



Amnesty International

DOCUMENT PUBLIC

***HALTE À LA VIOLENCE
CONTRE LES FEMMES
Les femmes, le VIH/sida
et les droits humains***

Index AI : ACT 77/084/2004

•
ÉFAI

HALTE À LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES Les femmes, le VIH/sida et les droits humains

SOMMAIRE

<i>Les femmes, le VIH/sida et les droits humains</i>	3
<i>L'ampleur de la pandémie et ses conséquences sur les femmes</i>	4
<i>La vulnérabilité spécifique des femmes au VIH</i>	5
<i>La violence liée au genre</i>	6
<i>Le viol</i>	7
<i>La violence dans la famille et dans le milieu de vie</i>	8
<i>La violence du partenaire intime</i>	8
<i>Les pratiques traditionnelles préjudiciables</i>	9
<i>Les mariages précoces</i>	10
<i>L'attribution des veuves en héritage</i>	11
<i>Les mutilations génitales féminines (MGF)</i>	11
<i>La violence contre les femmes dans les conflits</i>	12
<i>Le manque d'indépendance économique</i>	15
<i>Les travailleuses sexuelles</i>	16
<i>La prise de stupéfiants par voie intraveineuse</i>	18
<i>Les discriminations croisées : origine ethnique, orientation sexuelle et âge</i>	19
<i>Les minorités ethniques</i>	19
<i>Les femmes bisexuelles et lesbiennes</i>	19
<i>Les fillettes et les jeunes filles</i>	20
<i>Prévention et traitement</i>	22
<i>L'éducation en matière de sexualité, de santé et de VIH</i>	22
<i>Les préservatifs</i>	24
<i>Le préservatif féminin</i>	25

La méthode ABC	25
Dépistage et traitement	26
Le traitement antirétroviral	27
Discrimination et réactions de rejet	29
Prévention de la transmission mère-enfant	31
La prophylaxie post-exposition	33
Les méthodes de prévention contrôlées par les femmes	34
Les microbicides	34
L'importance des microbicides	35
Les femmes, dispensatrices de soins à domicile	35
Considérer le VIH/sida sous l'angle des droits, protéger les femmes et les jeunes filles et renforcer leur capacité à agir	36
Les normes relatives aux droits humains et le VIH/sida	36
Les normes sur le droit des femmes à la santé	37
Les normes sur le droit des femmes à la santé en matière de sexualité et de procréation	37
Les normes relatives à la violence contre les femmes	39
Les normes relatives à la discrimination contre les femmes	39
Les normes relatives aux droits de l'enfant	41
Les normes relatives à la coopération internationale	41
Déclarations et lignes de conduites relatives aux droits humains et au VIH/sida	42
Recommandations	45
Liens Internet utiles	50

Les femmes, le VIH/sida et les droits humains

« Les femmes ne doivent pas être considérées comme des victimes. Dans beaucoup d'endroits, ce sont elles qui montrent la voie. Partout dans le monde, des femmes et des hommes agissent pour mieux faire connaître la maladie, développer l'accès aux services de santé et d'éducation en matière de sexualité et de procréation, renforcer la capacité des femmes à négocier des relations sexuelles plus sûres, combattre la discrimination liée au genre et améliorer l'accès à des méthodes de prévention contrôlées par les femmes, telles que le préservatif féminin. » Extrait de *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*¹.

Pour échapper au VIH/sida, les femmes doivent se battre à la fois contre un virus et contre la discrimination généralisée dont elles sont victimes. Partout dans le monde, elles se heurtent à différentes circonstances spécifiques à leur statut de femmes, qui augmentent le risque de contamination par le VIH. Beaucoup sont exposées à la violence sexuelle et aux rapports forcés au sein ou en dehors du mariage, notamment dans le cadre des pratiques traditionnelles préjudiciables, telles que les mutilations génitales féminines, les mariages précoces ou le fait que les veuves soient données en héritage à un parent du défunt. Souvent, elles manquent d'informations sur les mesures de prévention du sida et sur la santé, n'ont pas la possibilité de bénéficier de ces mesures ni de soins médicaux, et ne reçoivent pas d'aide ni de traitement une fois qu'elles sont infectées. On leur refuse le droit d'être propriétaires et d'hériter, ainsi que le droit à l'emploi ou à des ressources – ce qui les rend dépendantes des hommes – et elles sont souvent exclues des processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, y compris dans des domaines qui les concernent en premier lieu.

Cependant, elles se battent de plus en plus efficacement pour défendre leurs droits, et le militantisme féminin, en particulier celui des femmes qui vivent avec le VIH/sida, s'est beaucoup développé ces dernières années et a remporté des succès remarquables – malgré de multiples obstacles.

La pandémie de sida est de plus en plus considérée comme un problème de santé, de développement et de droits humains fortement lié au genre². Cette maladie peut être évitée ; elle touche pourtant près de 40 millions de personnes dans le monde, dont une proportion croissante de femmes. Le présent rapport analyse, sous l'angle des droits humains, les facteurs spécifiques au genre qui font que les femmes sont plus menacées d'être contaminées par le VIH/sida, ainsi que les conséquences spécifiques que peut avoir l'infection par ce virus sur les femmes. Il en ressort clairement que :

- la violence contre les femmes et les autres formes de discrimination liée au genre augmentent les risques pour les femmes de contracter le VIH ;

1. ONUSIDA, Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) et Fonds de développement des Nations unies pour la femme (UNIFEM), *Women and HIV/AIDS: Confronting the crisis*, New York, 2004 (<http://www.unfpa.org/hiv/women/report/index.htm>) ; un résumé analytique de ce rapport est disponible en français sous le titre *Les femmes et le VIH/sida : faire face à la crise* et peut être téléchargé à partir du site <http://www.unfpa.org/hiv/women>

2. Voir par exemple UNIFEM, *Turning the Tide: CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic*, New York, 2001, disponible à l'adresse : http://www.unifem.org/index.php?f_page_pid=33 ; UNFPA, *État de la population mondiale*, New York, 2004, disponible à l'adresse : http://www.unfpa.org/swp/swpmain_fre.htm

- la discrimination liée au genre empêche aussi les femmes de bénéficier des méthodes de prévention et de traitement ;
- pour s'attaquer efficacement à la pandémie, à ses causes et à ses conséquences, il est nécessaire d'adopter une approche exhaustive fondée sur les droits de la personne ;
- il faut appliquer plus efficacement les programmes adoptés par la communauté internationale pour apporter une réponse efficace au VIH/sida – tels que les lignes directrices de l'ONUSIDA relatives aux droits humains, le Programme d'action du Caire, la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, les Objectifs du Millénaire pour le développement, etc. ;
- la coopération internationale est indispensable pour combattre les inégalités mondiales en matière de prévalence du sida et d'accès aux traitements.

Ce rapport souligne, en conclusion, combien il est nécessaire que les gouvernements adoptent une approche fondée sur les droits et se préoccupent de la dimension de genre de la prévention et du traitement du VIH/sida, ainsi que de l'aide aux malades.

