existence d'une alliance conservatrice forte entre l'Etat et l'Eglise Catholique fut l'un des principaux obstacles au développement de programmes de santé reproductrice destinés aux jeunes en Argentine. Cette alliance est le fruit d'une longue relation historique complexe, grâce à laquelle l'Eglise Catholique a fortement influencé les décisions politiques dans les domaines de l'éducation et de la famille, intervenant dans le développement d'activités de planning familial et, plus récemment, dans la mise en œuvre de campagnes de prévention contre le VIH/SIDA.

Malgré l'absence de directives générales permettant d'encadrer les activités de santé sexuelle et reproductrice et malgré l'opposition forte de l'Eglise dès que les adolescents sont choisis comme groupe cible d'un programme, il existe des services pour adolescents dans les hôpitaux publics qui fonctionnent essentiellement grâce à la bonne volonté et à l'engagement de leurs équipes.

Une étude récente de deux services pour adolescents dans des hôpitaux publics de la ville de Buenos Aires (Gogna et al., 2000)¹¹, au cours de laquelle des bénéficiaires et des prestataires de services furent interrogés, a fourni des

¹¹ Cette étude a été réalisée par le CEDES avec le soutien du Futures Group International.

informations sur la façon dont ces services fonctionnent. Les résultats montrent que ces services mettent presque exclusivement l'accent sur le planning familial, en donnant la priorité à la prévention des grossesses non désirées et négligeant les MST/VIH/SIDA. En règle générale, la plupart des programmes et des campagnes de prévention publics abordent ces questions séparément.

L'étude citée ci-dessus a établi que pour la plupart des prestataires de soins de santé, la "méthode idéale" consistait à utiliser conjointement un préservatif et un spermicide. Mais ils ont également trouvé qu'il était extrêmement difficile de convaincre les adolescents d'utiliser effectivement cette 'double protection', principalement à cause des différents facteurs culturels qui entravent l'utilisation du préservatif et du fait que la plupart des patientes craignent d'être enceintes, mais ne considèrent pas qu'elles courent le risque de contracter le SIDA ou une MST. Les médecins prescrivent généralement des contraceptifs oraux et reconnaissent qu'ils doivent insister plus largement sur la prévention des MST/VIH.

Une autre étude s'intéressant tout particulièrement aux opinions des gynécologues-obstétriciens concernant la santé reproductrice à Buenos Aires (Ramos et al. 2000)¹² a établi que les médecins considèrent que les contraceptifs oraux et les préservatifs sont plus ou moins également appropriés pour les patients de moins de 19 ans. Par ailleurs, à la question de savoir quelle priorité ils accordaient aux

¹² Cette étude a été réalisée par le CEDES avec le soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Agencia Nacional de Promoción Científica y Técnica, Ministerio de Cultura y Educación, Argentine (SECYT).

différents aspects de la politique en matière de santé reproductrice, la grande majorité des médecins interrogés évoquèrent la nécessité de mettre en œuvre des programmes d'éducation sexuelle pour les jeunes, de même que des campagnes de prévention contre le VIH/SIDA, incluant la distribution gratuite de préservatifs. Ces résultats montrent que les professionnels de la santé travaillant avec des jeunes considèrent que les grossesses d'adolescentes constituent un problème actuel en forte évolution et consacrent plus d'efforts à sa prévention. Ils soulignent aussi la nécessité de sensibiliser sur le thème des MST et du VIH/SIDA et de promouvoir la double protection auprès des jeunes, tout en reconnaissant que des pratiques sexuelles plus sûres impliquent des changements comportementaux difficiles à atteindre avec cette tranche d'âge.

L'intégration du planning familial et de la prévention contre les MST/VIH/SIDA doit donc être un objectif à court terme des politiques publiques. L'utilisation de préservatifs doit être encouragée, en insistant sur la double protection qu'ils offrent simultanément, et des efforts doivent être tout spécialement entrepris pour mettre fin aux mythes et rumeurs qui découragent leur utilisation dans des relations stables. D'autre part, le dépistage et le traitement des MST doivent être intégrés dans le planning familial et ne doivent pas être uniquement proposés lors de contrôles

prénataux réservés aux femmes enceintes.

