



> Ce numéro a été produit en collaboration avec la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW)

## Femmes vivant avec le VIH

Ce numéro d'*Echange* met l'accent sur certains problèmes notoires concernant les femmes vivant avec le VIH. Un aperçu du rédactrice invitée Emma Bell de ICW (Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA) rédigé conjointement avec sa collègue Luisa Orza met l'accent sur certains de ces problèmes. L'un d'eux est l'équilibre dont les femmes séropositives ont besoin pour gérer les peurs instillées par leur séropositivité (d'infecter quelqu'un qu'on aime, d'être stigmatisée et discriminée, d'abandon et de violence, etc.), le besoin de sécurité, le soutien, et le désir d'intimité, d'amour et d'enfants. Un autre problème est le fait de ne pas reconnaître les droits à la santé sexuelle et à la reproduction des femmes vivant avec le VIH.

Certains des sujets abordés dans d'autres articles de ce numéro sont : l'approche ABC dont il est fortement question et la manière dont ce dernier fait fi des questions complexes telles que les besoins et les désirs humains; la perte de la propriété et des terres à laquelle doivent faire face bon nombre de femmes vivant avec ou affectées par le VIH/SIDA en Inde, et l'approche du 'travail de mémoire' menée avec les mères vivant avec le VIH et leurs enfants telle qu'élaborée par NACWOLA en Ouganda il y a environ dix ans.

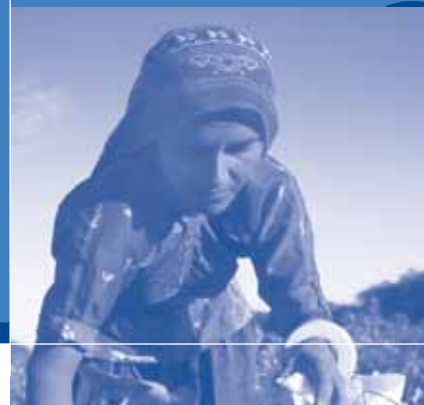
Nous vous en souhaitons une bonne lecture et attendons vos commentaires !

**Nel van Beelen**  
Rédactrice en chef

**Emma Bell**  
Rédactrice invitée



Parler d'amour, de rapports sexuels et d'abstinence p.5



Etendre les droits légaux des femmes en Inde p.9

## Comprendre les réalités des femmes séropositives

**Bien qu'il soit de plus en plus reconnu aux femmes séropositives le droit à une vie sexuelle et à des choix de reproduction satisfaisants, il y a encore une myriade de facteurs qui font que de tels droits ne sont que des rêves pour la plupart d'entre elles. Les raisons qui poussent ces femmes à avoir des rapports sexuels et comment elles ont ces rapports sont dues à divers facteurs. Il est très reconnu que la violence, l'abandon et le fait d'être condamné pour avoir révélé sa séropositivité peut constituer d'importants problèmes pour les femmes séropositives, tout comme la perte de terrain, des moyens d'existence et d'enfants. La peur ainsi créée peut avoir une influence même plus insidieuse sur la manière dont les femmes séropositives vivent leurs vies sexuelles, y compris si oui ou non elles vont parler ouvertement à leurs partenaires de leur santé et de leurs besoins sexuels. Il y a ensuite le désir tout à fait humain d'amour, la confiance et l'intimité qui rendent la pratique de l'ABC (Abstinence, Fidélité, utilisation de Condoms) difficile ou moins souhaitable qu'il ne semble. Ces éléments ne sont pas souvent reconnus dans les programmes de santé sexuelle, qui ont tendance à rendre les rapports sexuels stériles et pragmatiques, plutôt que d'être l'expression d'un dosage complexe d'émotions, d'identité et d'intimité que bon nombre de personnes connaissent. « Les messages sont abstraits et stériles. Nous devons ramener l'amour au centre de tout » a déclaré un membre de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW) de la Namibie lors d'une session intitulée « Amour, Rapports sexuels et Abstinence » au cours du Congrès international sur le SIDA (IAC) à Toronto tenue en août 2006.**

Pour bon nombre de femmes, un diagnostic du VIH apporte des changements considérables dans la manière dont elles vivent leur sexualité et comment elles ressentent les rapports sexuels. Il y a de nombreuses raisons qui amènent les femmes séropositives à continuer ou non à avoir des rapports sexuels. Certaines choisissent l'abstinence tandis que d'autres pensent que l'abstinence leur est imposée. Pour bon nombre d'entre elles, il faut du temps pour qu'elles découvrent que les relations

sexuelles sont encore nécessaires dans leur vie et peuvent contribuer en partie à les guérir. Au cours de la session de Toronto, un membre de l'ICW de Zimbabwe a déclaré : « Au moment de mon diagnostic, j'entretenais de bons rapports avec quelqu'un et bien que nous ayons toujours eu des rapports protégés, je ne pouvais plus par la suite continuer à avoir des rapports avec lui. Je me sentais sale, dégoûtante, usée, souillée et aussi peu sexy qu'on pouvait humainement le

# Dans cette édition

- 1 Editorial **Comprendre les réalités des femmes séropositives**
- 5 Point de vue **Amour, sexe et abstinence: le point de vue des femmes séropositives**
- 7 Expérience **Prendre des mesures pour lutter contre le VIH et le SIDA au Burundi**  
L'expérience de Seconde Nsabimana de RBP+
- 9 En profondeur **Femmes, droits de propriétés et VIH en Inde**
- 11 Pratique durable **Travail de mémoire : Apprendre de l'expérience ougandaise**
- 14 Pilote **Réintégrer les pensionnaires des camps de réadaptation au Vietnam du nord**  
Soutenir les ex-utilisatrices de drogues injectables
- 17 Leçons **Introduire le traitement du VIH dans deux cliniques de santé sexuelle et reproductive en République dominicaine**  
Les leçons apprises par PROFAMILIA
- 20 Ressources en ligne

*concevoir. La relation a pris fin et j'ai passé les quatre années suivantes célibataire. »*

Dans certains cas, les femmes séropositives sont capables d'utiliser leur séropositivité pour négocier des rapports sexuels plus sains. Un membre de l'ICW du Royaume Uni qui a été interviewé pour le compte du Projet Silent Voices, a déclaré : « *J'ai appris à aimer de plus en plus les condoms étant donné qu'ils ne créent aucun dégât. Et j'avais l'impression de maîtriser la situation ; je n'étais pas disposée à laisser quelqu'un avoir des rapports non protégés avec moi et me le crier à la face. ... Ainsi d'une certaine façon, [le VIH] m'a rendue sexuellement plus confiante ».*

## Le dépistage et les droits

Les programmes et politiques de santé sexuelle et reproductive n'arrivent généralement ni à reconnaître la complexité de la vie des personnes vivant avec le VIH ni dans quels contextes leurs choix sont faits. Considérons par exemple la campagne de dépistage du VIH pour le plus grand nombre de personnes que possible. C'est comme si les programmeurs associent le fait pour quelqu'un de connaître son statut avec le fait de pouvoir agir selon cette connaissance pour améliorer son propre bien-être et celui de ses partenaires et de ses enfants. Pour beaucoup, ce n'est pas le cas et les services ne préparent pas les gens aux conséquences d'un résultat positif d'un test de VIH. Dans beaucoup de cas, plus de femmes que d'hommes ont accès aux services de conseils et de dépistage volontaire, et bien que le test soit en général perçu comme volontaire, il n'est pas souvent tenu compte du déséquilibre entre les pouvoirs des prestataires de services et des utilisateurs de services, comme le montre le témoignage ci-après, « *Lorsque j'étais enceinte et que j'allais pour les soins anténataux, on m'a demandé de faire une*

*analyse de sang. Ils ne m'ont pas à quoi devait servir le test. ... Je me suis rendu compte lorsque j'ai reçu les résultats que c'était un test de SIDA. »* (Une Thaïlandaise séropositive)<sup>1</sup>

Les tests, tout comme les autres services de VIH, doivent être faits et prévus dans le cadre des droits sexuels qui tiennent compte du contexte des réalités quotidiennes des femmes et des hommes. Ceci devrait inclure leurs

« Ces messages sont abstraits et stériles. Il nous faut ramener l'amour au centre de tout ceci »

réalités sexuelles et des services de soutien appropriés pour leur permettre de gérer les complexités de leurs vies à la suite du diagnostic. Un dépistage volontaire, informé, confidentiel est la pierre angulaire du travail de l'ICW dans la protection des droits des personnes vivant avec le VIH. Un exemple de bonne pratique dans ce domaine est le Projet de conseils et de dépistage volontaire de Liverpool au Kenya. Ce projet s'adresse à la lutte contre le VIH du point de vue de la violence exercée sur les femmes et leur formation porte sur les inégalités dans les relations entre femmes et hommes. Les conseillers sont formés pour discuter avec les femmes de leur expérience des relations de pouvoir dans les rapports sexuels avec les clients et pour leur fournir les stratégies pour une négociation des rapports sexuels et la révélation de la séropositivité.

## Comprendre les réalités des femmes

Bon nombre de femmes séropositives ont des désirs sexuels et des rapports sexuels ; les services doivent le reconnaître et leur fournir des conseils, des services contraceptifs, des contrôles en matière de santé sexuelle, des



# KIC



Royal Tropical Institute

## Knowledge Infrastructure with and between Counterparts (KIC)

Le Projet KIC vise à dynamiser le partage de connaissance, l'apprentissage collaboratif et la création de réseaux. La première phase du Projet KIC, un projet pilote de collaboration axé sur l'action va jusqu'à fin 2006. Dans le cadre de ce projet, Oxfam International et *Échange* collaborent en vue de renforcer le processus d'apprentissage sur le VIH/SIDA. Les partenaires d'Oxfam sont invités à rédiger des articles sur les leçons apprises. Les articles produits dans le cadre

de cette collaboration sont suivis d'un logo d'Oxfam au niveau du titre encadré en vert. Le Projet KIC a aussi un site web interactif [www.oxfamkic.org](http://www.oxfamkic.org), qui permet aux partenaires d'Oxfam de partager des pratiques basées sur des preuves et des documents, et de participer dans des communautés virtuelles. Pour des questions et des commentaires sur ce numéro ou sur le projet, il est recommandé aux partenaires d'utiliser l'adresse email [aids.kic@oxfamnovib.nl](mailto:aids.kic@oxfamnovib.nl).

informations et des services exhaustifs sur les soins pré et post-nataux pour la mère et l'enfant. Il est nécessaire que les prestataires de services comprennent que les relations des femmes influent sur leur aptitude à accéder au traitement et autres services de santé. Les relations des femmes influencent aussi leur aptitude à agir sur les conseils qui leur sont donnés par les prestataires de services. Le contrôle des partenaires peut empêcher les femmes d'accéder au traitement et également entraver leur aptitude à adhérer aux régimes de traitement.

Une Tanzanienne a déclaré au cours d'une réunion de planification des traitements organisée par l'ICW : « *La plupart d'entre nous femmes vivant avec le VIH qui utilisons les ARV [antirétroviraux], sommes confrontées au problème courant que nos maris ou partenaires ont tendance à nous obliger à partager notre dose de ARV avec eux alors qu'ils ne se sont pas fait dépister pour le VIH et ne connaissent pas leur numération de CD4. Ils ne veulent pas aller faire un dépistage alors qu'ils présentent tous les symptômes du VIH. Même si vous refusez, il trouvera là où vous garder votre médicament et en volera.* »

**Les complexités de la vie et les circonstances des femmes vivant avec le VIH nécessitent qu'elles participent à la conception des politiques et des programmes afin de se pencher efficacement sur ces questions**

Trop souvent, les agents de santé n'arrivent pas à déceler de telles pressions et décrivent les malades comme des patients « difficiles à gérer » ou pensent qu'elles refusent de suivre leurs conseils.

### **Le droit à avoir des rapports sexuels et des enfants**

Ce qui est plus problématique, c'est que les agents de santé, sous pression eux-mêmes, souvent portent des jugements très sévères sur les droits des femmes à avoir des rapports sexuels et des enfants et font pression sur elles pour qu'elles suivent certains cours d'action. D'une certaine façon, les femmes séropositives ayant des enfants sont souvent considérées comme ayant commis une faute hors du commun. Les agents de santé, les membres de la communauté, les media, même



Les membres de l'ICW se rassemblent lors du Congrès international sur le SIDA à Toronto

les activistes du VIH/SIDA ont décrit les femmes séropositives qui tombent enceinte comme des irresponsables. En effet, les membres de l'ICW ont signalé que l'accès aux ARV peut parfois être offert uniquement à celles qui sont sous contraceptifs ; les femmes du Lesotho et de la Namibie ont signalé que l'accès aux ARV a été lié à l'utilisation de certains types de contraceptifs – soit des injections hormonales ou des dispositifs intra-utérin (DIU) dans les deux cas, des méthodes contrôlées par les médecins – parce qu'on croit qu'en tant que séropositives, les femmes ne doivent pas tomber enceinte.<sup>2</sup> C'est non seulement une violation de leurs droits à la reproduction, mais aussi une façon de leur faire courir le risque de réinfections et d'IST alors que les rapports sans risque sont souvent négociés à travers l'utilisation de contraceptifs.