L'ampleur de la pandémie et ses conséquences sur les femmes

En 2003, l'ONUSIDA estimait à 35,7 millions le nombre d'adultes vivant avec le VIH/sida (dont 17 millions de femmes) et à 2,1 millions le nombre d'enfants³. Cette même année, plus de quatre millions d'adultes et 630 000 enfants ont été contaminés et 2,9 millions de personnes sont mortes de maladies liées au sida, ce qui porte à 20 millions le nombre total de morts depuis le début de l'épidémie en 1981. Fin 2003, en Afrique subsaharienne, le sida avait fait 12 millions d'orphelins.

Pour les besoins de ce rapport sont considérées comme adultes les personnes âgées de quinze à quarante-neuf ans – principale période d'activité sexuelle et de reproduction chez les humains. L'ONUSIDA définit comme enfant toute personne de moins de quinze ans. Les plus forts taux de prévalence du VIH sont enregistrés dans le sud de l'Afrique : Botswana (37,3 p. cent), Swaziland (38,8 p. cent), Lésoto (28,9 p. cent), Zimbabwe (24,6 p. cent), Afrique du Sud (21,5 p. cent), Namibie (21,3 p. cent) et Zambie (16,5 p. cent). L'adoption de mesures de prévention peut faire baisser la prévalence, comme le montre l'exemple de l'Ouganda, où la prévalence nationale est passée de 12 p. cent au début des années 1990 à 4,1 p. cent en 2003.

Toujours en Afrique subsaharienne, 57 p. cent des adultes porteurs du virus sont des femmes et les deux tiers des jeunes séropositifs sont des jeunes filles⁴. La proportion de femmes infectées par le VIH/sida dans le monde approche les 50 p. cent⁵. Sur le plan mondial, les jeunes femmes ont 1,6 fois plus de risques

3. ONUSIDA, 2004. *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*, 4e rapport mondial, Genève, 2004 (<http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004.html> http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_00_fr.htm).

4. Ibid.

5. Ibid., p. 101.

d'être affectées par le VIH/sida que les jeunes hommes⁶. Une étude des niveaux d'infection chez les jeunes de quinze à vingt-quatre ans a comparé le rapport entre le nombre de jeunes femmes et le nombre de jeunes hommes porteurs du VIH et a établi que, en Afrique du Sud, les femmes étaient deux fois plus nombreuses que les hommes à être infectées, tandis qu'au Kenya et au Mali, le ratio entre les jeunes femmes et les jeunes hommes séropositifs était de 4,5 contre un⁷.

Par ailleurs, dans les pays à faible ou à moyen revenu, cinq à six millions de personnes n'ont pas accès aux traitements antirétroviraux (ARV) nécessaires à leur survie⁸.

Le VIH/sida touche non seulement ceux qui sont infectés par le virus, mais aussi ceux qui dépendent de ces personnes ou qui leur sont apparentés. Ainsi, il a des conséquences sur :

- les femmes porteuses du virus, qui sont confrontées au rejet, à la discrimination, à la violence et aux inégalités dans l'accès aux traitements ;
- les femmes particulièrement exposées au risque de contamination – celles qui sont victimes de violence liée au genre, qui ont des rapports non protégés, consomment des drogues par voie intraveineuse ou vivent avec des toxicomanes, notamment les travailleuses sexuelles⁹, et celles qui subissent des pratiques traditionnelles discriminatoires ;
- les femmes qui s'occupent de membres de leur famille ou d'autres personnes infectés par le virus ;
- les femmes en tant que militantes, membres d'ONG, défenseurs des droits humains et dispensatrices de services.

Nous reviendrons sur tous ces points ultérieurement.

La vulnérabilité spécifique des femmes au VIH

Les femmes sont confrontées à de nombreux risques de contamination par le VIH qui sont spécifiques au genre. L'augmentation de la proportion de femmes infectées par le virus s'explique par un mélange de facteurs physiologiques, sociaux et relatifs aux droits humains. Tout d'abord, les femmes et les jeunes filles semblent avoir un plus grand risque inhérent (que les hommes) d'être infectées dans le cadre de rapports hétérosexuels parce que le sperme est plus chargé en VIH que les sécrétions vaginales. En outre, le vagin offre une plus grande surface de muqueuses susceptibles de comporter des microlésions permettant au virus de pénétrer dans le système sanguin. Les femmes ont donc plus de risques que les hommes de contracter le VIH lors d'un simple rapport hétérosexuel¹⁰.

6. *Confronting the crisis*, op. cit., p. 1.

7. 2004. *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*, op.cit., p. 32.

8. 2004. *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*, op.cit., p. 101.

9. Dans ce rapport, le terme « travailleuse sexuelle » désigne toute femme proposant des services sexuels contre de l'argent. Des termes tels que « prostituée » ou « femme [ou homme] se livrant à la prostitution » sont largement utilisés dans les médias et ailleurs. Cependant, ceux qui luttent contre le VIH/sida préfèrent utiliser le terme de « travailleuse sexuelle », jugé moins méprisant et moins porteur de jugement moral.

10. La pénétration anale non protégée, que ce soit dans le cadre de rapports hétérosexuels ou homosexuels, comporte un risque beaucoup plus grand de contamination par le VIH pour celui des deux partenaires qui la subit.

Cependant, les écarts constatés dans le nombre de contaminations en Afrique méridionale et ailleurs, où quatre à cinq fois plus de jeunes femmes que de jeunes hommes de la même tranche d'âge sont infectées chaque année, ne découlent pas uniquement ni même principalement des différences biologiques entre les hommes et les femmes, mais plutôt de facteurs sociaux et de facteurs relevant des droits humains. Le risque le plus courant auquel sont confrontées beaucoup de femmes est le fait de vivre avec un mari ou un partenaire séropositif (que celui-ci connaisse sa séropositivité ou non). Parmi les autres facteurs de risque figurent le niveau de violence auquel les femmes sont soumises, les pratiques traditionnelles préjudiciables, qui augmentent les risques de contamination des femmes, et un certain nombre de facteurs socio-économiques qui limitent la capacité des femmes à se protéger.

« Même si la physiologie contribue à favoriser la transmission du VIH aux femmes et aux jeunes filles, c'est avant tout le peu de contrôle qu'elles ont sur leur corps et leur sexualité, favorisé et renforcé par les inégalités sociales et économiques dont elles sont victimes, qui les rend si vulnérables au VIH/sida. [...] Les rôles stéréotypés des sexes qui sont à la base des inégalités et de la violence sexuelles sont confortés et perpétués par les normes sociales, culturelles et religieuses, ce qui leur confère un caractère "naturel" et inévitable et peut les rendre particulièrement difficiles à contester et à changer¹¹. »

La violence liée au genre

Les femmes sont confrontées quotidiennement à une épidémie de violence. On désigne par violence contre les femmes diverses catégories d'actes, énumérés ici de façon non exhaustive.