NOS PREOCCUPATIONS

Être jeune aujourd'hui signifie traverser une période de la vie que la société reconnaît d'une manière très particulière. A d'autres époques et dans d'autres cultures, "être jeune" n'existait pas et il n'y avait aucune transition entre le tendre monde de l'enfance et le monde hostile et dur des adultes. Comme le soulignait Barbero (Barbero, 1998), parler de la jeunesse ou de l'adolescence fut associé pendant des siècles à l'immatunité, l'instabilité et au manque de responsabilité et de productivité. Aujourd'hui, "être jeune" constitue une valeur positive en soi et la jeunesse est devenue un élément constitutif de l'identité.

Être jeune aujourd'hui, c'est pouvoir jouir de droits spécifiques; un avantage social que n'ont pas d'autres catégories d'âge. C'est faire partie également de la catégorie de la population qui bénéficie du plus grand nombre de possibilités et d'avantages. Être jeune représente l'espoir pour l'avenir.

Mais on pourrait tout aussi bien affirmer que la réalité à laquelle les jeunes doivent faire face aujourd'hui rend leur horizon incertain; que cette réalité témoigne qu'être jeune n'est pas une expérience identique pour tout le monde; que les possibilités d'atteindre un monde adulte intégré sont minces et limitées; et qu'être jeune, et c'est bien là le plus important, peut aussi signifier être exposé à des problèmes spécifiques.

Être une femme et être jeune peut signifier être plus largement exposée aux différents risques. En tant que jeunes femmes, nous nous sentons obligées d'attirer l'attention sur un problème certes connu et étudié, mais dont les politiques publiques ne tiennent pas suffisamment compte. Être une jeune femme en Argentine aujourd'hui signifie faire partie d'un groupe particulièrement vulnérable face à différents problèmes, dont certains, les MST et le SIDA notamment, constituent désormais une menace alarmante.

Dalia Szulik¹³
Nina Zamberlin¹⁴
CEDES¹⁵

¹³ Chercheuse assistante.

¹⁴ Chercheuse assistante.

¹⁵ Centre pour l'étude de l'Etat et de la Société (CEDES).

Sánchez de Bustamante 27. (1173)

Buenos Aires, Argentine.

Tél./fax: (5411) 4865-1704

ninaz@clacso.edu.ar;

dalia@clacso.edu.ar

<http://www.cedes.org>

Références

Barbero, JM. "Jóvenes: desorden cultural y palimpsestos de identidad", in Cubides, H., Laverdo, MC., Valderrama, C. (eds.) *Viviendo a toda: Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Siglo del hombre Editores, Bogotá, 1998.

Bianco, M., Re, MI., Pagani, L. "Género y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH SIDA", in AEPA, CEDES, CENEP (comp.) *Avances en la Investigación Social en Salud reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires, 1998.

Castel, R: "De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle, in Donzelot, J. (comp.) *Face à l'exclusion. Le modèle français*. Editions Spirit, Paris, 1991.

Dehne, K., Snow, R. "Integrating STD management into family planning services: What are the benefits?". Department of Tropical Hygiene and Public Health, University of Heidelberg, 1998 (Draft).

Gogna, M., Pantelides, EA., Ramos, S. *Las enfermedades de transmisión sexual: Género, salud y sexualidad*. CEDES, CENEP, Buenos Aires, 1997.
Gogna, M., Gutierrez, MA., Romero, M., Szulik, D. and

Zamberlin, N. *Adolescent Reproductive Health Programs: The case of Buenos Aires*. Manantiales, Buenos Aires, 2000.

Mann, J. Preface, in Gupta, GR, Weiss, E. *Mulher e Aids*. ABIA, ICRW, 1993.

Méndez Ribas, JM., Necchi, S., Schufer, M. *Sexualidad en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. OMS, Buenos Aires, 1996.

Ministerio de Salud, Unidad Ejecutora VIH/SIDA y ETS. *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Año VII, No. 19, Septiembre 2000.

Network. Family Health International. *Adolescent Reproductive Health*. Vol. 20, Number 3, 2000.

PANOS Institute. *Mitos y realidades de la epidemia mundial de las ETS*. Proyecto The Fund for Peace, 1999.

Pantelides, EA., Geldstein, GN., Infesta Domínguez, G. *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia*. Cuadernos del CENEP 51, Buenos Aires, CENEP, 1995.