Réciproquement, il a été refusé à d'autres femmes l'usage de contraceptifs parce qu'on pense qu'elles ne devraient pas avoir droit aux rapports sexuels, comme l'a appris une femme séropositive de la Thaïlande : « *J'ai été à l'hôpital où on m'a dit de me faire placer un DIU. Puis, lorsqu'il a contrôlé mon dossier médical et a su que j'avais le VIH, ils ont dit 'Oh ! Celle-là est infectée ! Les personnes infectées par le VIH ne doivent pas l'utiliser.'* »<sup>1</sup> Dans de telles circonstances lorsque les femmes séropositives tombent

enceinte, l'accent est mis sur comment sauver la vie de l'enfant, négligeant la santé de la mère « indigne » qui non seulement renverse l'impact du prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) mais aussi refuse aux femmes leur droit à la santé : « *Vous êtes importante seulement lorsque vous tombez enceinte, le bébé devient important ; une fois que vous êtes séparée vous devez prendre soin de vous-même.* »<sup>3</sup>

Equilibrer la peur, la sécurité et les désirs Pour nombre de femmes, la recherche d'équilibre nécessite qu'elles gèrent la peur de l'abandon de leurs partenaires, la peur d'une révélation non souhaitée, la peur du stigmata, la discrimination et la violence et la peur d'infecter les bébés et les partenaires, avec le besoin de sécurité, le soutien et le désir d'intimité, l'amour et éventuellement les enfants. Ceci peut simplement être trop à gérer. « *Si vous commencez à utiliser le lait en poudre chacun sait que c'est parce que vous devez être séropositive. Si vous exigez l'utilisation de condoms, pour éviter les risques répétés, soit, il va vous frapper ou juste vous laisser et avoir des rapports sexuels avec une autre femme et amener tout autant d'autres infections. Alors vous continuez juste à avoir des rapports non protégés et à allaiter même si vous savez que vous faites exactement ce qu'on vous a dit qu'il ne faut pas faire.* »<sup>3</sup>

Les femmes doivent souvent rechercher elles-mêmes les options de traitement et seules celles qui ont accès et ont confiance aux informations nécessaires réussissent à accéder au traitement qu'il leur faut, surtout en ce qui concerne les choix de la reproduction. « [Le groupe de soutien] est géré par une ONG mais si vous tombez enceinte vous devez vous rendre au Centre fédéral de lutte contre le SIDA où ils essaient de vous décourager d'avoir un enfant... C'est très mal perçu qu'une femme ayant le VIH ait un enfant et une vie sexuelle... Au Centre fédéral de lutte contre le SIDA, on vous demande d'avorter. Vous pouvez obtenir des informations [sur le PTME] du groupe de soutien... mais les médecins vous convaincront que ce n'est pas efficace... Si une femme décide et insiste pour avoir un enfant ils l'aideront. »<sup>4</sup>

### Vers une participation plus importante

Les complexités de la vie et les circonstances des femmes vivant avec le VIH nécessitent qu'elles participent à la conception des politiques et des programmes afin de se pencher efficacement sur ces questions. Plus que souvent, les personnes vivant avec le VIH et en particulier les femmes, sont encore exclues des forums de prise de décisions et lorsqu'elles sont invitées à y participer, c'est encore quelqu'un d'autre qui élabore le programme. De telles situations peuvent être intimidantes et désagréables, et bon nombre de membres de l'ICW disent qu'elles se sentent écartées une fois qu'elles ont fini de

donner un témoignage personnel sur la manière dont elles ont été infectées. Cependant, ces mêmes décideurs politiques disent qu'ils acceptent le principe d'une plus grande participation des personnes vivant avec le VIH et le SIDA (GIPA). En réalité, l'ICW préfère le terme MIPA: Participation importante des personnes vivant avec le VIH et le SIDA – notamment les femmes séropositives – dans toutes les prises de décisions qui affectent leur vie. Ceci signifie que les décideurs ont besoin de s'assurer qu'une participation aussi intense est encouragée. Jusqu'à présent, il appartient toujours aux personnes vivant avec le VIH de se battre pour se faire admettre.

### Défier les stéréotypes et les inégalités

Les exemples de bonne pratique dans les domaines décrits ici ne sont pas abondants, mais il en existe cependant. Un exemple est le MTCT Plus Initiative dans les cliniques d'Afrique du sud gérées par les MSF (Médecins Sans Frontières) à Le Cap. Le programme implique les femmes séropositives qui connaissent déjà le programme et peuvent soutenir les nouvelles mères et les familles qui se joignent au plan. L'initiative fournit des soins de suivi à long terme aux mères séropositives, leurs enfants et leurs partenaires, les familles d'accueil et les familles en bonne santé dans lesquelles la responsabilité de porter et d'élever les enfants est partagée.

Il faut que les programmes ne soient pas stigmatisants et reflètent les réalités auxquelles

sont déjà confrontées les personnes vivant avec le VIH, plutôt que de leur en imposer de nouveaux. Ils ont besoin de défier les inégalités et les stéréotypes existants et si possible, être menés par les femmes vivant avec le VIH. Autrement alors, il faut faire participer les femmes séropositives à tous les niveaux – de la planification et de la consultation jusqu'à l'élaboration du budget, la mise en œuvre, la formation, le suivi et l'évaluation.

La vision de l'ICW est un monde où les femmes ont le droit de faire des choix sur leur vie sexuelle et de la santé reproductive. Ceci ne peut se faire à travers des appels du haut vers la base à l'abstinence ou à la fidélité ou à des boîtes de condoms placées symboliquement à des endroits stratégiques, mais plutôt en changeant les conditions de vie de toutes les femmes. Il implique aussi le défi des relations de pouvoir entre les hommes et les femmes et les inégalités qui influencent la vie sexuelle et reproductive des femmes. Seulement alors les femmes séropositives réaliseront leur droits à la sexualité et à la reproduction. ■

Cet article était rédigé dans le cadre du Projet KIC.

#### Emma Bell & Luisa Orza

Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW)

Correspondance :

Unit 6, Building 1, Canonbury Yard  
190a New North Road  
London N1 7BJ, United Kingdom  
Tel : +44 20 7704 0606  
Fax : +44 20 7704 8070  
E-mail : info@icw.org, Web : www.icw.org



Participation significative ? Une partie d'un poster élaboré par ICW pour montrer les différents types de participation des femmes vivant avec le VIH : de la manipulation et du symbolisme à une véritable participation. Télécharger le poster : [www.icw.org/icw/files/icw\\_poster.jpg](http://www.icw.org/icw/files/icw_poster.jpg)

1. Cité de S. Paxton, A. Welbourn, P. Kousalya, et al. *Oh! This one is infected. Women, HIV and human rights in the Asia/Pacific region. Paper prepared for UNHCHR*, 2004: [www.icw.org/tiki-download\\_file.php?fileId=79](http://www.icw.org/tiki-download_file.php?fileId=79)
2. J. Gatsi, Rapport sur « ICW treatment mapping project », Namibie, ICW (prochainement); et M. de Bruyn, *Reproductive rights for women affected by HIV/AIDS? A project to monitor Millennium Development Goals 5 and 6*, Ipsas, 2005: [www.icw.org/tiki-download\\_file.php?fileId=185](http://www.icw.org/tiki-download_file.php?fileId=185)
3. Les membres de l'ICW d'Afrique du sud et du Swaziland, interviews menées au cours d'un projet d'élaboration de politique et de formation à Durban, en Afrique du sud, 2005, rapport disponible auprès de l'ICW.
4. Un membre ICW de la Russie, interview pour *ICW Actualité*, Numéro 35, 2006 (prochainement): [www.icw.org](http://www.icw.org)

# Amour, sexe et abstinence: le point de vue des femmes séropositives

Article rédigé dans le cadre du Projet KIC

Luisa Orza



Les femmes partageant des questions intimes lors de la session « Amour, Rapports sexuels et Abstinence »

Etant donné que les programmes financés par l'USAID et le PEPFAR insistent de plus en plus sur l'approche ABC, et mettent en particulier l'accent sur le A et le B et laisse de côté le C, les femmes séropositives de l'Ouganda, du Zimbabwe et de la Namibie s'accordent à dire que cette approche déçoit les femmes et elles demandent désormais une toute autre approche aux droits à la santé sexuelle et reproductive. Les femmes se sont rendues au Congrès international sur le SIDA en août 2006 à Toronto, au cours d'un dialogue intitulé Amour, Rapports sexuels et Abstinence, qui était organisé par la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW). Environ 50 personnes ont pris part à la session qui a été coordonnée par quatre membres de l'ICW, mais la discussion s'est faite de façon interactive et les participants étaient aussi bien des femmes que des hommes séropositifs ou séronégatifs.

Toute activité sexuelle est entreprise dans le cadre des rapports de force existant dans toute société donnée. Les inégalités entre les femmes et les hommes dans la société font partie des facteurs qui sont à la base des rapports de force qui prévalent au niveau intime, ce qui signifie que la femme pratique l'acte sexuel souvent dans une position de faiblesse vis-à-vis de son partenaire. La plupart des femmes vivant avec le VIH sont infectées à travers des rapports hétérosexuels et le plus souvent par un partenaire régulier ou un époux. Dans ces conditions, toutes les trois options qu'encourage l'approche ABC sont inefficaces, parfois impossibles à appliquer, et dans tous les cas, ce sont les femmes qui sont les plus touchées et qui souvent subissent les conséquences de la non application de l'approche. L'abstinence (le A de ABC) est non seulement difficile à appliquer si on est en relation avec quelqu'un mais c'est aussi un choix que peu de gens souhaiteraient faire. Les campagnes qui prônent l'abstinence comme seul mode de prévention pourraient stigmatiser les gens vivant avec le VIH et même les étiqueter comme favorisant la promiscuité, surtout les femmes dont l'activité sexuelle de quelque sorte tend à provoquer plus de désapprobation que celle des hommes dans la plupart des pays. Ces campagnes sont aussi particulièrement stigmatisantes pour les femmes séropositives dans les couples discordants – où leurs partenaires sont séronégatifs – puisqu'ils culpabilisent le membre séropositif du couple.

Le B (« soit fidèle ») et le C (« utilise des préservatifs ») des campagnes ABC sont tout aussi problématiques pour

les femmes. On peut soutenir que tout le monde peut contrôler sa fidélité vis-à-vis d'un partenaire (sauf en cas de viol, de violence sexuelle ou de coercition), mais personne ne peut contrôler le comportement sexuel de son ou de sa partenaire, et il n'est pas réaliste de parler de fidélité dans les cultures qui autorisent la polygamie et/ou encouragent la masculinité sur la base du nombre des « conquêtes » sexuelles qu'un homme est en mesure de faire. L'utilisation de condoms et d'autres méthodes de rapports sexuels sans risque actuellement nécessite encore tout au moins le consentement – si ce n'est l'application elle-même – de la part d'un partenaire, bien que le condom féminine permette plus de contrôle aux femmes à cet égard. Les femmes séropositives du Zimbabwe et de l'Ouganda ont déclaré qu'elles étaient fatiguées d'entendre dire que c'est seulement les femmes démunies et privées de pouvoirs qui ne sont pas capables de négocier l'utilisation du condom. « *Les femmes instruites, économiquement indépendantes sont tout aussi incapables de négocier des rapports sexuels sans risque* », a déclaré l'une d'elle.

## Facteurs soutenant la paralysie

Sans nul doute, le choix de l'abstinence ou d'une période d'abstinence, que ce soit seul ou dans une relation, peut donner du pouvoir. Cependant, ce choix est souvent fait pour un nombre de raisons paralysantes dont la peur (d'être infecté ou d'infecter les autres) ; les associations négatives avec les rapports sexuels auxquels un diagnostic de séropositivité peut conduire, la culpabilité, la honte ou

l'internalisation du stigmata qui peut conduire les personnes vivant avec le VIH à avoir le sentiment qu'ils n'en valent pas la peine et qu'ils n'ont plus droit ni à l'amour ni aux rapports sexuels. Bon nombre de femmes vivant avec le VIH font l'expérience d'une perte d'identité sexuelle suite à un diagnostic positif. Lorsque l'abstinence résulte des sentiments négatifs mentionnés ci-dessus, un faux sentiment d'habilitation peut prévaloir, si les femmes se retrouvent dans des circonstances dans lesquelles elles n'ont pas clairement le contrôle de la situation, telles que les incidents de violence sexuelles, de coercition ou de simple réalisation que le choix d'abstinence a été motivé par des facteurs plutôt externes qu'internes.

Ce qui devrait-être recherché, selon une jeune femme séropositive vivant au Zimbabwe, est une situation dans laquelle « *Non c'est Non, mais Oui c'est également Oui* ». En d'autres termes, les femmes vivant avec le VIH, et les femmes séronégatives ou n'ayant pas subi le dépistage, doivent être en mesure d'exercer leur droit à choisir quand, comment, pourquoi et avec qui avoir des rapports sexuels. « *On a des rapports sexuels après un diagnostic de VIH* » a-t-elle déclaré, juste comme on a des rapports sexuels après la ménopause pour les femmes plus âgées, après une incapacité physique et après le veuvage. Une partie de ses expériences initiales de rapport sexuel après le diagnostic a été suivie de l'ignorance des partenaires hommes, dont certains s'attendaient à recevoir sa gratitude pour les peines qu'ils ont eues à lui procurer du plaisir tout en se protégeant, d'autres dont la peur de se voir infecter était si grande que cela dominait l'acte sexuel.