- La violence dans la famille. On inclut dans cette catégorie les sévices infligés par le partenaire intime, les violences sexuelles contre les fillettes au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales féminines et autres pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes. Les sévices subis par les employées de maison – notamment la séquestration, les brutalités physiques, les conditions de quasi-esclavage et les violences sexuelles – peuvent aussi être rangés dans cette catégorie.
- La violence dans le milieu social. Il s'agit du viol, des violences sexuelles, du harcèlement sexuel et des agressions sur le lieu de travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs. La traite des femmes, la prostitution forcée et le travail forcé entrent dans cette catégorie, qui comprend aussi le viol et autres sévices commis par les groupes armés.
- La violence liée au genre perpétrée ou tolérée par l'État ou ses agents : policiers, gardiens de prison, soldats, gardes-frontières, agents de l'immigration et autres. Cette catégorie comprend, par exemple, le viol par les forces gouvernementales durant les conflits armés, les stérilisations forcées, la torture pendant la détention et les violences perpétrées par des fonctionnaires sur la personne de réfugiées¹².

11. ALBERTYN C., *Prevention, Treatment and Care in the Context of Human Rights*, document présenté à la réunion du groupe d'experts des Nations unies sur la pandémie de VIH/sida et ses conséquences sexospécifiques (Windhoek, Namibie), doc. ONU EGM/HIV-AIDS/2000/WP 1, 2000.

12. Amnesty International, [Mettre fin à la violence contre les femmes : un combat pour aujourd'hui](#), p. 10 (index AI : ACT 77/001/2004), mars 2004 ; voir aussi Amnesty International, [Pour que les droits deviennent réalité. Les États ont le devoir de combattre la violence contre les femmes](#) (index AI : ACT 77/049/2004), juin 2004.

La violence contribue fortement à augmenter le risque de contamination des femmes par le VIH. Des études montrent que la première expérience sexuelle des jeunes filles est souvent imposée¹³. Les femmes ont deux à quatre fois plus de risques que les hommes de contracter le virus lors d'une pénétration vaginale non protégée¹⁴, à la fois parce que leur physiologie sexuelle les rend plus vulnérables aux lésions (en particulier les jeunes femmes) et parce qu'elles risquent davantage d'être les victimes de rapports sexuels violents et forcés¹⁵.

D'autres facteurs entrent aussi en jeu. Yakin Ertürk, rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, a déclaré que « *de multiples facteurs liés à la position de subordination des femmes accroissent les risques d'infection par le VIH. Parmi eux, figurent l'analphabétisme et la pauvreté, les situations de conflit, l'absence d'autonomie sexuelle, le viol par des partenaires intimes ou des étrangers, la multiplicité des partenaires sexuels, la traite à des fins d'exploitation sexuelle, les mutilations génitales et autres pratiques néfastes, la prostitution et le mariage des fillettes*¹⁶ ».

Le viol

L'une des formes les plus courantes et les plus préjudiciables de violence liée au genre est le viol. Le traumatisme psychologique et physique qui en résulte est incontestable¹⁷. Or, à ce traumatisme vient de plus en plus s'ajouter la transmission du VIH. Par définition non consenti, le viol comporte plus de risques de contamination par le virus à cause des lésions physiques qu'il provoque au niveau des parties génitales ou de l'anus de la femme. Même en l'absence de blessures physiques apparentes, il peut causer dans le vagin des microlésions qui favorisent la transmission du VIH.

Un certain nombre de mesures sont nécessaires pour protéger les femmes (et les hommes) du viol et donc du risque de contamination par le VIH qu'il entraîne. Amnesty International a fait état de viols en garde à vue, dans les prisons, dans le milieu de vie et dans les zones de conflit ou de guerre. Si ces situations nécessitent chacune des mesures spécifiques, elles requièrent toutes la même volonté politique :

- de faire clairement savoir que le viol est un crime inacceptable qui ne saurait rester impuni ;
- d'éduquer le grand public pour favoriser une meilleure sensibilisation aux questions de genre ;

13. GARCIA-MORENO Claudia, « La violence sexuelle », in *Bulletin médical de l'IPPF*, décembre 2003 (<http://www.ippf.org/medical/bulletin/pdf/Vol37no6Dec2003fr.pdf>).

14. ONUSIDA, *Gender and AIDS Almanac*, Genève, 2001, p. 11.

15. Ibid., p. 2-3.

16. *Intégration des droits fondamentaux des femmes et de l'approche sexospécifique : violence contre les femmes. Vers une application effective des normes internationales visant à faire cesser la violence à l'encontre des femmes*. Rapport de la Rapporteuse spéciale, Yakin Ertürk, sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, doc. ONU E/CN.4/2004/66, 26 décembre 2003, § 48 (<http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridocda.nsf/0/4c8a5369b2f8483ac1256e610040a5c3?Opendocument>).

17. PEEL M. (sous la direction de), *Rape as a Method of Torture*, Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, Londres, 2004.

- de veiller à ce que les policiers et les professionnels de la santé soient davantage formés à l'écoute des victimes de viol et à l'instruction des dossiers ;
- de renforcer les services de médecine légale et de traumatologie ;
- de réformer les lois sur le viol et autres violences sexuelles pour offrir une réponse adaptée à la nature et à la gravité de ces actes.

La gravité du viol a été reconnue au plus haut niveau international. Ainsi, l'article 7-1-g du Statut de Rome de la Cour pénale internationale qualifie le viol (ainsi que les autres formes de violence sexuelle de gravité comparable) de crime contre l'humanité lorsqu'il est commis dans le cadre d'une attaque généralisée ou systématique lancée contre une population civile. Dans le cadre d'un conflit armé international ou non international, le viol constitue aussi un crime de guerre¹⁸.

Pour combattre le viol, il est nécessaire de soutenir et de protéger les témoins avant, pendant et après le procès. Des obstacles considérables s'opposent à ce que la justice soit valablement rendue dans les affaires de viol, et il est indispensable de bien soutenir les plaignants pour que justice soit faite et que cela se sache.

« Au Swaziland, les femmes et les filles sont souvent victimes de violences domestiques et sexuelles. En outre, elles subissent une importante discrimination au niveau économique, social et juridique. L'épidémie de sida a eu un impact dévastateur sur les femmes et les filles. En 2002, 38,6 p. cent des femmes enceintes effectuant des examens prénataux étaient séropositives. Selon le programme de développement des Nations unies, "la plupart des pratiques et des exigences culturelles [au Swaziland] contribuent à la vulnérabilité des femmes vis-à-vis du VIH/sida". »

Amnesty International, 2004¹⁹.

La violence dans la famille et dans le milieu de vie

La violence du partenaire intime

La violence au sein de la famille ou la violence du partenaire intime ont de lourdes conséquences en matière de santé sur les femmes et la société. Cette forme de violence existe dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels. Les femmes constituent la très grande majorité des victimes de cette violence, même s'il arrive que des hommes en soient l'objet ou que la violence survienne entre membres de différentes générations ou dans le cadre de relations homosexuelles. La violence du partenaire intime, qui comprend les violences verbales ou psychologiques aussi bien que les violences physiques et sexuelles, concerne des millions de femmes dans le monde²⁰.