Ramos, S. et al. *ObGyns' Opinions regarding reproductive health in Buenos Aires*. Mimeo, CEDES, 2000.

Szulik, D. *Políticas de juventud: Un análisis de la*

experiencia argentina. Tesis presentada en la Maestría de Ciencia Política del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de General San Martín. Mimeo, 1999.

Weinstein, J., Aguirre, R., Tellez, A. *Los jóvenes dañados. Una revisión de las conductas problema en la juventud popular*. Mimeo, Santiago de Chile, 1989.

Weiss, E., Whelan, D., Gupta, GR. *Vulnerability and Opportunity. Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World*. International Center for Research on Women (ICRW), 1996.

Weller, S. CEDES, NEPO, COLMEX. *Protocolo de pesquisa: La salud de los jóvenes: una encrucijada de diferentes lógicas*. Mimeo, 2000.

Weller, S. "Salud reproductiva de los/as adolescentes. Argentina, 1990-1998", en Oliveira, MC. (comp.) *Cultura, Adolescência, Saúde*. Consorcio Latino-Americano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade. Campinas, 2000.

Zamberlin, N. "La otra mitad: Un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad", en Gogna, M. *Feminidades y masculinidades. Estudio sobre Salud Reproductiva y Sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. CEDES, Buenos Aires, 2000.

Sigles et Abréviations

ADEA	Association pour le Développement de l'Education en Afrique
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
ICASA	International Conference on AIDS and MSTs in Africa
MST	Maladie sexuellement transmissible
OIT	Organisation Internationale du travail
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies contre le VIH/SIDA
PISA	Partenariat International contre le Sida en Afrique
PVAVS	Personne(s) vivant avec le VIH/SIDA
PVS	Personne(s) vivant avec le Sida
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiência Acquis
TB	Tuberculoses
TMAE	Transmission de la Mère à l'Enfant
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus d'ImmunoDéficiência Humaine

Références bibliographiques sur le Sida

Quelques livres et autres monographies ...

- Bilan de santé: l'Afrique face à ses défis sanitaires; Colophon éditions, Bruxelles, 2001, 141 p. (Coll. Essais)
- Droit et sida: comparaison internationale/ Jean-Paul JEAN; Ed. du CNRS, Paris, 1994; 482 p.
- La recherche contre le tiers-monde/ Mohammed Larbi BOUGUERRA, PUF, Paris, 1995
- La santé au risque du marché: incertitudes à l'aube du XXI^e siècle/ ss la dir. de RAINHORN J.-D., BURNIER M.-J.; PUF; Paris, 2001; 332 p. (Coll. Enjeux n°11)
- Le coût mondial du sida: 1980-2000/ Denis-Clair LAMBERT; Ed. du CNRS, Paris, 1992
- Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique/ REMED (Réseau médicaments et développements); Rapport élaboré en collaboration avec le ministère français de la Coopération et l'OMS, 1996; 342 p.
- Le vrai coût du sida: un nouveau défi au développement/ PANOS; L'Harmattan, Paris 1993
- NGO Responses to HIV/AIDS; United Nations NGO Liaison Services (NGLS), Geneva, 2001; 106 p. (Voices from Africa n°10)
- TRIPS, drugs and public health: issues and proposals/ Third World Network; TWN, Malaysia, 2001 (Intellectual property rights series)
- Vivre et penser le sida en Afrique/ éd. Charles BECKER, Jean-Pierre DOZON, e.a.; Karthala,

Paris, 1999 (Coll. Hommes et sociétés)

Le GRESEA prépare actuellement un dossier pédagogique composé de fiches sur le SIDA, à paraître pour février 2002.

Dans les revues et la presse ...

Dans bon nombre de quotidiens francophones et anglophones, on trouvera des dossiers ou forums ayant trait à la situation du sida dans le monde, la politique des entreprises pharmaceutiques face aux brevets, l'impact des organisations, ... ainsi que le suivi des conférences internationales sur le sida.