### Manque de leadership

Ces femmes se sentent abandonnées par leurs leaders, surtout les premières dames de certains pays, qui sont souvent au devant des campagnes de prévention, mais qui soutiennent les campagnes d'abstinence promues par l'administration de George Bush, en se référant aux rapports sexuels « illicites » ou « immoraux » qui stigmatisent ceux vivant déjà avec le virus. Beaucoup de recherches ont montré que la promotion de l'abstinence avant le mariage comme seul moyen de prévention est improductive à long terme. En Ouganda, les femmes activistes ont été dénommées « La mafia des femmes luttant contre le SIDA » parce qu'elles mettent la pression pour au moins obtenir que les condoms soient maintenus sur l'agenda politique malgré l'annonce du Président Yoweri Museveni au cours du Congrès international sur le SIDA à Bangkok en 2004, que « *les condoms ne marchent pas avec tous les styles de sexes* ».

Il y a également un sentiment fort que leurs dirigeants sont loin des réalités du terrain dans leurs stigmatisant pays ou choisissent de les ignorer. Kanjoo, une jeune femme séropositive de la Namibie a déclaré que : « *Peut-être qu'il y a un mouvement sur l'abstinence qui traverse très vite*

*l'Afrique. Mais dans le même temps, il y a pleins d'histoires de grossesses d'adolescentes. ... Les rapports sexuels avant le mariage sont en train d'être condamnés partout, mais, ils semblent se produire plus souvent que jamais. ... Les messages d'abstinence et de prévention ont enlevé la composante amour de tout. Les messages sont abstraits et stériles. Il nous faut ramener l'amour au centre de tout le débat. »*

### Le poids de la responsabilité

Les relations avec un accent sur le partenariat, la prise en charge et une vie sexuelle accomplie, peuvent vraiment guérir. Mais l'interprétation de ces relations, surtout dans les couples sérodiscordants, est difficile. Où s'arrêtent les droits d'un partenaire et où commencent ceux de l'autre ? A qui incombe la responsabilité de s'assurer que les autres demeurent protégés, quand il se peut que ce soit déjà la femme (dans ce cas, aussi le partenaire séropositif) qui se bat pour s'assurer que le couple a des rapports sexuels sans risque ? Avec l'avènement de la criminalisation de la transmission du VIH dans nombre de pays, le fardeau de responsabilité repose lourdement sur la personne vivant avec le virus, cependant lorsque cette personne est une femme, elle peut être impuissante pour s'assurer que son partenaire se protège.

Quelle est la solution ? Les participants à ce dialogue ont exhorté à une plus grande ouverture sur les rapports sexuels et la sexualité, en commençant par la famille – les parents parlant des rapports sexuels avec leurs enfants, y compris les bonnes et les mauvaises sortes de rapports sexuels, afin que les filles en particulier soient plus en mesure de comprendre très tôt comment éviter la coercition et les situations potentiellement dangereuses. Une seconde étape consiste à garder la pression sur les gouvernements à travers le dialogue et les médias afin que les lois nationales et les stratégies ne soient pas basées seulement sur l'opportunisme politique, mais aussi tiennent compte des réalités des femmes et des hommes sur le terrain. Troisièmement, il y a nécessité d'élargir les définitions culturelles des rapports sexuels et de la sexualité afin d'inclure l'intimité, le plaisir et l'amour et s'assurer que ces derniers sont pris en compte dans les messages de prévention. ■



#### Luisa Orza

Chargée de la supervision des projets, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW)

Correspondance :

Unit 6, Building 1, Canonbury Yard, 90a New North Road  
London N1 7BJ, United Kingdom

Tel : +44 20 7704 0606, Fax : +44 20 7704 8070

E-mail : [info@icw.org](mailto:info@icw.org), Web : [www.icw.org](http://www.icw.org)



Seconde Nsabimana au Bureau RBP+

## Prendre des mesures pour lutter contre le VIH et le SIDA au Burundi

L'expérience de Seconde Nsabimana de RBP+

Article rédigé dans le cadre du Projet KIC

**Au Burundi, comme dans la plupart des pays africains, le VIH/SIDA a un visage féminin. Selon une enquête nationale menée en 2002, le taux de séroprévalence chez les femmes était de 13% dans les zones urbaines et 5.5% chez les hommes, en milieu rural, elle était de 2.9% chez les femmes et 2.1% chez les hommes. Fin 2005, le nombre de personnes infectées était estimé à 150.000, dont environ 60% sont des femmes.**

En 1992 fut créé la première organisation pour relever le défi : la « Society for Women Against AIDS In Africa » (SWAA – Burundi). En 1994, l'Association Nationale de Soutien aux Séropositifs (ANSS) lui a emboîté le pas. Quelques années plus tard, le Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH/SIDA (RBP+) a été créé. La SWAA, l'ANSS, et le RBP+, sont les principales organisations qui ont compris la nécessité d'impliquer les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans leurs structures. En particulier, les femmes vivant avec le VIH ont rejoint ces organisations et y occupent des postes de dirigeants. Dans le RBP+, les femmes séropositives occupent des postes importants. Par exemple, le comité est composé de 5 membres dont 3 femmes.

Parlant de mon expérience personnelle, tout commence en 1988, période noire où être infectée signifiait la mort. Je m'étais référée à un médecin de famille qui me présentait de faux résultats soupçonnant une infection de VIH en cours. Ma détermination à connaître la vérité m'amena chez un médecin expatrié qui confirma ma séropositivité. C'était trop dur pour moi, je venais de me marier, la vie n'avait plus de sens pour moi, je démissionnais de mon devoir conjugal, les relations intimes au

lieu de me procurer du plaisir me dégoûtaient. Le seul souci que j'avais : « mes deux enfants ». J'allais un bébé de trois mois à l'époque, mon médecin m'avait rassuré qu'il n'y avait pas de risques de contagion avec le lait maternel. Six mois plus tard, j'apprenais à la radio qu'il était strictement interdit d'allaiter

**De là est née une force en moi, qui jusqu'aujourd'hui me ranime : « agir pour mieux vivre »**

quand on est séropositive. L'image qui ne me quittera jamais, c'est quand un matin alors que ma fille attendait son sein comme d'habitude, je lui donnai le lait de vache dans un biberon, elle a crié, crié horriblement et a jeté son biberon par terre.

Mes premières années de séropositivité, j'endurais toute seule les souffrances alors que mon mari niait haut et fort ma/notre séropositivité. A l'hôpital où je travaillais, ces visages défigurés, des femmes en particulier alitées, désespérées, rejetées pour la plupart par leurs proches qui les surnommaient « candidats à la mort » me donnaient la chair de poule. Partout où j'étais, l'ombre de la mort

me poursuivait. Je m'investissais dès lors à apporter espoir et sourire à mes pairs hospitalisés.

### Agir pour mieux vivre

De là est née une force en moi, qui jusqu'aujourd'hui m'anime : « agir pour mieux vivre ». C'est ainsi donc que j'ai adhéré à la SWAA – Burundi en 1992 pour soutenir les femmes infectées et c'est là que commence mon développement positif. Maintenant, 15 années plus tard, je suis Vice-présidente du RBP+ et membre du Centre GIPA, une association qui initie des activités de lutte contre le SIDA en milieu du travail.

Il n'est pas facile aux personnes séropositives de s'engager dans la lutte contre le SIDA. Lorsqu'en tant que personne séropositive instruite vous voulez vous engager dans les associations de lutte contre le VIH, la principale barrière est que les responsables, sous prétexte que vous êtes bénéficiaires des services ont tendance à vous écarter de la gestion. Pour eux, vous ne devez qu'attendre et bénéficier des services offerts par eux. C'est une forme de stigmatisation et de discrimination. De plus, du fait que les personnes séropositives s'impliquent de façon active et remarquable dans les activités des ONG, elles sont considérées comme des concurrentes lorsqu'il y a des postes disponibles.

Je refuse qu'on me pointe du doigt, je préfère le dire à haute et intelligible voix sans intermédiaire. L'important c'est d'avoir informé

les miens et mon entourage. Mon époux n'a accepté que je parle ouvertement de ma séropositivité que très récemment en 2000, alors qu'il était volontaire des Nations Unies. Il avait compris qu'il fallait briser le silence et casser la coquille gênante : la stigmatisation. Le soutien, c'est l'élément moteur qui peut changer les choses. Avant, il refusait que j'informe les médecins de notre séropositivité en cas de consultation. Il m'obligeait à me taire, à les laisser faire leur propre diagnostic et à deviner ce qui n'allait pas chez moi. Imaginez-vous ? Il m'interdisait même de l'annoncer à nos frères et sœurs.

Vous comprendrez qu'il a été très difficile d'annoncer notre statut aux enfants. Le jour où je décidai de le faire, ils ont dit : « *On savait cela depuis longtemps maman, les autres enfants nous disaient méchamment que nous sommes infectés par le SIDA comme nos parents, en plus, papa prend des médicaments n'est ce pas ?* » C'était le moment idéal de les sensibiliser, de leur montrer l'importance d'avoir adhéré aux associations de soutien et de les préparer à accepter un dépistage.

### Devenir plus active

En 1992, un des membres fondateurs de la SWAA à qui j'avais confiée mon résultat m'a demandé si je voulais bien être membre de la nouvelle association, j'ai adhéré sans attendre étant motivé par mon expertise sur le vécu et la connaissance des besoins accrus des femmes infectées. A la SWAA j'ai appris à parler de mon statut lors du conseil pré et post test. En 1998-2000, participant aux activités de prévention de l'ANSS, je voulais trouver mon identité avec des pairs pour échanger les expériences. En 2001, j'ai pris part à un projet pilote « Plus grande participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA », initié par le PNUD. Aujourd'hui, je suis membre du Centre GIPA. A la fin de 2001, nous avons mis en place des structures de RBP+, dont je suis devenue le Vice-Président.

Mon implication fut une leçon et un modèle, tout d'abord dans les services publics ensuite dans les ONG de lutte contre le SIDA. A la

SWAA, nous avons prouvé que les femmes infectées se confiaient mieux et l'encadrement psychosocial était adéquat et satisfaisant compte tenu des échanges d'expériences. En plus les personnes qui venaient pour un dépistage volontaire avaient plus confiance, étaient plus ouvertes et rassurées et coopéraient par la suite au changement de comportement.

Les témoignages à visage découvert était une valeur ajoutée pour les membres de l'association et les partenaires. Au Centre GIPA, notre expertise a contribué d'une façon remarquable aux programmes en vigueur dans les lieux de travail. Elle a suscité plus d'ouverture des PVVIH et de réponses comme les caisses de solidarité thérapeutiques, la mise en place des politiques institutionnelles par la sensibilisation du management à intégrer le SIDA et le VIH dans leurs activités habituelles.

Finalement, je considère le RBP+ comme une œuvre, un résultat émanant de mon implication dans la lutte contre le VIH/SIDA. Sa mise en place a facilité la mobilisation des PVVIH de toutes les couches sociales et au niveau décentralisé à s'atteler au plaidoyer pour défendre nos droits fondamentaux. En 2001, lorsque nous avons créé la RBP+, les gens se moquaient encore de nous. La stigmatisation était de taille et les réponses à l'épidémie étaient limitées. L'union fait la force ! Aujourd'hui, je peux confirmer sans me tromper que dans notre pays, bien que l'accès aux soins ne soit pas satisfaisant, les PVVIH et en l'occurrence les femmes ont un cadre idéal pour exprimer leurs préoccupations – un réseau de pairs. ■

### Seconde Nsabimana

Vice-Président RBP+ (Réseau Burundais des Personnes vivant avec le VIH/SIDA)

Correspondance :

E-mail : [sekundansa@yahoo.fr](mailto:sekundansa@yahoo.fr)

## Ressources

### sur les femmes séropositives

#### Fiches d'informations ICW/GCWA (2006)

Avec le soutien de la Coalition mondiale sur les Femmes et le SIDA (GCWA) de l'ONUSIDA, l'ICW a produit trois fiches d'informations en anglais. Ces dernières définissent les principaux messages de plaidoyer basés sur les conclusions du travail du projet ICW à savoir :

- Violence contre les femmes : [www.icw.org/files/VAW-ICW fact sheet-06.doc](http://www.icw.org/files/VAW-ICW fact sheet-06.doc)
- Droits à la santé sexuelle et reproductive : [www.icw.org/files/SRHR-ICW fact sheet-06.doc](http://www.icw.org/files/SRHR-ICW fact sheet-06.doc)
- Accès aux soins, traitement et appui : [www.icw.org/files/ACTS-ICW fact sheet-06.doc](http://www.icw.org/files/ACTS-ICW fact sheet-06.doc)

#### Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS

*Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*  
FNUAP/OMS, 2006 (83 p.)

Cette publication traite des besoins spécifiques de santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes vivant avec le VIH/SIDA et contient les recommandations pour les conseils, la thérapie antirétrovirale, les soins et autres interventions. Le document explique que les services de SSR servent uniquement à améliorer la SSR des femmes, à traiter et à prévenir les infections au VIH.