18. La définition du viol diffère selon les juridictions nationales. Le Tribunal pénal international pour le Rwanda, constatant l'absence de définition juridique reconnue, a lui-même défini le viol comme « *tout acte de pénétration physique de nature sexuelle commis sur la personne d'autrui sous l'empire de la coercition [...]* L'acte de violence sexuelle, loin de se limiter à la pénétration physique du corps humain, peut comporter des actes qui ne consistent pas dans la pénétration ni même dans des contacts physiques. » (Tribunal pénal international pour le Rwanda, Chambre 1, *Le Procureur c. Jean-Paul Akayesu*, Affaire n° ICTR-96-4-T, 2 septembre 1998, (<http://ictor.org/FRENCH/cases/Akayesu/judgement/contents.htm>).

19. Amnesty International, *Halte à la violence contre les femmes ! Swaziland. La violence aggrave la pandémie de sida au Swaziland* (index AI : AFR 55/003/2004), avril 2004.

20. Organisation mondiale de la santé (OMS), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002, chapitre 4 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en).

Une synthèse de ce rapport est disponible à http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_fr.pdf.

Les femmes qui vivent avec des partenaires violents subissent non seulement un traumatisme psychologique et des blessures physiques, mais ont aussi du mal à se protéger contre les grossesses non désirées ou les maladies, notamment les maladies sexuellement transmissibles (MST). Les violences physiques ou sexuelles commises par un homme porteur du VIH peuvent contribuer directement à la transmission du virus à la femme qui les subit – dans ce cas, plus la violence dure dans le temps, plus le risque est grand. Il existe aussi un risque direct pour les femmes qui entretiennent une relation à caractère sexuel avec un homme séropositif qui refuse de prendre des mesures de prévention, par exemple d'utiliser un préservatif (qu'il se sache ou non séropositif). Cependant, les femmes sont aussi confrontées à des risques moins directs :

- quand elles ne peuvent pas négocier l'utilisation de moyens de contraception tels que les préservatifs ;
- quand elles n'ont pas la possibilité d'adopter des formes plus sûres de comportement sexuel avec leur partenaire ;
- quand elles sombrent dans l'alcoolisme ou la toxicomanie, ce qui peut entraîner des comportements plus risqués (contamination par voie sexuelle ou par les seringues)²¹.

« La violence du partenaire intime, les agressions sexuelles contre les enfants, les premiers rapports imposés et les violences sexuelles commises contre des adultes par des non-partenaires sont des facteurs qui favorisent la contamination par le VIH ; un lien a aussi été établi avec le pouvoir de décision en matière de relations sexuelles : moins la femme a de pouvoir dans ce domaine, plus les risques de contamination sont élevés. Au total, 21,1 p. cent des participantes ont déclaré avoir déjà eu des relations sexuelles de nature transactionnelle, c'est-à-dire des relations sexuelles avec un homme n'étant pas leur partenaire principal en échange de biens matériels ou d'argent. Les femmes ayant subi des violences de la part de leur partenaire intime, ayant déjà consommé des substances illicites, vivant en ville, n'ayant jamais travaillé ou vivant dans des logements insalubres ont été plus nombreuses à déclarer avoir eu des relations transactionnelles que celles qui avaient retardé l'âge de leur premier rapport, qui étaient mariées ou qui avaient reçu une éducation supérieure. Les rapports sexuels transactionnels ont été associés à un plus grand risque de contamination par le VIH... »

Afrique du Sud, 2003²²

Les pratiques traditionnelles préjudiciables

Un certain nombre de pratiques qui accroissent le risque de contamination par le VIH sont souvent justifiées au nom de valeurs et de traditions culturelles. Nous en examinerons certaines ultérieurement, dans les chapitres sur les droits sexuels et l'indépendance économique. Nous allons nous intéresser ici à trois d'entre elles : les mariages précoces, l'attribution des veuves en héritage et les mutilations génitales féminines.

21. Ibid.

22. DUNKLE K, JEWKES R, BROWN H, MCINTYRE J, GRAY G, HARLOW S., *Gender-Based Violence and HIV Infection among Pregnant Women in Soweto*, Medical Research Council of South Africa, Pretoria, 2003 (<http://www.mrc.ac.za/gender/women.pdf>).

Les mariages précoces

La Convention relative aux droits de l'enfant ne fixe pas d'âge minimum légal pour le mariage, mais d'autres traités le font. Ainsi, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1990) dispose : « *Les mariages d'enfants et la promesse de jeunes filles et garçons en mariage sont interdits* » et fixe à dix-huit ans l'âge minimum légal pour le mariage²³. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, chargé de surveiller la mise en œuvre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, a lui aussi recommandé que l'âge minimum pour le mariage des hommes comme des femmes soit fixé à dix-huit ans, précisant que « *lorsque les hommes et les femmes se marient, ils assument d'importantes responsabilités. Ils ne devraient donc pas pouvoir se marier avant d'être en pleine maturité et capacité d'agir*²⁴. » D'autres organes internationaux, tels que le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), dénoncent clairement les risques du mariage en dessous de dix-huit ans²⁵.

Bien qu'on ne dispose pas de données complètes à ce sujet, il apparaît qu'en pratique, partout dans le monde, les filles se marient plus tôt que les garçons²⁶. Le mariage des enfants a un certain nombre de conséquences qui augmentent les risques de contamination par le VIH pour les jeunes femmes. Ainsi, les facteurs suivants accroissent les risques d'exposition au virus : la méconnaissance des mesures à prendre pour se protéger, l'absence de pouvoir de décision dans les relations conjugales, les pressions familiales en faveur de l'obéissance au mari et l'obligation sociale d'avoir des enfants au plus vite, qui va à l'encontre de l'utilisation des préservatifs. Certaines études ont montré que, à âge égal, les jeunes femmes mariées étaient davantage touchées par le VIH/sida que les jeunes femmes non mariées, en particulier lorsque leur mari était nettement plus âgé qu'elles. Les chercheurs ont supposé que cette augmentation des risques était due au fait que les hommes plus âgés avaient eu davantage de rapports sexuels et donc plus de risques d'être contaminés par le VIH, ainsi qu'à l'impossibilité pour les jeunes femmes d'imposer leurs exigences à des maris plus âgés et à une moindre utilisation des moyens de protection²⁷.

23. Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, article 21-2 (http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_Conventions_fr/CHARTE%20AFRICAINEDROITS%20ENFANT%20new.pdf).

24. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 21, § 36 (commentaire portant sur l'article 16-2 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes), disponible à l'adresse suivante : [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/954737e859b9db12802565280050914f?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/954737e859b9db12802565280050914f?Opendocument)

25. Voir par exemple le communiqué de presse du Fonds des Nations unies pour la population intitulé *Selon l'UNFPA, les adolescentes mariées sont oubliées au niveau mondial*. Dans ce communiqué, l'UNFPA souligne que « *dans la plupart des pays, l'âge minimum légal du mariage est fixé à 18 ans* » et ajoute que « *le mariage des enfants viole les droits fondamentaux de millions de filles en menaçant leur santé, en bornant leur éducation et en limitant leurs perspectives d'avenir sur les plans social, économique et politique* ». (Voir <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=456&NewsType=1&Language=3>).