- Accès aux médicaments: les brevets contre la santé publique? (dossier)
in: Vers un développement solidaire, n°163, décembre 2001; p. 8-12
- Afrique du Sud: des médicaments sans brevet/ Daniel ARONSSOHN
in: Alternatives économiques n°193, juin 2001; p. 64-67
- AIDS: Losing « The new struggle »?/ Virginia VAN DER VLIET
in: Daedalus Vol.130, n°1, Winter 2001
- Global AIDS crisis: are developing nations getting enough help?
in: The CQ Researcher, n°35, October 13, 2000; p. 809-831
- La chute des prix des médicaments dynamise la lutte contre le sida: La lutte contre le sida en Afrique
in: Afrique Relance n°1-2, juin 2001; p. 1-29
- La lutte contre le sida: un défi sans précédent (dossier)
in: D+C n°4, juillet-août 2001; p.9-18
- VIH/SIDA (dossier)
in: le Courrier n°188, septembre-octobre 2001; p. 12-54

Associations, organisations, sites, ...

- AIDSAlert (Afrique du Sud)
www.pulsetrack.co.za/index.htm
Bulletin d'information du service d'analyse sur le sida du bureau Pulse Track Healthcare Consulting sud-africain.
- AIDS Channel.org (Zambie)
www.aidschannel.org
Portail multimédia de ressources et d'informations émanant de la société civile consacré aux problèmes du sida.
- Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD) - Université de Laval (Canada)
www.ccisd.org/
CCISD est une corporation à but non-lucratif qui se spécialise dans la conception et la gestion de projets en matière de santé (« Coopération active pour le sida », ...) sur la scène internationale.
- Earth Summit 2002: Building partnerships for sustainable development
www.earthsummit2002.org/es/issues/AIDS/hiv.htm
Diverses contributions sur le thème du sida en préparation au Sommet de la Terre 2002.
- Global Health Council (Etats-Unis)
www.globalhealth.org
Cette fédération rassemble diverses associations et professionnels actifs dans le domaine de la santé. Elle a un programme sida et possède de bonnes ressources documentaires.
- Health Action International (Pays-Bas)
www.haiweb.org
Ce réseau rassemble des associations de la santé, du développement et de consommateurs menant des actions et des réflexions sur la politique des médicaments et le droit aux médicaments pour tous.

- Health and Development Networks (Irlande, Afrique du Sud, Thaïlande)
www.hdnet.org
Organisation sans but lucratif avec une expérience dans l'organisation de forums de discussions et l'offre de support de communication dans des conférences. Elle a pour mission d'offrir l'information et la communication nécessaire pour mener à bien des débats dans le domaine du sida et plus globalement dans la relation santé et développement. Offre un répertoire de sites internet ainsi qu'une importante bibliographie.
- HIV/AIDS search engine
www.hivaidssearch.com/index.htm
Précieux moteur de recherche
- Lettre d'information du réseau Sociétés d'Afrique & Sida (Université de Bordeaux - France)
www.ssd.u-bordeaux2.fr/sciences_sociales_&_sida/saets/
Publication trimestrielle. Le réseau est un lieu d'information et de débat scientifique sur la contribution des sciences sociales dans le domaine du VIH/sida en Afrique.
- Médecins sans Frontières (Belgique)
www.msf.org/source/access/2001/fatal/fatal.pdf
« Fatal imbalance: the crisis in research and development for drugs for neglected diseases » est un rapport réalisé par MSF qui démontre la quasi absence de médicaments dans les pays pauvres.
- ONUSIDA
www.unaids.org
www.un.org/News/fr-press/docs/2001/AG1171.doc.htm
Les gouvernements s'engagent à adopter des stratégies nationales multisectorielles et à financer des plans de lutte contre le VIH/SIDA, d'ici à 2003; ONU, Assemblée générale, 26ème session extraordinaire, juin 2001.
- Organisation Internationale du Travail
www.ilo.org/aids
Dossier de presse et le recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA (en format de poche) et le monde du travail.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Organisation Mondiale du Commerce (OMC)
www.who.int/medicines
www.wto.org
« Essential drugs and medicine policy department », documents de base pour un workshop organisé par l'OMC et l'OMS et tenu en avril 2001 disponibles sur les deux sites. Pour l'OMC, suivre trade topics > intellectual property > TRIPS news et voir « workshop for affordable drugs ».
- Réseau Médicaments et Développement (France)
www.remed.org
Réseau international, ReMed est un carrefour d'échanges autour des problèmes liés aux médicaments dans les pays en développement.
- Third World Network
www.twinside.org.sg/focus.htm
« Patents and profits: the fight for affordable medicines », série de contributions émanant du monde des ONG et d'auteurs du Sud sur les médicaments.