[www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/616\\_filename\\_srh\\_hiv-aids.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/616_filename_srh_hiv-aids.pdf)



# Femmes, droits de propriétés et VIH en Inde

Dipika Jain



Photo: Annelies van Brink

**En 2006, l'ONUSIDA a signalé que presque la moitié des adultes vivant avec le VIH sont aujourd'hui des femmes. Selon les estimations, en Inde 38% des adultes séropositifs sont des femmes et le nombre de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans vivant avec le VIH fait deux fois celui des jeunes hommes.<sup>1</sup> Le VIH/SIDA met l'accent sur les inégalités sociales qui prédisposent les filles et les femmes à l'infection au VIH ; pour se protéger, il faut aux femmes plus que des droits. En Inde, l'épidémie accentue l'ampleur des violations des droits des femmes. Dans ce pays, les femmes et les enfants risquent d'être confrontés non seulement au stigmate contre les gens affectés par le VIH mais également aux privations dues à leur incapacité à posséder et à avoir accès aux propriétés.**

Cette incapacité à posséder et à avoir accès aux propriétés est l'une des plus grandes difficultés auxquelles sont confrontées les femmes dans les ménages affectés par le SIDA. Les femmes séropositives qui ont été abandonnées par leurs maris et rejetées par leurs communautés ainsi que celles qui ont perdu leurs maris du fait des maladies liées au SIDA ne sont souvent pas autorisées à avoir une part équitable des biens de leurs maris. La communauté ou leurs beaux-parents les rejettent, elles sont destituées et sans abri. Parfois ces femmes sont renvoyées chez leurs parents sans dot ; il est du fait difficile à leur famille de les soutenir.<sup>2</sup>

Les us et les coutumes interdisent aux veuves d'hériter des propriétés. De ce fait, elles sont évincées de leurs terres et de leurs foyers par leurs beaux-parents et privées de leurs possessions. La preuve est faite que les femmes dont les partenaires tombent malades et meurent du fait des maladies liées au SIDA font l'objet de discrimination, d'abandon et même de violence. Dans certains endroits, les femmes perdent leurs

**Cette incapacité à posséder et à avoir accès aux propriétés est l'une des plus grandes difficultés auxquelles sont confrontées les femmes dans les ménages affectés par le SIDA**

maisons, leur héritage, leurs possessions, leurs moyens d'existence et même leurs enfants lorsque leurs maris meurent. Cette insécurité les oblige pour la plupart à adopter des stratégies de survie qui accroissent leurs chances de contracter le VIH.

Dans bon nombre de familles, les femmes – les filles, les épouses et les belles-filles vivant avec le VIH – sont confrontées à plus de discrimination que les fils, les maris et les beaux-fils.<sup>3</sup> Les femmes

mariées ont déclaré qu'elles pourraient ne pas révéler leur séropositivité à leurs maris de peur d'être tyrannisées et abandonnées. Les femmes sont souvent accusées par leurs beaux-parents lorsque leurs maris sont infectés par le VIH. Elles sont considérées comme étant les vecteurs de l'infection même lorsque la famille sait que le mari fréquente des maisons closes. Elle est accusée parce qu'on dit qu'elle a été incapable de satisfaire sexuellement le mari, ce qui l'a obligé à aller vers les travailleuses du sexe. Ironie du sort, on s'attend encore à ce que ces femmes prodiguent des soins à leurs maris vivant avec le VIH. Mais après la mort du mari, la femme n'est plus jugée utile. La preuve est que les beaux-parents refusent à la femme tout droit aux biens du mari ou à la pension.<sup>3</sup>

Human Rights Law Network (HRLN) est une ONG à but non lucratif basée en Inde. C'est un réseau de juristes et d'activistes sociaux travaillant dans le but de s'assurer que les personnes démunies et vulnérables ont accès à la justice. Ces dernières années, dans plusieurs Etats de l'Inde, nous avons réuni des preuves sur des cas où les beaux-parents des personnes vivant avec le VIH se sont emparés de leurs biens. A titre d'exemples nous pouvons citer :<sup>4</sup>



- Le mari de Suniti Chauhan est mort des suites d'une maladie liée au SIDA, il y a environ un an. Ils vivaient dans le district de Kishanganj dans l'Etat de Bihar. Suniti est aussi séropositive. Actuellement elle vit avec son père. Ses beaux-parents ont refusé d'admettre qu'elle a droit à une partie des biens de son mari.
- Rukmani du district de Ethah dans l'Etat de Uttar Pradesh est aussi séropositive. Son mari est décédé également des suites d'une maladie liée au SIDA après quelques années de mariage. Elle a un fils vivant avec le VIH. Elle a été battue et chassée de son domicile conjugal et n'était même pas autorisée à prendre ses habits, car ses beaux-parents l'ont accusée de la mort de leur fils. Elle a porté plainte pour qu'on lui redonne ses biens. Elle vit actuellement avec son frère.
- Roshani Singh de Varanasi a été chassée de la maison de ses beaux-parents après que sa séropositivité soit connue. Son mari est mort de fièvre il y a deux ans. Elle a été battue par trois grands frères de son mari et il lui a été refusé de prendre part au partage des biens de son mari. Elle a mendié pendant un an dans la rue pour soutenir son enfant de deux ans.

## Les droits des biens en Inde

En Inde, comme dans d'autres parties du monde, les droits des femmes à la propriété sont limités par rapport à ceux des hommes. Le refus et les violations des droits des femmes creusent la disparité



économique entre les femmes et les hommes. Les droits de propriété des femmes sont affectés par une toile complexe de lois statutaires, de législations personnelles et de normes et coutumes sociales. Les législations personnelles régissent les questions de droits de la famille et déterminent la part de la femme aux biens de ses parents ou de son conjoint. L'applicabilité d'une série des droits de la famille dépend de l'affiliation religieuse de la personne. Par exemple, les Hindous, les Sikhs, les Bouddhistes et les Jainistes sont régis par la loi de 1955 sur le mariage hindou, la Loi de 1956 sur la Succession hindoue, tandis que les femmes musulmanes sont régies par l'application de la Loi musulmane personnelle (la Shariat) de 1937 et la Loi des femmes musulmanes sur la Protection des droits de Divorce de 1986. En outre, les droits de propriétés tribales des femmes sont régis par les coutumes et les normes de leur tribu. Il est clair qu'il n'y a aucun organe uniforme de loi régissant les droits de propriétés des femmes indiennes. Les droits de propriétés de la femme indienne dépendent de sa religion, de son statut matrimonial, de la partie du pays d'où elle vient, de son association tribale etc.

### Les femmes hindoues

Il serait bon de prendre l'exemple des droits de propriétés des femmes hindoues. Leurs droits de propriétés, aussi bien que ceux des femmes sikhs, bouddhistes et jainistes en Inde, dépendent non seulement de la religion et de la région, mais également de leur statut dans la famille : que la femme soit une fille, une mère ou une femme mariée ou non, ou encore répudiée ou veuve. Ses droits à la propriété dépendent aussi de la nature des biens en question, c'est-à-dire si le bien est héréditaire, ancestral ou acquis personnellement, la terre, une habitation ou un bien conjugal.

Les derniers amendements portés au droit de Succession de 1956 (septembre 2005) ont amélioré les droits de propriétés des femmes hindoues. Cette Loi couvre désormais les terres affermées et selon elle, une fille est reconnue comme héritière au même titre que les garçons. Les sections de la Loi qui empêchaient une femme résidant dans la maison familiale de demander sa part (dans la répartition) de la maison et ne permettait pas aux veuves qui se remariaient d'hériter des biens de leur mari décédé, a été abrogée. Cependant selon la Loi sur la Succession hindoue, les droits des filles sont limités en ce qui concerne les propriétés ancestrales. Par exemple, dans le cas de *Narashimaha Murthy v. Smt. Susheelabai et autres* (1996), la Cour suprême de l'Inde a retenu que le droit d'une héritière à sa part de propriété est limité par les droits des héritiers ; elle ne peut demander sa part que si les héritiers décident du partage de la maison.

De plus, dans un testament, les parents peuvent refuser à une fille tout droit aux biens. Ceci parce que le droit des parents hindous à décider

des propriétés personnellement acquises est restreint et par conséquent, ils peuvent et décident souvent de léguer ces biens uniquement à leurs fils.

### Accès à la justice

Assurer l'égalité des droits à la propriété protège une femme et lui assure une sécurité économique familiale, tout en l'habilitant à lutter contre les injustices sociales et politiques. Cependant, il est pertinent d'insister sur le fait qu'avoir des lois équitables pour les femmes et les hommes ne garantit pas nécessairement l'accès à la justice. Malgré la promulgation des droits égaux en Inde, les femmes n'ont toujours pas le même statut que les hommes. C'est pourquoi, au HRLN, l'Initiative Justice pour les femmes et l'Initiative VIH/SIDA et les lois s'opposent à toutes les formes de discrimination et de violence exercée contre les femmes et visent à permettre l'accès des femmes au système de justice, comme un moyen vital pour les habiliter.

Selon notre philosophie, nous offrons gratuitement toutes sortes de services juridiques aux femmes démunies et marginalisées. Nous essayons de démystifier les termes juridiques, les concepts et les procédures afin que celles qui ont été laissées pour compte par le système de justice puissent également connaître leurs droits. Pour y parvenir, nous mettons l'accent sur le rôle de *l'éducation juridique*. Nous menons également une campagne au sein de la population pour mieux comprendre la législation et le système judiciaire à travers les différents canaux et dans diverses langues indiennes. Les campagnes sont menées à travers un matériel conçu pour répondre aux exigences spécifiques de l'audience ciblée. Le HRLN se concentre également sur la création *d'équipes juridiques à base communautaire* et des *collectivités nationales de droit* pour atteindre ces objectifs à une plus grande échelle en aidant les réseaux d'activistes avec les juristes et en partageant leur connaissance et leur expérience pratique. Enfin, *les litiges d'intérêt public* sont un autre instrument juridique que nous utilisons pour remédier aux violations de la propriété, des droits de propriétés et d'héritage des femmes affectées par ou vivant avec le VIH. Des interventions importantes et professionnelles au niveau de la Cour suprême peuvent amener des changements dans les politiques des états conservateurs et soulager des millions de femmes indiennes. ■

#### Dipika Jain

Chercheur juriste, Human Rights Law Network (HRLN)

Correspondance :

65 Masjid Road, Jungpura, New Delhi 110014, India

Tel : +91 11 2437 6922, Fax : +91 112437 4502

E-mail : [dipikajain@rediffmail.com](mailto:dipikajain@rediffmail.com)

Web : [www.hrln.org](http://www.hrln.org)

1. Kaiser Family Foundation, Fiche d'informations sur le HIV/AIDS en Inde (en anglais), septembre 2006 : [www.kff.org/hiv/aids/7312.cfm](http://www.kff.org/hiv/aids/7312.cfm)
2. Une dot c'est une somme d'argent ou d'objets de valeur que la famille de la mariée donne à la famille du marié pour les aider à se marier.
3. ONUSIDA Inde : *HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization and denial*, août 2001 : [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC587-India\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC587-India_en.pdf)
4. Les noms ont été changés pour protéger la confidentialité.



## Travail de mémoire : Apprendre de l'expérience ougandaise

*Nicola Ward, Jacqueline Nabwire, Jacinta Magero & Annet Biryetega*

**Le Travail de mémoire est devenu une approche communautaire très répandue pour réduire le stigmate et la discrimination et qui permet de planifier l'avenir des enfants dans les communautés affectées par le SIDA, principalement en Afrique. Le premier projet de mémoire a été initié par la Communauté nationale des Femmes vivant avec le VIH/SIDA en Ouganda (NACWOLA) en 1997.<sup>1</sup> La première formation au profit des parents et des enfants a eu lieu en 1998. A l'époque le projet visait les femmes vivant avec le VIH/SIDA et les enfants. Cependant, après plusieurs années, la décision a été prise d'inclure les pères et les maris.**

Le Travail de mémoire est une approche pratique communautaire centrée sur les enfants qui encourage les familles à communiquer ouvertement au sujet du VIH et du SIDA.<sup>2</sup> Elle met l'accent sur l'amélioration de la communication entre les tuteurs et les parents vivant avec le VIH et leurs enfants, révélant la séropositivité et d'autres informations importantes, facilitant la planification de la succession et la rédaction d'aspects importants de l'histoire de la famille dans un livre de mémoire. Une variété d'activités a lieu autour de ces quatre piliers dont la formation, les groupes de soutien des pairs à l'intention des parents, les gardes et les enfants. Le livre de mémoire est un outil qui est également utilisé pour faciliter le processus. Ce livre est un registre écrit de l'histoire de la famille et de chacun, des faits importants, des mémoires, des espoirs et des messages. Il peut être écrit par les parents ou les tuteurs avec ou pour les enfants ou par les enfants eux-mêmes.

La réussite du travail de mémoire entrepris par NACWOLA est en partie due au fait qu'il est profondément enraciné dans les communautés et aussi à cause du fait que des gens qui mettent en oeuvre le projet se sont appropriés le programme. Les formateurs

et l'équipe de suivi sont des membres de NACWOLA – des femmes vivant avec le VIH – qui ont été des bénéficiaires du projet travail de mémoire et peuvent par conséquent créer des liens forts avec d'autres bénéficiaires. Parmi les autres critères de sélection des formateurs on note un minimum de qualification en matière d'éducation, l'expérience en matière de rédaction d'un livre personnel de mémoire et un état de séropositivité dévoilé aux enfants ou aux enfants en famille d'accueil.