26. Par exemple, en République démocratique du Congo, 74 p. cent des jeunes femmes âgées de quinze à dix-neuf ans sont mariées, contre seulement 5 p. cent des garçons du même âge. En Ouganda, cette proportion est de 50 p. cent contre 11 p. cent, au Népal de 42 p. cent contre 14 p. cent et au Honduras de 30 p. cent contre 7 p. cent (Division de la population des Nations unies, Département des affaires économiques et sociales, *World Marriage Patterns*, 2000). Il convient aussi de souligner que de nombreux pays n'ont pas de loi fixant un âge minimum pour le mariage.

27. BANKOLE A., SINGH S., WOOG V., WULF D., *Risk and Protection: Youth and HIV/AIDS In Sub-Saharan Africa*, Allen Guttmacher Institute, New York, 2004 (<http://www.guttmacher.org/pubs/riskandprotection.pdf>) ; voir aussi *Confronting the crisis*, op. cit., p. 16.

Le mariage des enfants limite l'accès des filles à l'éducation, avec tout ce que cela implique en matière de gestion de leurs relations (possibilité de trouver un emploi, pouvoir de négociation des comportements sexuels). Par exemple, en Éthiopie, quelque 80 p. cent des jeunes filles mariées n'ont reçu aucune éducation et ne savent pas lire²⁸.

Par ailleurs, en ce qui concerne les politiques de prévention, il faudrait tenir compte du fait que, une fois mariées, les jeunes filles risquent d'échapper aux programmes destinés à améliorer et à protéger la santé des adolescentes dans le domaine de la sexualité et de la procréation²⁹.

L'attribution des veuves en héritage

Cette pratique consiste à attribuer la veuve d'un défunt au frère de celui-ci – elle lui est donc donnée en « héritage », parfois au sein d'une famille polygame. Les rapports sexuels qui en résultent sont généralement contraints et non protégés. Or, la femme ou le nouveau mari peuvent être déjà infectés par le VIH, ce qui accroît les risques de transmission et favorise la propagation du virus. Dans certaines traditions, le consentement de la femme est nécessaire, mais si elle refuse, elle perd tous les biens liés à son précédent mariage, notamment sa maison. Sa décision, quelle qu'elle soit, a donc toutes les chances d'avoir pour elle des conséquences dramatiques³⁰.

Les mutilations génitales féminines (MGF)

La pratique culturelle qui consiste à mutiler les organes génitaux des femmes est très répandue dans certaines parties d'Afrique et du Moyen-Orient³¹. Les mutilations génitales féminines peuvent prendre différentes formes : excision du prépuce clitoridien, accompagnée ou non de l'excision d'une partie ou de la totalité du clitoris ; excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres ; ou ablation d'une partie ou de la totalité des organes génitaux externes et suture ou rétrécissement de l'entrée du vagin (infibulation) ne laissant qu'une petite ouverture pour le passage de l'urine et du sang menstruel. Ces pratiques accroissent le risque de transmission du VIH aux femmes et aux fillettes de différentes manières. Tout d'abord, l'utilisation de rasoirs et de couteaux non stériles pour pratiquer ces mutilations sur plusieurs jeunes filles entraîne un risque de transmission du virus d'une fille à l'autre si l'une d'entre elles est séropositive. Ensuite, les MGF augmentent les risques de déchirure des organes génitaux pendant les rapports sexuels. En cas d'infibulation ou de suture de l'entrée du vagin, la pénétration risque d'entraîner des saignements, ce qui favorise la transmission du virus par un partenaire séropositif. Enfin, les difficultés provoquées par ces mutilations pendant les rapports sexuels peuvent amener les

28. Population Council, *Child marriage briefing: Ethiopia*, juillet 2004 (<http://www.popcouncil.org/pdfs/briefingsheets/ETHIOPIA.pdf>).

29. Voir BRUCE J., CLARK S., *Les implications du mariage précoce pour les politiques de VIH/SIDA*, dossier basé sur un document de travail préparé pour la Consultation technique de l'OMS, de l'UNFPA et du Population Council sur les adolescentes mariées, Population Council, New York (<http://www.popcouncil.org/pdfs/EMBFR.pdf>).

30. Un résumé des violations du droit des femmes à la propriété en Afrique subsaharienne est disponible sur le site de Human Rights Watch (en anglais) à l'adresse suivante : <http://www.hrw.org/campaigns/women/property/qna.htm#13>.

31. Amnesty International, *Female genital mutilation* (en anglais) : <http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm>.

femmes à accepter moins volontiers les avances de leur partenaire, qui réagit parfois par la violence ou adopter avec sa compagne des pratiques qui favorisent la transmission du VIH (telles que le coït anal non protégé)³².

Dans la région du Darfour, à l'ouest du Soudan, qui est actuellement le théâtre d'un conflit au cours duquel des milliers de femmes ont été violées, la majorité des femmes ont subi une excision des petites lèvres et du clitoris, accompagnée chez beaucoup d'entre elles d'une infibulation. Ces pratiques accroissent les risques de blessure pendant les rapports entre personnes consentantes et, encore plus, lors de viols, ce qui favorise la contamination par le VIH ou par d'autres maladies sexuellement transmissibles. Or, à l'heure actuelle, dans les camps de réfugiés au Tchad comme dans les camps pour personnes déplacées au Darfour, il n'existe aucun dispositif médical approprié permettant d'offrir des soins médicaux complets aux personnes souffrant d'affections liées au VIH/sida. En effet, les organisations humanitaires sont déjà débordées par l'urgence des besoins alimentaires, par les problèmes d'accès aux populations et de logistique, et manquent de moyens³³.

La violence contre les femmes dans les conflits

Dans de nombreuses autres parties du monde, le viol et les autres violences sexuelles commis dans le cadre de conflits contribuent à faire progresser la pandémie de sida. Cette forme de violence a été utilisée comme arme de guerre tout au long de l'histoire et est malheureusement une caractéristique très répandue des conflits contemporains.

En République démocratique du Congo (RDC), les femmes et les jeunes filles, qu'elles soient civiles ou contraintes de s'engager auprès des combattants, sont menacées de violence sexuelle et de contamination par le VIH. Des ONG locales et internationales tentent d'intervenir auprès des groupes armés afin d'obtenir la libération des enfants soldats. Au début de l'année 2004, à la suite d'une intervention qui a permis la libération de 36 jeunes combattantes, pour la plupart âgées de quatorze ou quinze ans, un militant congolais a indiqué que 17 de ces jeunes filles étaient séropositives³⁴.

Les violences et les destructions liées au conflit ont aussi d'autres conséquences sur le système de santé. Ainsi, en RDC, moins de 8 p. cent du sang destiné aux transfusions sanguines est testé, soit parce que les infrastructures nécessaires ont été détruites, soit par manque de moyens³⁵. Selon le Programme national de lutte contre le sida de la RDC, 80 p. cent des centres médicaux du pays ne testent pas le sang avant de l'utiliser pour des transfusions, ce qui met gravement en danger les bénéficiaires de ces transfusions³⁶.

32. BRADY M., "Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission", in *AIDS Patient Care et STDs*, 1999, vol. 13, p. 709-716.

33. Amnesty International, [Soudan \(Darfour\). Le viol : une arme de guerre. La violence sexuelle et ses conséquences](#) (index AI : AFR 54/076/2004), juillet 2004.

34. Amnesty International, [République démocratique du Congo. Violences sexuelles : un urgent besoin de réponses adéquates](#) (index AI : AFR 62/018/2004), octobre 2004.

35. Ibid., citant REHN Elisabeth et JOHNSON SIRLEAF Ellen, "Women War Peace. The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict of Women and Women's role in Peace-building", in *Progress on the World's Women 2002*, vol. 1, p. 36.

36. Cité dans le rapport d'Amnesty International sur la RDC, *ibid.*

Par ailleurs, on a appris mi-2004 que des membres de la Mission de l'Organisation des Nations unies en République démocratique du Congo³⁷ avaient eu des relations sexuelles avec des jeunes filles vivant dans un centre pour personnes déplacées situé à Bunia, en RDC, à proximité de la base des Nations unies. Les déclarations de ces jeunes filles ont clairement montré que ces relations étaient pour elles « *transactionnelles* », c'est-à-dire qu'elles acceptaient d'avoir des rapports sexuels en échange de nourriture et d'autres biens de première nécessité³⁸.

Le fait que les femmes soient chargées d'aller chercher l'eau et la nourriture peut les rendre particulièrement vulnérables aux violences sexuelles dans les zones de conflit. En République centrafricaine, des centaines de femmes et de jeunes filles ont été violées fin 2002 et début 2003 dans le cadre d'un conflit interne. Amnesty International a présenté dans un rapport un certain nombre de cas, dont celui d'une femme, désignée sous le nom de « Bey ». Âgée de vingt-quatre ans, elle a été violée par trois combattants en décembre 2002, alors qu'elle allait chercher de l'eau. Elle a été blessée par ces hommes et soignée avec des remèdes traditionnels. Il est apparu par la suite qu'elle était séropositive, mais la manière dont elle a été contaminée reste incertaine. Les femmes qui ont été violées pensent souvent avoir été contaminées lors du viol, et il ne fait aucun doute que c'est effectivement le cas pour beaucoup d'entre elles³⁹.

La contamination par le VIH a des conséquences dramatiques sur l'état de santé des femmes violées dans le cadre de conflits, mais elle entraîne aussi de graves répercussions sociales. Ainsi, une femme violée à plusieurs reprises pendant le génocide au Rwanda a déclaré à Amnesty International :

« J'ai appris que j'étais séropositive quand j'ai fait le test avant la naissance de mon dernier enfant, en 1999. Quand il l'a appris, mon mari a dit qu'il ne pouvait plus vivre avec moi. Il a divorcé et m'a laissée avec trois enfants. Maintenant j'ai des difficultés à payer le loyer, l'école, la nourriture et tout le reste. Je n'ai plus de famille [...] Ma petite fille de six ans a beaucoup de problèmes de santé, elle doit être contaminée aussi. Elle a la corpulence d'un enfant de trois ans, elle tousse et la radio montre que son poumon gauche est détruit, mais elle est allergique aux antibiotiques. Elle devrait être sous ARV [médicaments antirétroviraux], mais nous n'avons pas assez d'argent, et il est difficile d'obtenir des ARV pour les enfants au Rwanda⁴⁰... »

37. Connue sous le nom de MONUC (<http://www.monuc.org>).

38. Voir BBC Online, 3 juin 2004, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/3769469.stm> (en anglais).

39. Voir le document d'Amnesty International intitulé *République centrafricaine. Cinq mois de guerre contre les femmes* (index AI : AFR 19/001/2004), novembre 2004. Se faire soigner ou déclarer le viol est difficile pour la plupart des femmes, mais encore plus pour certaines d'entre elles. Ainsi, selon les informations recueillies par Amnesty International, beaucoup des victimes de viol étaient de confession musulmane ; or, très peu de membres de la communauté musulmane ont demandé à bénéficier d'un examen ou d'un traitement médical. Une ONG médicale qui a fourni un secours d'urgence aux victimes de viols a déclaré que seulement 3 p. cent environ des femmes qui s'étaient présentées étaient musulmanes. Toutes étaient accompagnées de leur mari, dont il semble que la présence n'ait pas permis aux victimes de décrire en détail les sévices subis ainsi que l'ampleur du traumatisme physique et psychologique auxquels elles avaient été soumises.

40. Amnesty International, *Rwanda. « Vouées à la mort », les victimes de viol atteintes par le VIH/sida* (index AI : AFR 47/007/2004), avril 2004.

Au Rwanda et au Burundi, les victimes de viol et les personnes infectées par le VIH/sida sont marquées du sceau de l'infamie. Amnesty International a signalé des cas de femmes burundaises qui refusaient de se faire soigner après un viol par crainte que leur entourage n'apprenne qu'elles avaient été violées. La multiplication des viols et le fait que les femmes ne puissent pas ou ne veuillent pas se faire soigner après des agressions sexuelles contribue à aggraver la crise du VIH/sida au Burundi⁴¹. La situation est la même dans d'autres zones d'Afrique frappées par des conflits.

La résolution 1325 (2000) du Conseil de sécurité des Nations unies traite de la protection des femmes dans les conflits armés et demande la fin de l'impunité pour les violences liées au genre commises pendant et après les conflits ; l'intégration d'une perspective de genre dans les opérations d'instauration et de maintien de la paix ; et la participation des femmes à tous les niveaux de la prise de décision et dans tous les domaines relatifs à la prévention, à la gestion et à la résolution des conflits. Elle appelle les nombreux acteurs concernés à agir, notamment les gouvernements, le Conseil de sécurité, le secrétaire général des Nations unies, et toutes les parties aux conflits armés⁴².

En Colombie, les femmes subissent des violences liées au genre dans le cadre du conflit interne persistant qui déchire le pays. L'une des composantes essentielles de la stratégie des groupes armés pour contrôler la population consiste à lui imposer des normes particulièrement strictes en matière de genre et des règles de conduite qui s'appliquent au sein même de la cellule familiale. Ce type de prise de contrôle est souvent précédé ou accompagné de ce que les groupes paramilitaires appellent le « *nettoyage social* » – qui consiste à tuer les petits délinquants, les prostituées et les autres personnes considérées comme « *socialement indésirables* ». La violence liée au genre est utilisée pour imposer un code moral basé sur des rôles strictement différenciés pour les hommes et les femmes. Amnesty International a reçu des témoignages faisant état de persécutions, de « disparitions » et d'homicides perpétrés contre des femmes qui s'éloignaient de ces codes sociaux, ainsi que contre des personnes appartenant à d'autres groupes mal considérés, comme les travailleurs du sexe, les personnes visées en raison de leur orientation sexuelle et les personnes présumées porteuses de maladies sexuellement transmissibles (MST), telles que le VIH/sida⁴³.

La violence sexuelle et les autres formes de violence commises contre les femmes et les jeunes filles dans le cadre des conflits armés sur les différents continents entraînent non seulement un traumatisme pour celles qui en sont victimes, mais aussi un risque de contamination par des MST, notamment par le VIH/sida.