Ceux qui sont sélectionnés prennent part à la formation des formateurs au travail de mémoire, qui peut durer 8 à 10 jours. En 2005, un manuel de formation a été publié pour les aider dans leur travail.<sup>3</sup> Les formateurs ont également bénéficié d'autres formations telles que celles sur les soins à domicile, la prévention de la transmission mère-enfant, les conseils en nutrition, la gestion du stigmate et les soins palliatifs. NACWOLA a formé 141 formateurs en travail de mémoire depuis 1998. Certaines de ces femmes sont décédées tandis que d'autres sont aujourd'hui membres du personnel ou volontaires dans les cliniques de VIH et autres organisations offrant des services dans le cadre du SIDA en Ouganda. D'autres sont membres du personnel ou volontaires à NACWOLA ou des personnes ressources au niveau du district où ils aident au suivi du travail de mémoire.

### Opportunités de prévention du VIH ?

Le travail de mémoire peut être perçu comme un point d'entrée pour le travail sur le VIH/SIDA au niveau familial. Ceci peut être un bon début pour les familles de commencer la communication autour des questions du VIH et du SIDA, la révélation de la séropositivité aux enfants et la planification du futur. Toutes ces questions sont des questions fondamentales critiques pour le succès des programmes de VIH/SIDA. Dans les zones où le travail de mémoire a été fait, l'on constate une augmentation de la demande pour d'autres programmes de VIH/SIDA, depuis l'accès au traitement antirétroviral, l'accès au dépistage volontaire et les structures de conseils ainsi que l'accès à l'information sur la prévention du VIH.

Dans le cas du travail de prévention du VIH, à mesure qu'il y a plus de familles qui commencent à discuter d'importantes questions de sensibilisation sur le VIH/SIDA à domicile, la sensibilisation élevée dotent les enfants des moyens nécessaires pour avoir accès aux informations de prévention. Au fur et à mesure que plus de familles participent au travail de mémoire, il devient une préoccupation de la communauté et des voisins, d'autres parents et des amis deviennent également plus conscients de la situation et du besoin de s'impliquer dans les programmes de prévention.

## Handout 2: Some key points about disclosing to children

### Preparing

- Be clear about what you want to say and what the child needs to know.
- Break this down into smaller pieces that can be given to the child one at a time. For children aged four to six, it helps to put the information in the form of a story. For older children who can read, you could prepare a letter to start the process. The child can read it at a quiet time and think about it before you speak together.
- Make sure the information you give is appropriate to the child's level of understanding.
- Practise what you want to say with an adult you can trust before you disclose.
- Think about the signs your child shows when they are upset and be ready to stop if you see these signs. Some children feel more comfortable talking to another adult outside the immediate family. This might – but not always – be true for children between the ages of 7 and 12, who often admire other adults in their lives such as uncles, aunts and teachers. You will need to be able to trust and feel comfortable with such a person before you share this responsibility with them.
- Think of the questions they might ask and think through your possible answers.
- It helps if you have already started thinking about plans for the future, so you can reassure your children they will not be left alone.
- When you know what you want to say, be ready for the right time to say it: for example, when your child raises the subject of illness or has AIDS lessons at school. Make sure both you and the child are calm and that you will not be interrupted before you begin.

### Telling

- Decide what to begin with and do not talk for too long.
- Be clear and ready to summarise the important points.
- Be honest and calm.
- One way to start is to talk about illness generally, then about your own personal illness, and then HIV and AIDS in the family.
- Stop if your child shows signs of distress, becomes quiet, looks away or changes the subject. Comfort the child.
- Be ready to answer questions like: "How did you get it?", "Have I got it?" and "When will you die?"
- Be ready for shock, anger, blame and denial. Remember, these reactions will pass with time.

Module 5 Disclosing HIV status

*donné de l'argent pour payer son voyage d'étude, il était si heureux et m'a raconté que son enseignant lui a dit qu'il n'a pas pu participer à un voyage d'étude parce que son parent est mort d'une maladie liée au SIDA. »* (Un parent de l'antenne NACWOLA de Busia)

Les enfants qui ont bénéficié des formations ont été plus aptes à soutenir leurs parents vivant avec le VIH : « *J'ai vu comment mon père a souffert avant de mourir. Je savais qu'il n'y aurait personne pour s'occuper de nous. Cependant ma mère nous a soutenus. Elle nous a dit qu'elle est séropositive mais qu'elle est encore en mesure de nous soutenir. Nous lui rappelons toujours de prendre ses médicaments antirétroviraux* », a dit un enfant de Luweero. Un enfant de Busia a déclaré : « *A la maison, je suis en mesure de conseiller mon jeune frère et ma jeune soeur sur comment éviter une grossesse non désirée, un mariage précoce et le VIH/SIDA et je suis un pair éducateur.* »<sup>4</sup>

Le projet s'est étendu compte tenu de l'effet multiplicateur. Les bénéficiaires précédents en parlent aux autres créant ainsi une demande de plus en plus accrue. Mis en ouvre à l'origine dans un seul district, NACWOLA a désormais élargi le travail de mémoire à cinq districts où il dispose de bureaux, faisant partie du Projet international de mémoire (IMP) démarré en 2004. Depuis lors, environ 150 parents et tuteurs et 150 enfants ont été formés et ont initié le travail de mémoire. Des clubs de soutien par les pairs composés d'enfants ont été créés dans tous les cinq districts et se réunissent soit pendant les congés scolaires ou les samedis. Les questions soulevées dépendent des intérêts des enfants et comprennent des sujets qui tournent autour de la sensibilisation aux problèmes des IST, du VIH et du SIDA. Les clubs sont un lieu sain où l'on partage les expériences de la vie, où l'on développe un sens de confiance en soi, où l'on augmente l'amour propre et la faculté de résistance.

Suite aux formations avec les parents et les tuteurs, chaque participant reçoit un exemplaire d'un livre de mémoire et peut demander plus d'exemplaires selon le nombre d'enfants qu'ils ont par ménage. Depuis le début du IMP, 210 livres de mémoire ont été achevés ou sont en cours. Parmi les défis rencontrés en compilant les livres de mémoire,

Révélation de la séropositivité aux enfants. Polycopié pour les participants aux formations, tiré du manuel des formateurs au travail de mémoire

## Apprentissage par expérience

Les participants au travail de mémoire suivent un processus d'amélioration de la communication au niveau de la structure familiale avec les enfants et de planification du futur. Le programme est flexible et permet aux familles de parvenir, dans des délais variables, à améliorer la communication. Entre la formation des parents ou tuteurs et les enfants, il y a un écart de trois mois pour donner aux parents le temps de révéler leur séropositivité à leurs enfants, un préalable pour que les enfants puissent participer à leur formation. Des groupes séparés de soutien post-formation sont créés pour les parents et les enfants. Ceci donne aux parents et aux enfants l'espace et le temps nécessaire pour partager les expériences et améliorer la communication.

Les clubs de livre de mémoire ont été créés pour soutenir les parents dans la rédaction des livres de mémoire. Le processus de rédaction du livre de mémoire est basé sur l'interaction interpersonnelle entre le formateur, l'équipe de

suivi et les communautés dans lesquelles ils travaillent. Les participants sont encouragés à partager leurs propres expériences des défis auxquels ils sont confrontés lorsqu'ils se préparent à révéler leur séropositivité, sont confrontés au stigmatisation et à la discrimination et comment ils ont communiqué avec leurs enfants. Le programme est rentable parce qu'il atteint de grands nombres de personnes à peu de frais. Un autre facteur clé de son succès est l'engagement des formateurs.

## Impact

L'impact du projet est ressenti au niveau de la base et commence avec les participants au programme qui partagent alors leurs expériences avec les autres membres de la communauté. Voici un témoignage d'un participant au projet du travail de mémoire : « *j'ai révélé ma séropositivité à mon fils après avoir suivi une formation sur le projet de travail de mémoire. Mon fils aujourd'hui comprend pourquoi je ne peux pas satisfaire tous ses besoins, parce que nous discutons des problèmes de la famille. Lorsque je lui ai*

on note les difficultés à obtenir des informations familiales sur les maris décédés et la question de la révélation de la cause du décès et les forts taux d'analphabétisme dans les zones rurales. Les enfants et les mères lettrées des clubs de livre de mémoire aident les parents illettrés à écrire les livres de mémoire. Les guides de rédaction des livres de mémoire ont été également traduits en trois langues locales pour surmonter certains des obstacles.

## Implication des hommes

A travers le processus d'apprentissage à partir des années d'expérience en matière de travail de mémoire, NACWOLA a modifié le programme pour inclure certains nouveaux composants. L'un des changements les plus importants est l'inclusion des hommes dans le programme. NACWOLA a pris la décision consciente de mettre en oeuvre le projet de mémoire au-delà de ses principaux membres – à savoir les femmes vivant avec le VIH – compte tenu de la forte demande. Il a désormais mis en oeuvre des projets de mémoire ensemble avec d'autres organisations travaillant avec les hommes, notamment Lumero, TASO, l'UWESO et Reach the Child Uganda.

Il y avait diverses raisons pour ce changement d'approche. Dans la culture ougandaise, les hommes dirigent les familles et sont, par conséquent, influents dans la prise de décision familiale. Il est important de les impliquer afin qu'ils soient partie intégrante du processus de travail de mémoire et soutiennent les plans

élaborés pour les enfants par leurs mères. L'inclusion des hommes dans les ateliers et dans les réunions de groupes permet les discussions entre les femmes et les hommes. L'exemple d'une telle discussion peut porter sur pourquoi une petite fille doit arrêter l'école pour s'occuper de sa mère malade lorsqu'il y a un garçon plus âgé dans le ménage. Finalement, un environnement familial apte à soutenir créé à travers l'engagement des pères renforce le soutien psycho-social qui est très important non seulement pour les enfants mais également pour les parents.

## Une relève en douceur

D'autres changements dans l'approche de la mise en oeuvre du projet de travail de mémoire comprenaient l'élaboration d'une approche axée sur l'enfant qui impliquait les enfants dans la planification de leurs futurs et de leurs responsabilités domestiques en vue d'une relève future en douceur des tâches ménagères après la mort de leurs parents. Ceci a mené à la création de liens avec d'autres organisations telles que Heifer International pour aider les parents à créer des activités génératrices de revenus. Par la suite, les clubs des enfants ont été créés et se sont maintenant étendus à tous les districts mettant en oeuvre le projet de mémoire en Ouganda. L'autre avantage des clubs des enfants est qu'ils peuvent jouer le rôle de groupes de soutien des pairs. Les clubs de livres de mémoire des parents qui sont en train d'achever des livres de mémoire ont aussi commencé à jouer le rôle de groupes de soutien. Le partage d'expériences aide les parents à faire face aux défis et à achever leur livre de mémoire.

Des formations de recyclage sont désormais menées pour permettre aux bénéficiaires et aux facilitateurs de partager les expériences et de trouver les voies et moyens pour s'attaquer aux défis. Il a été reconnu que compte tenu de l'accroissement du nombre d'orphelins, ceux qui leur gardent avaient besoin d'être impliqués dans le projet afin que les orphelins soient soutenus et pourraient également bénéficier du projet de mémoire. Les dirigeants communautaires sont également impliqués et sensibilisés afin de leur permettre de soutenir la mise en oeuvre du projet.

Le concept réussi du travail de mémoire élaboré en Ouganda par NACWOLA a été

emprunté et adapté dans différents pays en Afrique. Dans le cadre du IMP initié par Healthlink Worldwide, le travail de mémoire a également été introduit en Ethiopie, en Tanzanie et au Zimbabwe et élargi davantage en Ouganda et au Kenya. NACWOLA joue un rôle important dans ce projet. Une évaluation à mi-parcours du IMP comprenant la composante ougandaise est en cours. Les résultats sont attendus fin 2006. ■

*Dans la prochaine édition de Echange, un exemple sera tiré de la Tanzanie pour voir comment les organisations adaptent le travail de mémoire à leur propre contexte.*

### Nicola Ward

Directeur de programme Afrique  
Healthlink Worldwide, Royaume-Uni

### Jacqueline Nabwire, Jacinta Magero & Annet Biryetega

Membre du Conseil, Membre &  
Coordonnateur national de NACWOLA,  
Ouganda

Correspondance :

Nicola Ward  
Healthlink Worldwide, 56-64 Leonard  
Street, London EC2A 4JX, United Kingdom  
Tel : +44 20 7549 0273  
Fax : +44 20 7549 0241  
E-mail : ward.n@healthlink.org.uk  
Web : [www.healthlink.org.uk/projects/hiv/imp.html](http://www.healthlink.org.uk/projects/hiv/imp.html)

## Leçons à tirer

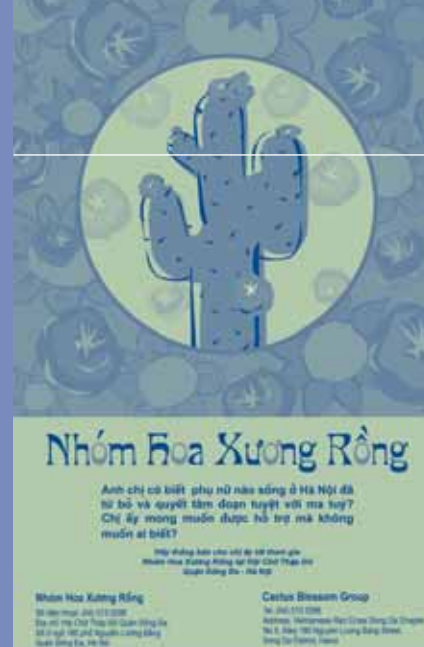
- Un environnement familial propice créé à travers l'engagement des pères au travail de mémoire renforce le soutien psychologique, qui est très important non seulement aux enfants mais aussi aux parents.
- Une approche axée sur l'enfant qui s'assure que les enfants participent à la planification pour leur avenir et une prise en main en douceur des tâches du ménage après la mort de leurs parents.
- Les clubs de livres de mémoire pour les parents qui rédigent les livres de mémoire peuvent jouer un rôle important en offrant un soutien des pairs. Le partage des expériences aide les parents à faire face aux défis et à achever leur livre de mémoire.