41. Voir le document d'Amnesty International intitulé [Burundi. Le viol, une atteinte aux droits humains passée sous silence](#) (index AI : AFR 16/006/2004), février 2004.

42. Voir le document d'Amnesty International intitulé [Fourth anniversary of Security Council Resolution 1325](#) (index AI : IOR 52/004/2004), octobre 2004.

La résolution 1325 du Conseil de sécurité peut être téléchargée en français à l'adresse suivante : <http://www.un.org/french/docs/sc/2000/res1325f.pdf>.

43. Amnesty International, [Colombie. Le conflit armé favorise les violences sexuelles à l'égard des femmes](#) (index AI : AMR 23/040/2004), octobre 2004.

Le manque d'indépendance économique

Leur dépendance financière, matérielle ou sociale vis-à-vis des hommes empêche de nombreuses femmes de décider quand, avec qui et dans quelles circonstances elles ont des rapports sexuels et ne leur permet pas d'exiger des hommes qu'ils limitent les comportements à risques.

« Les femmes qui ont été infectées par le VIH éprouvent des difficultés à partager cette information importante avec leur partenaire, car elles ont peur d'être battues. D'après un sondage effectué par le Population Council au Kenya en 2001, plus de la moitié des femmes interrogées qui savaient être séropositives n'en avaient pas parlé à leur partenaire, de peur de s'exposer à des violences ou à un abandon. »

Kenya, 2002⁴⁴

La pauvreté absolue ou relative peut inciter les femmes à échanger des rapports sexuels contre de la nourriture ou d'autres biens matériels nécessaires à leur survie quotidienne et à celle de leur famille. L'Équipe spéciale du secrétaire général des Nations unies sur les femmes, les filles et le VIH/sida en Afrique australe le dit très clairement :

« La pauvreté et l'infection par le VIH sont étroitement liées. Confrontées à la lourde charge de s'occuper des malades, des mourants et des orphelins, des millions de femmes africaines s'enfoncent encore plus profondément dans la pauvreté et perdent leur énergie et leur estime d'elles-mêmes, ce qui les incite de plus en plus à recourir aux relations sexuelles "transactionnelles" – c'est-à-dire en échange d'argent ou de biens – ou aux relations avec des "papa gâteau" plus âgés qu'elles, qui leur offrent l'illusion d'une sécurité matérielle. À l'heure où un nombre croissant de femmes et de jeunes filles n'ont plus d'autre choix que de se prostituer pour survivre, il devient indispensable de regarder en face le problème de l'inégalité entre les genres⁴⁵. »

Dans certaines situations spécifiques de la vie des femmes, le genre se combine à d'autres facteurs tels que la sexualité, l'appartenance raciale, l'origine ethnique, l'âge, la situation professionnelle et le statut social, augmentant les risques de contamination par le VIH. C'est le cas notamment pour les travailleuses sexuelles et pour celles qui prennent des stupéfiants par voie intraveineuse.

Les conséquences économiques du VIH/sida sur les femmes et ses répercussions en matière d'emploi

« Les femmes font face à des problèmes spécifiques :

- *La discrimination, les lois sexistes sur le patrimoine et l'héritage, et le manque de formation limitent l'accès des femmes aux activités lucratives et contribuent à perpétuer l'inégalité entre hommes et femmes.*

44. Amnesty International, [Kenya. Le viol, un crime passé sous silence](#) (index AI : AFR 32/001/2002), mars 2002.

45. Facing the Future Together: Report of the Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa, p. 6 (<http://womenandaids.unaids.org/regional/docs/Report%20of%20SG%27s%20Task%20Force.pdf>).

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les femmes qui ont perdu leur partenaire atteint du SIDA ou qui ont été abandonnées du fait de leur séropositivité sont souvent privées de toute sécurité financière et de perspectives économiques.</i> • <i>La pauvreté oblige les femmes à recourir à la prostitution pour survivre ou à continuer d'avoir des relations sexuelles non protégées avec des hommes qui refusent d'utiliser des préservatifs.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les rapports de force inégaux qui existent entre hommes et femmes sur les lieux de travail exposent les femmes au harcèlement sexuel.</i> • <i>La double charge de travail des femmes s'accroît lorsqu'un membre de la famille est affecté par le VIH car, tout en continuant à travailler pour subvenir aux besoins de la famille (ou compléter les revenus), elles doivent également soigner cette personne.</i> • <i>Certaines situations liées au travail sont susceptibles d'augmenter le risque d'infection des femmes par le VIH, par exemple :</i> <ul style="list-style-type: none"> – <i>les femmes voyageant pour leur travail ou qui émigrent pour trouver un emploi, et les épouses des travailleurs migrants ou des travailleurs itinérants ;</i> – <i>les femmes qui sont en minorité sur le lieu de travail ;</i> – <i>les travailleuses domestiques, plus particulièrement celles qui vivent sur leur lieu de travail ;</i> – <i>les professionnelles du sexe. »</i>
<p>Organisation internationale du travail, 2004⁴⁶</p>

Les travailleuses sexuelles

Des leçons importantes peuvent être tirées de l'expérience de Sonagachi décrite ci-dessous – qui a abouti à une forte baisse de la prévalence du VIH chez les travailleuses sexuelles. Toutefois, cette expérience reste une exception. Généralement, les travailleuses sexuelles sont très exposées à la contamination par le VIH. Elles travaillent dans un secteur informel et souvent illégal de la société, au sein duquel elles ont un statut inférieur et sont marginalisées. Souvent, elles maîtrisent très peu leurs conditions de travail et sont, en particulier, exposées au premier mode de transmission du VIH – les rapports sexuels. Leur capacité à négocier l'utilisation d'un préservatif ou à se soucier d'une manière ou d'une autre de leur santé est limitée. Elles subissent des violences de la part de ceux qui les contrôlent et les dirigent, ainsi que de la part de leurs clients.

La santé des femmes et le VIH : l'expérience d'un projet mené auprès des travailleuses sexuelles à Calcutta

« La prévalence du VIH/sida en Inde est aujourd'hui très élevée. La plupart des femmes indiennes n'ont pas voix au chapitre en matière de relations sexuelles avec les hommes et ne peuvent pas négocier des rapports plus sûrs. Cependant, à Sonagachi, une expérience a permis aux travailleuses sexuelles de négocier des rapports protégés avec leurs clients et d'être mieux considérées par la société (notamment par la police).

46. Organisation internationale du travail (OIT), *Les femmes, le VIH/sida et le monde du travail*, Genève, 2004, disponible à l'adresse suivante : <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/wd04fr.pdf>.