1. Voir par exemple J. Nabwire, *Sexual Health Exchange* No. 1, 2000 ([www.kit.nl/ils/exchange\\_content/html/2000\\_1\\_uganda\\_memory\\_project.asp](http://www.kit.nl/ils/exchange_content/html/2000_1_uganda_memory_project.asp)), et A. Biryetega, *MMS Bulletin*, No. 97, 2005 ([www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200503/kap03/07biryetega.html](http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200503/kap03/07biryetega.html))
2. *Starting to do memory work: A guide to the stages of implementation (draft)*. N. Ward, Healthlink Worldwide, 2005: [www.healthlink.org.uk/PDFs/imp\\_stages\\_draft.pdf](http://www.healthlink.org.uk/PDFs/imp_stages_draft.pdf)
3. *The Memory Work Trainer's Manual. Supporting families affected by HIV and AIDS*. NACWOLA/Healthlink Worldwide, 2005 (144 p): [www.healthlink.org.uk/PDFs/imp\\_manual.pdf](http://www.healthlink.org.uk/PDFs/imp_manual.pdf). Des copies imprimées sont disponibles gratuitement pour les OBC et sont à 20 £ l'exemplaire pour les organisations internationales.
4. *Policy Brief: Building children's resilience in a supportive environment : Reflecting on opportunities for Memory Work in HIV responses*. Healthlink Worldwide, 2006 (4 p): [www.healthlink.org.uk/PDFs/memory\\_policy.pdf](http://www.healthlink.org.uk/PDFs/memory_policy.pdf)

# Réintégrer les pensionnaires des camps de réadaptation au Vietnam du nord

Soutenir les ex-utilisatrices de drogues injectables

Pauline Oosterhoff & Nguyen Thi Hien



**Des milliers de Vietnamiens utilisateurs de drogues et travailleuses du sexe, dont nombre d'entre eux sont également infectés par le VIH, sont internés de force dans des centres de réadaptation. La réadaptation forcée des utilisateurs de drogues et des travailleuses du sexe dans ce pays n'a pas été réussie parce que la majorité des pensionnaires, une fois libérée, récidive dans l'intervalle de 18 mois. Ceci nous interpelle et nous pousse à penser à une nouvelle approche pour s'attaquer au triste sort des utilisateurs de drogues et des travailleuses du sexe lorsqu'ils sont libérés des centres d'incarcération. Ensemble avec les autorités et un groupe de pensionnaires revenant des centres, le Medical Committee Netherlands-Vietnam (MCNV) a conduit un programme de réintégration volontaire à base communautaire à l'intention des femmes à Hanoi.**

L'utilisation des drogues intraveineuses a été le principal facteur sous-tendant l'expansion du VIH au Vietnam. Les taux les plus élevés de séropositivité (jusqu'à 80%) se retrouvent chez les utilisateurs de drogues intraveineuses dans les grandes villes, dont Hanoi. La majorité de ceux-ci sont des hommes. En 2005, le taux global chez les travailleuses du sexe était de 6,5% en 2005. Cependant, nombre de travailleuses du sexe se font des injections de drogues. Cinq centres de réadaptation à Ba Vi, situé à 70 km de Hanoi, abritent environ plus de 7000 ex-utilisateurs de drogues injectables et travailleuses du sexe dont 700 sont des femmes. Ces camps de réadaptation sont supposés aider les gens à réduire leur dépendance vis-à-vis des drogues et à leur offrir des compétences professionnelles pour leur permettre de gagner leur vie. Tous les camps ont des pensionnaires qui y sont soit volontairement soit involontairement. L'Etat paie pour les pensionnaires involontaires tandis que les volontaires sont supportés dans les camps par leurs familles. « Etre volontaire » ne signifie pas nécessairement que la personne a décidé d'elle-même d'être volontaire, il se peut que ce soit sa famille qui ait décidé pour elle et paie pour le temps

que cette personne passe dans le camp. Les volontaires ne peuvent donc pas toujours quitter le camp lorsqu'ils le désirent mais plutôt lorsque leurs familles le décident. Environ 30% de ceux qui sont dans les camps ont été testés séropositifs au moment de leur admission dans le camp.

Les pensionnaires revenant à Hanoi et provenant des centres reçoivent un appui obligatoire de l'état à leur retour dans leurs communautés afin de leur permettre de s'éloigner des drogues grâce aux clubs appelés B93. Ces clubs ciblent les hommes utilisateurs de drogues injectables et leur but est de fournir un forum au niveau communautaire pour leur apporter un appui moral afin de réduire la solitude qui amène les ex-utilisateurs de drogues à rechuter et à reprendre les anciennes habitudes de consommation de drogues. C'est seulement à Hanoi, dans le Nord du pays, que de tels clubs existent. Les autres provinces ne disposent pas des mécanismes d'état nécessaires pour soutenir leurs ex-pensionnaires à travers de telles facilités.

Il n'est pas facile de retrouver les ex-pensionnaires de sexe féminin pour les inscrire

aux clubs B93 car la plupart d'entre elles disparaissent presque immédiatement à leur libération. Leurs familles et les communautés les rejettent à cause du stigmate attaché au travail de sexe, aux drogues et éventuellement à la séropositivité. Aussi, certaines familles préfèrent-elles garder leurs filles à la maison de peur qu'elles ne récidivent lorsqu'elles rencontrent d'autres (ex-) utilisatrices aux clubs B93. Certaines familles optent même pour envoyer leurs filles dans une autre province. Les hommes, en particulier les fils aînés, retournent facilement dans leurs familles. Et comme c'est toujours le cas, le stigmate associé au VIH est plus fort chez les femmes que chez les hommes.

## Concentrer sur les pensionnaires féminins

En juillet 2005, le Medical Committee Netherlands-Vietnam (MCNV) et un groupe d'agences gouvernementales et paraétatiques ont créé un groupe de soutien aux ex-utilisatrices de drogues injectables appelées « Fleur de Cactus » à la Croix Rouge à Dong Da, Hanoi. Contrairement aux groupes B93 où l'adhésion est obligatoire, l'adhésion au groupe de soutien Fleur de Cactus est volontaire. Le programme a choisi de se concentrer sur les pensionnaires de sexe féminin parce que ce groupe a été considéré par les autorités comme le groupe le plus difficile à atteindre compte tenu des inégalités entre les femmes et les hommes et le stigmate au sein et à l'extérieur des camps.

Le projet met l'accent sur l'amélioration de l'accès et de la qualité des services socio-sanitaires existants. Les femmes élisent les principales membres qui travaillent dans des

domaines spécifiques tels que la santé, la génération de revenus ou l'appui social. Présenter les résultats de leur travail et leurs plans fait partie intégrante du processus d'élection. A travers le groupe, chaque membre a accès à une gamme de services y compris la thérapie antirétrovirale, les prêts et les formations professionnelles offertes par les autorités administratives en collaboration avec le Syndicat des Femmes, la Croix-Rouge et un groupe d'hôpitaux.

Ce groupe multisectoriel reçoit un feedback sur les services des membres principales du groupe Fleur de Cactus. Les représentants de ces agences rendent également visite au groupe pour discuter de leurs expériences. Le Département des « fléaux sociaux » à Hanoi, l'administration chargée des clubs B93, a joué un rôle actif dans ce projet. Il a facilité les visites des membres principales dans les camps de réadaptation pour informer les membres potentielles et partager l'expérience acquise en se battant pour repêcher les utilisatrices de drogues. Afin de renforcer les capacités de tout le groupe, les leaders ont pris part à des cours de gestion des bureaux, de leadership, de la facilitation, d'Anglais, et de rédaction des propositions de projet. Les fonctionnaires suivent les mêmes cours que les principales membres et sont parfois surpris d'apprendre que les utilisatrices de drogues repêchées, sont aussi instruites qu'eux-mêmes.

### Leçons à tirer

- Les femmes qui ne peuvent compter sur leurs familles ont du mal à s'en sortir compte tenu de l'absence de structures d'appui communautaires et étatiques. Lorsque les familles se rendent compte que leurs filles ont l'intention de rester avec elles, elles soutiennent leurs plans, augmentant ainsi les chances de réussite de leurs filles.
- Bon nombre de femmes ont des frères, des petits copains ou des amis qui prenaient de la drogue avec elles et qui pourraient être encore en train de le faire. Si les partenaires hommes ne reçoivent pas le même soutien, il serait difficile aux femmes de continuer seules.
- Une approche volontaire qui implique les pairs et les familles et qui met l'accent sur l'accès aux services parvient plus à atteindre les ex-pensionnaires féminins que les programmes obligatoires qui mettent l'accent sur le contrôle du crime.

## Comprendre les besoins des unes et des autres

Une hypothèse du programme était que les femmes qui ont vécu dans les camps comprennent les besoins des unes et des autres et veulent s'entraider même lorsqu'elles viennent de divers horizons avec un historique diversifié. Une autre hypothèse est que leurs familles sont isolées et ont besoin de soutien. Et troisièmement, ce soutien doit être basé sur un consentement. Seuls ceux qui veulent de l'aide peuvent en recevoir. Ces principes semblent bien marcher. Le groupe est diversifié et a des membres séropositives et séronégatives, des femmes enceintes, des femmes avec ou sans enfants et des femmes avec ou sans partenaires hommes. Avec deux femmes membres au départ, le groupe compte aujourd'hui 35 membres dont la moitié est vue chaque semaine ou deux fois par semaine et est soit complètement « hors de danger » ou en mesure de gérer sa dépendance. Toutes les femmes sont soutenues de façon à prévenir la transmission de la mère à l'enfant tandis que celles qui ont besoin d'antirétroviraux (ARV) sont en mesure d'y avoir accès.

Les Vietnamiennes ordinaires ne sont pas habituées au langage direct, aux styles et aux manières à la mode qui sont de mise lors des communications dans le groupe Fleur de Cactus. Mais il est clair que les membres peuvent offrir un soutien approprié par les pairs. Par exemple, en matière de recherche d'emploi, les membres du groupe se partagent les vacances de postes et s'informent les unes et les autres. Ceci aide les membres à trouver un travail approprié. Certaines femmes se mettent ensemble pour prendre des prêts ou se partagent des ressources telles que les machines à coudre.

Les familles des membres des groupes sont plus compréhensives et soutiennent mieux leurs filles. Lorsque les familles se rendent compte que leurs filles ont l'intention de rester avec elles, elles soutiennent leurs plans, augmentant ainsi les chances de réussite de leurs filles. Lorsqu'une membre qui avait abandonné l'école à cause de la drogue a reçu du projet une lettre d'invitation pour suivre des cours de formation en gestion, toute sa famille était si contente que la mère a demandé par téléphone à son mari de revenir de la campagne pour partager avec eux la nouvelle.

Les autorités ont acquis la confiance et de l'expérience au contact de ce groupe. Le dialogue initié entre les familles, les autorités et les membres par le projet a montré clairement que les restrictions imposées par les familles aux mouvements de leurs filles étaient bien intentionnées mais inefficaces. Les autorités ont directement appris des familles que si les programmes B93 ne recevaient pas l'appui nécessaire, c'est à cause des services inadéquats, de la peur de la récidive ou du désir de garder l'anonymat. Cette année, sur la base des résultats de ce projet, le Ministère du travail, des Affaires sociales et des Handicapés évaluera les forces et faiblesses aussi bien du système volontaire du MCNV que des approches B93 soutenues par l'état afin d'adapter leur stratégie de réadaptation communautaire.

## Conséquences socio-médicales des récidives

L'absence d'un programme national intégré de réduction des méfaits, en particulier les drogues de substitution, est un défi majeur. Le méthadone est légalement disponible depuis 2006 mais n'est pas encore accessible à Hanoi.<sup>1</sup> Bien que le groupe de soutien ait admis que son but ultime est de permettre aux membres de renoncer aux drogues, il y a toujours des cas de récidive. Ces récidives ont des conséquences socio-médicales immédiates. Les membres qui renoncent à la drogue et qui ont une assez bonne santé pour commencer les ARV les supportent bien. Mais les membres qui récidivent courent également le risque de ne pas pouvoir observer leur traitement antirétroviral (TAR). Une femme qui était sous TAR a récidivé, s'est mise à voler et après quelques semaines passées comme travailleuse du sexe dans la rue près de la résidence de sa famille, a été proposée par sa famille comme « volontaire » et est retournée dans le camp. Les ARV n'étant pas disponibles dans le camp, elle ne risque pas de survivre pendant ses deux années d'incarcération.

Un autre important problème est le soutien insuffisant fourni aux hommes utilisateurs de drogues et aux pensionnaires de retour. Bon nombre de femmes ont des frères, des petits copains ou des amis qui prenaient de la drogue avec elles et qui pourraient être encore en train de le faire. Si les partenaires hommes

## Ressources

### sobre as mulheres que vivem com o HIV

#### ICW News

Bulletin de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW)

ICW News est produit trimestriellement depuis 1996. Il s'est montré un outil important pour réduire l'isolement des femmes séropositives. Actuellement, il est distribué à plus de 5 000 membres de ICW et autres organisations participant au travail de lutte contre le VIH/SIDA. Il est également disponible en ligne, en anglais, en français (ICW Actualité) et en espagnol.

[www.icw.org/publications](http://www.icw.org/publications)



#### WomenLead in the Fight Against AIDS

CEDPA, 2006 (36 p.)

En 2005, Le CEDPA a organisé un atelier intitulé « WomenLead in the Fight Against AIDS » à Washington DC. Une collection d'histoires de 12 femmes leaders prenant part à cette réunion a été publiée par CEDPA pour aider à comprendre comment la pandémie affecte la vie des femmes et de leurs familles et les perspectives d'avenir.

[www.cedpa.org/files/871\\_file\\_WomenLead\\_in\\_the\\_Fight\\_Against\\_AIDS\\_CEDPA.pdf](http://www.cedpa.org/files/871_file_WomenLead_in_the_Fight_Against_AIDS_CEDPA.pdf)

#### Meeting the reproductive health needs of HIV-positive women: Using evidence to advocate for change

Target of Opportunity Final Report

POLICY Project, 2006

Cet outil de plaidoyer a été conçu et mis en oeuvre par le projet de programme stratégique de Sikanyekanye au Swaziland en partenariat avec l'ICW de l'Afrique du sud et du Swaziland. Le but de cet outil est le renforcement des capacités des femmes séropositives à accroître la sensibilisation à leurs besoins en SSR en créant et en mettant en oeuvre des plans de plaidoyer pour réduire les obstacles politiques et opérationnels aux niveaux communautaire, national et des infrastructures. Un autre objectif était de synthétiser et de faciliter le partage des outils et des leçons apprises à travers les pays concernant la réponse aux besoins de santé reproductive des femmes séropositives.

[www.policyproject.com/pubs/corepackages/TOO RH Swaziland and South Africa.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/corepackages/TOO RH Swaziland and South Africa.pdf)

ne reçoivent pas le même soutien, il serait difficile aux femmes de continuer seules. Le suicide, l'overdose ou les arrestations d'un partenaire sont autant d'éléments ayant amené des femmes qui étaient décidées à abandonner la drogue à rechuter.

Les femmes qui ne peuvent compter sur leurs familles ont du mal à s'en sortir compte tenu de l'absence de structures d'appui communautaires et étatiques. Les réintégrer dans leurs familles est par conséquent difficile. Le travail du sexe, par contre, paie assez pour que celles qui sont dans ce commerce louent une chambre avec leurs (anciennes) collègues, nombre d'entre elles étant des utilisatrices actives de drogues. Au Vietnam, étant donné qu'il est difficile de trouver des maisons bon marché sans le soutien de leur famille et vu l'importance culturelle de la famille, il n'est pas surprenant de constater que la plupart des femmes ayant réussi sont celles qui jouissent du soutien de leurs familles.

Le programme pilote n'a démarré qu'en juillet 2005 et vu que le traitement contre la toxicomanie est un long processus, il est prudent d'éviter des conclusions hâtives. Cependant, il semble qu'il est possible de développer des relations avec des ex-pensionnaires de sexe féminin des camps de réadaptation, avec leur plein gré, en se servant des structures étatiques existantes. Une approche volontaire qui implique les pairs et les familles et qui met l'accent sur l'accès aux services parvient plus à atteindre les ex-pensionnaires féminins que les programmes obligatoires qui mettent l'accent sur le contrôle du crime. ■

#### Pauline Oosterhoff & Nguyen Thi Hien

Conseiller principal en santé & Chargé de projet, Medical Committee Netherlands-Vietnam (MCNV)

Correspondance :

1A B5 Nam Thanh Cong, Lang Ha Dong Da, Hanoi, Vietnam

E-mail : [pauline\\_oosterhoff@yahoo.com](mailto:pauline_oosterhoff@yahoo.com) / [nguyenhien\\_hn@yahoo.com](mailto:nguyenhien_hn@yahoo.com)

Web : [www.mcnv.nl/english/medicalcommittee2.html](http://www.mcnv.nl/english/medicalcommittee2.html)

1. Méthadone est un médicament rigoureusement bien testé, sans risque et efficace pour le traitement du retrait et de la dépendance narcotique.



## Introduire le traitement du VIH dans deux cliniques de santé sexuelle et reproductive en République dominicaine

Les leçons apprises par PROFAMILIA

*Magaly Caram, Jane Galvão & Jessica Halverson*

**Aujourd'hui en République dominicaine, les maladies liées au SIDA sont la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer ; cependant, le système de santé publique est sous équipé et n'est pas en mesure de fournir un traitement antirétroviral (TAR) à une plus grande échelle. Selon l'ONUSIDA, seulement 10% des Dominicains qui ont besoin de TAR l'ont en réalité reçu en 2005. Cette situation a entraîné beaucoup de décès et le problème est davantage aggravé par une pauvreté répandue, par les inégalités entre les femmes et les hommes et par le stigmate et la discrimination relative au VIH/SIDA. PROFAMILIA, une ONG qui fournit depuis environ 40 ans des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) dans le pays, a reconnu la nécessité de soins et du traitement du VIH, aussi bien dans la communauté en général qu'au sein de ses clients et a commencé à se pencher sur la question.**

L'intégration du VIH aux services de SSR n'était pas un phénomène nouveau pour PROFAMILIA. L'organisation avait incorporé les conseils et le dépistage volontaires (CDV) à sa panoplie de services dans les années 1990 et avait également créé un groupe géré par les clients pour soutenir les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Mais l'introduction des antirétroviraux posait un défi de taille, plus compliqué à gérer, sans parler des préoccupations éthiques de durabilité à long terme que pose la fourniture des TAR.

Néanmoins, PROFAMILIA a bien voulu faire face aux défis. Elle a rejoint le « Models of Care Global Initiative » parrainé par la Fédération internationale pour la Planification familiale (FIPF) dont PROFAMILIA est une association membre et a élaboré un projet d'un an pour lancer ce processus dans deux de ses cliniques dans les villes de Saint Domingue et Santiago. Le projet a démarré mi-2004 et a pris fin mi-2005. Il était soutenu par la GTZ, l'agence allemande de coopération technique. A l'achèvement du projet, tous les services ont été poursuivis, notamment la fourniture du TAR, et PROFAMILIA se propose désormais de soutenir la fourniture desdits services.

### Approche multidisciplinaire

La toute première leçon à retenir pour l'intégration du traitement du VIH est d'établir des partenariats. Le personnel de Columbia University à New York forme les

médecins et les infirmiers de PROFAMILIA au traitement du VIH et des infections opportunistes. La fondation Clinton aide l'organisation à faire venir des médicaments antirétroviraux de l'extérieur, notamment à négocier des prix raisonnables. Le Bureau Central de la FIPF et le Bureau Régional de l'Hémisphère Occidental (FIPF/RHO) fournissent un appui en matière de programme et d'évaluation. PROFAMILIA collabore également avec un réseau local de personnes séropositives qui tient des réunions dans l'une des cliniques. Au cours de la mise en œuvre du projet, une équipe modèle de soins a été constituée, dont les trois principaux membres (un docteur/interniste, un conseiller/éducateur, et une infirmière diplômée) ont reçu une formation poussée sur les soins et la sensibilisation au VIH/SIDA sur les problèmes auxquels sont confrontés les personnes séropositives. Cette équipe multidisciplinaire s'emploie à fournir des soins cliniques et un traitement adéquat ainsi qu'à assurer l'observance du TAR. Il offre également un appui émotionnel, une éducation familiale et partenariale ainsi que des conseils en matière de rapports sexuels à moindre risque.

Les activités de projet ont été intégrées aux services en cours et au flux des clients. Les clients qui se rendent dans les cliniques pour des services de VIH/SIDA suivent les mêmes procédures d'admission que tous les autres clients ; émergeant à leur arrivée à la réception et

### Leçons à tirer

- Une intégration réussie du traitement du VIH aux services de SSR nécessite une approche multidisciplinaire : combiner la fourniture des soins cliniques et l'appui à l'adhésion, le soutien émotionnel, l'éducation familiale et des partenaires et les conseils en matière de rapports sexuels sans risque.
- La confidentialité des clients peut être encouragée et le stigmata évité en intégrant les services de VIH aux services existants et au flux des clients; en encourageant les clients séropositifs à suivre les mêmes procédures d'admission que tous les autres clients et en offrant des conseils relatifs au VIH/SIDA au même endroit que les autres types de conseils.
- Parce que les cliniques de SSR parviennent déjà à atteindre les personnes sexuellement actives (en particulier les femmes), elles sont un lieu tout indiqué pour offrir des CDV et continuer donc à soigner les autres clients en même temps que les séropositifs.
- La sensibilisation du personnel, à travers la sensibilisation accrue aux mythes et aux préjugés sur le VIH/SIDA, est capitale pour s'assurer du soutien du personnel à tous les niveaux.

choisissant confidentiellement les services dont ils ont besoin. Les conseils en matière de VIH/SIDA ont lieu au même endroit que les autres types de conseils, protégeant davantage la confidentialité des clients tout au long du processus. « *Je me sens comme toute autre personne dans la salle d'attente. Nous nous asseyons sur les mêmes sièges et partageons la même salle que tout le monde. Ainsi, je ne me sens pas pointé du doigt. Personne ne sait dans la salle d'attente que je suis séropositif,* » a déclaré un client de PROFAMILIA.

PROFAMILIA mène des activités de suivi et d'évaluation d'un bout à l'autre de la mise en oeuvre du projet. Le personnel de la FIPF/RHO et celui de Columbia University mènent également des visites sur le site et sont fréquemment en contact avec les administrateurs de projet pour soutenir l'exercice d'évaluation et aider à faciliter des ajustements si nécessaire.

### Principaux succès

Au cours de la période du projet 2004–2005, PROFAMILIA a commencé à recevoir des antirétroviraux du Ministère de la Santé de la République dominicaine, ainsi que son appui financier pour les autres rubriques telles que les analyses en laboratoires, les vitamines, le traitement des infections opportunistes, l'hospitalisation, les rayons X et les sonogrammes. Ainsi, l'organisation pouvait offrir gratuitement une gamme complète de soins aux clients séropositifs – une réalisation significative compte tenu de l'accès limité et de la disparité économique dans le pays. Parce que les cliniques de SSR parviennent déjà à atteindre

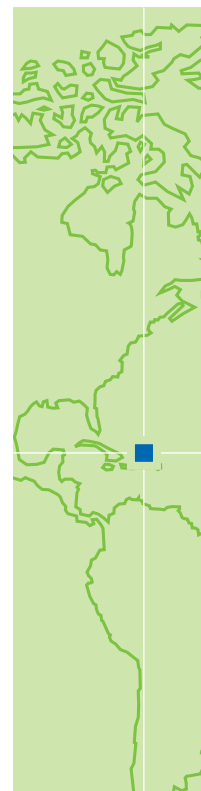
les personnes sexuellement actives (en particulier les femmes), elles sont un lieu tout indiqué pour offrir des CDV, et des traitements et des soins aux clients séropositifs.

Les administrateurs de projet sélectionnent les clients pour le programme TAR à l'aide l'un des trois critères ci-après : 1) les membres actifs du groupe de soutien ; 2) les clients séropositifs qui ne participent pas au groupe de soutien et 3) les clients en phase critique, référés par les autres cliniques PROFAMILIA. Les clients remplissant les conditions cliniques nécessaires pour un traitement antirétroviral reçoivent des conseils et il leur est expliqué pourquoi ils doivent se faire traiter, notamment comment les antirétroviraux marchent avec le système immunologique et pourquoi il est important de s'y conformer.

Avant le début du traitement, les clients prennent des vitamines pendant une période de quatre semaines pour s'habituer à prendre des pilules deux fois par jour et aussi renforcer leurs systèmes immunitaires. Une fois qu'un client est mis sous traitement antirétroviral, il ou elle retourne à la clinique chaque semaine pour des séances de conseils et pour compléter son stock de médicaments. Ceci permet à l'infirmier de maintenir un contact étroit avec le client dès le début de la phase de traitement afin de déterminer s'il ou elle subit des effets secondaires dus aux médicaments et pour aborder les questions et les problèmes éventuels.

Il est même donné aux clients les numéros de téléphone du domicile des membres du personnel de PROFAMILIA au cas où ils auraient des problèmes en dehors des heures de travail. Une fois le TAR stabilisé, les clients rencontrent l'infirmier tous les mois et l'interniste tous les trois mois ou lorsque le besoin se fait sentir. La force des relations qui s'établissent entre les clients et le personnel est considérée comme un facteur clé dans le succès du programme.

Avant la fin de la période du projet d'un an (mi-2005), PROFAMILIA fournissait déjà un traitement et des soins de VIH à plus de 165 clients, dont 67 étaient sous le traitement antirétroviral. La majorité de ces clients étaient des femmes et environ un quart était des jeunes. Le projet a permis d'atteindre de bons niveaux d'observance – le suivi et l'évaluation ont révélé que 95% des clients sous traitement antirétroviral observent le traitement prescrit. Ce succès est, selon l'équipe, attribuable à leur approche multidisciplinaire et surtout aux conseils et aux services éducatifs exhaustifs. La sensibilisation était un autre élément clé du succès du programme. La sensibilisation aux mythes et aux préjugés sur le VIH/SIDA était capitale pour s'assurer du soutien du personnel à tous les niveaux. En outre, la formation personnalisée du personnel a aidé à





mettre en place une équipe hautement qualifiée, et un environnement propice, dépourvu de stigmatisation et de critique. Aussi, en intégrant plutôt que d'isoler les clients séropositifs, les cliniques ont aidé à protéger la confidentialité des clients et à réduire le stigmatisation.

### Défis

Le fait de subventionner le traitement et les soins du VIH contribue grandement à amener les clients à commencer et à poursuivre un traitement antirétroviral, en particulier parce que la plupart des clients proviennent des communautés démunies. Ceci présente cependant sur le plan programmatique et financier un important défi. La durabilité d'une telle initiative est incertaine et pour continuer le service, PROFAMILIA et ses partenaires, notamment le Ministère de la santé dominicaine, recherchent sans cesse les méthodes alternatives pour subventionner les médicaments.

Un autre problème à résoudre est la discrimination continue des PVVIH dans les hôpitaux publics en République dominicaine. Les clients de PROFAMILIA souffrant d'infections opportunistes qui ont besoin d'être hospitalisés ont été référés vers et rejetés par les quelques cliniques et hôpitaux publics qui offrent des services médicaux aux PVVIH. Le programme de Santiago couvrait initialement l'hospitalisation des clients séropositifs mais a jugé que le coût était excessif. Dans les deux cliniques, l'une des plus grandes préoccupations des clients était les coûts d'hospitalisation très élevés de même que le traitement inhumain que recevaient les personnes séropositives dans les hôpitaux publics.

Un autre défi auquel PROFAMILIA se trouve confronté est que le projet exige beaucoup de main d'œuvre et d'heures de travail du personnel. Toutefois, PROFAMILIA en tant qu'institution, s'est engagée à assurer de façon durable un traitement et des soins du VIH dans ses installations. Au début du programme, 41% du personnel des cliniques de Santiago n'avaient pas été formés à la lutte contre le VIH/SIDA pendant plus de trois ans. Par conséquent, l'organisation devait investir lourdement dans la formation continue, de même que sur des questions telles que les droits des clients à des services

confidentiels, les droits des travailleurs et le VIH, les pratiques sexuelles et le VIH et les droits des femmes enceintes. Dr Isaac Brito, un interniste de la clinique Rosa Cisneros à Santiago a déclaré : « *La formation constante du personnel est importante parce qu'il y a toujours de nouveaux développements en ce qui concerne le VIH/SIDA. Il est important que l'équipe soit informée de ces nouveaux développements.* »

Un facteur imprévisible a été la différence dans la composition de la clientèle des deux cliniques. Le programme a été tout d'abord mis en œuvre à Saint Domingue puis ensuite étendu à Santiago. Étant donné que les clients de Santiago sont sensiblement plus jeunes, les prestataires s'y sont vus solliciter inopinément pour satisfaire des besoins en services de PTME au profit des jeunes et des femmes enceintes vivant avec le VIH, alors que ce scénario ne s'était pas présenté au premier groupe de clients à Saint Domingue. Ceci a nécessité une réaction rapide de la part des superviseurs médicaux de Columbia University, qui ont fourni une orientation et une supervision immédiates dans la détermination d'un régime de traitement pour ces femmes.

Le personnel de PROFAMILIA a affiché un dévouement remarquable à ses clients séropositifs. Une bonne partie de l'hésitation initiale au sujet de l'intégration de ces services s'est estompée lorsque le personnel s'est aperçu de l'impact considérable de ces derniers. Ana Gloria, l'un des éducateurs a commenté que : « *PROFAMILIA a compensé en un an et demi l'impuissance de la décennie précédente. Nous sauvons des vies.* » Enfin, l'approche intégrée multidisciplinaire aux soins et au traitement du VIH est devenue un modèle efficace qui sera reproduit en République Dominicaine à travers le Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. ■

#### Magaly Caram

Directeur exécutif de PROFAMILIA, République dominicaine

#### Jane Galvão & Jessica Halverson

Chargé de programme principal & Coordonnateur des programmes VIH/SIDA/IST

FIPF/Bureau Régional de l'Hémisphère Occidental

Correspondance :

Jessica Halverson

IPPF/Western Hemisphere Region

120 Wall St., 9th floor

New York, NY 10005, USA

Tel : +1 212 2486400

E-mail : [jhalverson@ippfwhr.org](mailto:jhalverson@ippfwhr.org) / [hiv.info@ippfwhr.org](mailto:hiv.info@ippfwhr.org)

Web : [www.ippfwhr.org/profiles/association\\_e.asp?](http://www.ippfwhr.org/profiles/association_e.asp?)

AssociationID=7

## → Manuels & Lignes directrices

**Formation sur les traitements antirétroviraux pour le personnel et les bénévoles des associations – Manuel du formateur.** International HIV/AIDS Alliance, 2006 (214 p.)

PDF : [http://synkronweb.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/ARV\\_Manual\\_DRAFT\\_FRENCH.pdf](http://synkronweb.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/ARV_Manual_DRAFT_FRENCH.pdf)



Le manuel offre des outils et des activités préparatoires à l'intention des organisations de la société civile travaillant avec les personnes vivant avec le VIH. Ce manuel est conçu pour la formation participative au soutien exhaustif à la TAR, qui tout d'abord cible le personnel et les bénévoles des ONG et des OBC. Il vise à les informer et les préparer à participer de façon très intense aux programmes d'admission, de prestation, de soutien au dépistage, à la prévention du VIH et aux traitements antirétroviraux. Il est conçu pour aider à la formation des facilitateurs qui travaillent directement avec les communautés affectées par le VIH et le SIDA. C'est aussi une ressource utile destinée au personnel des soins de santé qui forment les aides-soignants ou les agents sanitaires et également aux organisations nationales et internationales ou aux consultants qui fournissent un soutien technique aux OBC et aux ONG. Il est aussi disponible en anglais.

**Zero tolerance: Stop the violence against women and children.** Global AIDS Alliance, 2006 (48 p.)  
PDF : [www.globalaidsalliance.org/docs/Zero\\_Tolerance\\_Advocacy\\_Brief.pdf](http://www.globalaidsalliance.org/docs/Zero_Tolerance_Advocacy_Brief.pdf)

Commande des copies imprimées :  
[Ischechtman@globalaidsalliance.org](mailto:Ischechtman@globalaidsalliance.org) (Lisa Schechtman)

Ce document de plaidoyer décrit un cadre de réponse exhaustive à la violence à l'encontre des femmes et des enfants, y compris les ressources qui seront nécessaires au niveau politique et financier, pour une mise en oeuvre complète.

**Guide pratique. Réaliser des diagnostics communautaires participatifs pour répondre aux besoins en santé sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en Afrique du Nord et au Moyen Orient.** International HIV/AIDS Alliance, 2006 (275 p.)

PDF : <http://synkronweb.aidsalliance.org/sw36758.asp>  
Plus d'informations : [ebbrandamir@aidsalliance.org](mailto:ebbrandamir@aidsalliance.org) (Elodie Brandamir)

Ce guide pratique (3 Volumes) est un guide de formation présentant les étapes du diagnostic communautaire participatif (DCP) avec les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) à l'élaboration d'un projet de prévention des IST/VIH avec les HSH. Elaboré par une équipe d'experts de la lutte contre le VIH/SIDA avec les HSH, ce guide s'adresse aux animateurs de ces processus et inclus des outils et exercices pour les participants HSH. Ce guide a été élaboré sur une année à travers des ateliers et des consultations avec des HSH et d'autres experts ainsi que des tests de terrain au Liban, en Tunisie et au Maroc.

**Engaging communities in youth reproductive health and HIV projects. A guide to participatory assessments.** Family Health International, 2006 (126 p.)  
PDF : [www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/CIresources/index.htm](http://www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/CIresources/index.htm)



*Engaging communities* (« Engager les communautés ») est un manuel qui traite de la manière dont les évaluations participatives sont menées avec les membres communautaires et les jeunes en vue de l'amélioration de la santé reproductive des jeunes et de la prévention du VIH. Le manuel se base sur l'expérience de YouthNet en Namibie, de la Tanzanie et de l'Ethiopie avec les projets dirigés par les jeunes utilisant ces outils.

## → Rapports de recherche et d'analyse

**Girl Power. The impact of girls' education on HIV and sexual behaviour.** ActionAid International, 2006 (45 p.)  
PDF : [www.actionaid.org/wps/content/documents/GIRL\\_POWER\\_ENGLISH\\_FINAL\\_792006\\_152655.pdf](http://www.actionaid.org/wps/content/documents/GIRL_POWER_ENGLISH_FINAL_792006_152655.pdf)

*A Girl Power* (« Pouvoir de la fille ») résume les résultats d'une revue systématique de plus de 600 articles analysés par les pairs sur l'impact de l'éducation des filles sur le comportement sexuel et le VIH en Afrique Subsaharienne. La revue montre qu'à mesure que l'épidémie progresse la relation entre l'éducation des filles et le VIH change également. Désormais, les femmes les plus instruites sont plus en



mesure de négocier des rapports sexuels sans risque, ce qui réduit les taux de VIH. *Girl Power* étudie également la féminisation sous-jacente de l'épidémie.

**More than words? Action for orphans and vulnerable children in Africa.** World Vision UK, 2005 (67 p.)  
PDF : [www.crin.org/docs/resources/publications/hrbap/More\\_than\\_words\\_UNGASS.pdf](http://www.crin.org/docs/resources/publications/hrbap/More_than_words_UNGASS.pdf)

*More than words?* (« Plus que des mots ? ») est une investigation qualitative pour savoir à quel point quatre des pays les plus affectés en Afrique Subsaharienne (L'Ethiopie, le Mozambique, l'Ouganda et la Zambie) respectent les droits et les besoins des orphelins et des enfants vulnérables.

## → CD-ROMs & Autres ressources

**Le CD-ROM des publications de l'Alliance.** International HIV/AIDS Alliance, 2006  
Commande (gratuit) : [www.aidsalliance.org/sw10249.asp](http://www.aidsalliance.org/sw10249.asp); [publications@aidsalliance.org](mailto:publications@aidsalliance.org)

Ce CD-ROM contient plus de 200 publications et ressources produites en PDF par l'International HIV/AIDS Alliance et ses partenaires, y compris des rapports et

études, des publications d'appui technique, des rapports et des documents de politiques et des informations sur le travail de l'Alliance. Ce CD-ROM vous permet de choisir et de visionner des publications dans 10 langues notamment en anglais, en français, en espagnol et en portugais. En utilisant le CD-ROM, vous pouvez aussi commander des versions imprimées des publications de l'Alliance.



**Keeping the promise: An Agenda for Action on women and AIDS.** ONUSIDA, 2006 (32p)  
PDF : [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/597\\_filename\\_keeping-the-promise.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/597_filename_keeping-the-promise.pdf)

La Coalition mondiale sur les Femmes et le SIDA invite à un accroissement massif des réponses à la lutte contre le SIDA en faveur des femmes et des filles. Ce programme identifie trois domaines principaux d'action collective : 1) garantir les droits des femmes, 2) investir plus d'argent dans les programmes de lutte contre le SIDA en tenant compte des femmes, 3) allouer plus de sièges à la table pour les femmes.

## Échange

sur le VIH/SIDA, la sexualité et le genre

est une coproduction de la Royal Tropical Institute (KIT) et d'Oxfam International, en collaboration avec SAfAIDS (Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service – Service de diffusion d'information sur le VIH/SIDA en Afrique australe) au Zimbabwe. Le Ministère des affaires étrangères des Pays-Bas et Oxfam Novib ont contribué financièrement à cette coproduction.

L'abonnement à l'édition imprimée est de 30 euros par année (pour 4 parutions) ; l'abonnement en ligne est gratuit. Échange est aussi disponible en portugais (Intercâmbio sobre HIV/SIDA, sexualidade e género) et anglais (Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender). Les ONG locales et nationales de même que les services de soins de santé et les bibliothèques de pays en développement peuvent déroger à ces frais mais leur nom sera toutefois apposé sur une liste d'attente. Consultez notre site Internet pour de plus amples renseignements concernant l'abonnement.

Les articles peuvent être reproduits sans frais tant que la source est bien indiquée et que les coupures de presse soient expédiées à notre adresse.

**Rédactrice en chef :** Nel van Beelen (KIT)  
**Rédacteurs :** Nel van Beelen (KIT), Lincie Kusters (Oxfam Novib) & Vivienne Kernohan (SAfAIDS)  
**Comité de rédaction :** Mabel Bianco (FEIM, Argentina), Jacques du Guerny (França), Lee-Nah Hsu (EUA) & Helen Jackson (UNFPA, Zimbabwe)  
**Soutien administratif et de secrétariat :** Dorothy Timmerman & Ewa Cudowska (KIT)  
**Rédaction :** Tendayi Kureya, Zimbabwe  
**Traduction :** Marcelline Paulette Adjovi, Bénin  
**Maquette :** Fontline, Zimbabwe  
**Photos p. 1 :** ICW & Annelies van Brink  
**Imprimeur :** Drukkerij MacDonald/SSN, Pay-Bas  
**ISSN :** 1871-7551

### Échange/Exchange

Royal Tropical Institute, Information & Library Services  
PO Box 95001, 1090 HA Amsterdam, Pays-Bas  
e-mail : [exchange@kit.nl](mailto:exchange@kit.nl)  
web : [www.exchange-magazine.info/fr](http://www.exchange-magazine.info/fr)

SAfAIDS



Oxfam International

Royal Tropical Institute