En 1992, le Projet d'intervention sur les MST et le VIH a mis en place un centre médical sur les MST destiné aux travailleuses sexuelles, dans l'objectif de promouvoir les moyens de prévention et de distribuer des préservatifs. Toutefois, son rôle s'est très vite étendu à l'ensemble des problèmes structurels liés au genre, à la classe sociale et à la sexualité. Ce sont les travailleuses sexuelles qui décident elles-mêmes des stratégies de ce programme ; 25 p. cent des postes de direction leur sont réservés, et elles occupent beaucoup de fonctions clés. Dès le début, elles ont été invitées à éduquer leurs pairs, à participer à la gestion des centres médicaux sur les MST et à aider aux soins. Le projet a pour objectif de renforcer la capacité des travailleuses sexuelles à remettre en cause les préjugés culturels de la société dans laquelle elles vivent et à prendre conscience de leur pouvoir de décision. »

Inde, 2000⁴⁷

Les droits de celles qui travaillent dans le commerce du sexe sont souvent ignorés⁴⁸. Des travailleuses du sexe des Philippines ont déclaré aux enquêteurs de Human Rights Watch qu'on leur avait fait subir des tests de dépistage sans leur consentement dans des dispensaires publics. Or, il a été prouvé que ce type de pratiques dissuadait les gens de fréquenter les services de soins et de prévention et aggravait donc les risques de contamination. Ces travailleuses sexuelles ont aussi raconté à Human Rights Watch que les policiers considéraient couramment le fait de posséder des préservatifs comme une preuve suffisante pour les arrêter et engager des poursuites contre elles pour prostitution. Une travailleuse du sexe de dix-neuf ans a ainsi déclaré : « *J'aime bien avoir une bonne réserve de préservatifs dans mon sac mais, quand je vois la police, je jette mon sac au loin*⁴⁹. »

« Les facteurs qui semblent accroître la vulnérabilité des professionnel(le)s du sexe au VIH et leur risque de contracter l'infection sont les suivants :

- *déconsidération et marginalisation ;*
- *perspectives économiques limitées, en particulier pour les femmes ;*
- *accès limité aux services de santé, sociaux et juridiques ;*
- *accès limité à l'information et aux moyens de prévention ;*
- *différences et inégalités sexospécifiques ;*
- *exploitation sexuelle et traite d'êtres humains ;*
- *législation et politiques de protection inexistantes ou néfastes ;*
- *exposition aux risques associés au mode de vie (par exemple, violence, consommation de substances, mobilité)⁵⁰. »*

47. BALA NATH M., « Women's Health and HIV: Experiences from a Sex Workers' Project in Calcutta », in *Gender and Development*, vol. 8, n° 1, résumé disponible (en anglais) à l'adresse : <http://www.eldis.org/gender/dossiers/Indiasexworkers.htm>.

48. Voir BINDMAN J., *Redefining Prostitution as Sex Work on the International Agenda*, Anti-Slavery International, avec la participation de Jo Doezema, Network of Sex Work Projects, 1997 (<http://www.walnet.org/csis/papers/redefining.html>).

49. Human Rights Watch, *The Philippines. Unprotected: Sex, Condoms and The Human Right To Health*, New York, 2004 (<http://www.hrw.org/reports/2004/philippines0504>).

50. ONUSIDA, *Commerce du sexe et VIH/SIDA. Actualisation*, mars 2003, Collection *Meilleures Pratiques* de l'ONUSIDA, Genève, mars 2003 (http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc705-sexwork-tu_fr_pdf.htm).

Quand les femmes sont exploitées comme travailleuses du sexe dans le cadre de la traite des êtres humains, elles peuvent avoir encore plus de difficultés à se protéger. Ainsi, une jeune mère célibataire de vingt et un ans, originaire de Moldavie et travaillant dans un bar du Kosovo, a raconté à Amnesty International :

« *Je suis finalement arrivée dans un bar au Kosovo [et j'ai été] enfermée et forcée à me prostituer. Au bar, je n'étais jamais payée, je ne pouvais pas sortir seule. Le propriétaire est devenu de plus en plus violent au cours des semaines ; il me battait et me violait, moi et les autres filles. Il disait que nous étions sa "propriété". En nous achetant, il avait acheté le droit de nous battre, nous violer, nous affamer, nous forcer à nous prostituer avec des clients*⁵¹. »

La santé des femmes victimes de la traite à des fins d'exploitation sexuelle est particulièrement menacée. Un certain nombre d'études ont montré les risques que la traite entraînait pour la santé et le bien-être des femmes⁵². La santé sexuelle de ces femmes et leur capacité à se protéger contre le VIH est sérieusement compromise par l'environnement coercitif dans lequel elles vivent.

La prise de stupéfiants par voie intraveineuse

Les femmes [et les hommes] qui prennent des stupéfiants tels que l'héroïne ou la cocaïne par voie intraveineuse sont très menacés quand il leur est impossible ou difficile de se procurer des seringues propres. Les échanges de seringues sont en effet un mode très efficace de transmission du VIH/sida (et des autres virus véhiculés par le sang, tels que les hépatites B et C). Le taux de contamination par le VIH est généralement plus élevé chez les toxicomanes que dans le reste de la population. Au Canada, par exemple, la prévalence du VIH chez les Montréalais qui prennent des stupéfiants par intraveineuse a été quasiment multipliée par quatre entre 1988 et 1997, atteignant 19,5 p. cent⁵³ de cette population. Par ailleurs, des recherches menées à Vancouver ont montré que les consommatrices de drogues par intraveineuse étaient environ 40 p. cent plus touchées par le VIH/sida que les hommes ayant les mêmes pratiques. Les auteurs de cette étude concluaient qu'il était nécessaire de mieux comprendre les processus et les facteurs responsables de cette différence et qu'il fallait de toute urgence prendre des mesures de prévention spécifiques au genre⁵⁴.

Par ailleurs, le coût du produit stupéfiant peut amener les femmes et les hommes qui en sont dépendants à avoir des relations sexuelles transactionnelles ou des rapports réguliers non protégés contre de l'argent. Les toxicomanes sont généralement peu nombreux à utiliser des préservatifs avec leurs partenaires

51. Amnesty International, « *Mais alors, on a des droits ?* », *La traite des femmes et des jeunes filles prostituées de force au Kosovo : protéger leurs droits fondamentaux* (index AI : EUR 70/010/2004), mai 2004.

52. ZIMMERMAN C., YUN K., SHVAB I., WATTS C. et al., *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study*, London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), Londres, 2003 (<http://www.lshtm.ac.uk/hpu/docs/traffickingfinal.pdf>).

53. JURGENS R., *Facing up to an epidemic: drug policy in Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, octobre 2004, disponible à l'adresse : <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm>.

54. SPITTAL P.M., CRAIB K.J.P., WOOD E. et al., "Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver", in *Canadian Medical Association Journal*, 2002, vol. 166, n° 7, p. 894-899 (<http://www.cmaj.ca/cgi/content/abstract/166/7/894>).

occasionnels ou réguliers⁵⁵ ; en outre, une femme qui a désespérément besoin d'argent pour acheter des stupéfiants peut ne pas se sentir en position de force pour négocier avec l'homme l'utilisation d'un préservatif. Par ailleurs, il arrive que les hommes offrent plus d'argent pour des rapports non protégés, ce que les femmes peuvent être amenées à accepter par nécessité économique.

Les femmes sont aussi en danger quand elles sont les partenaires sexuelles d'hommes qui prennent des stupéfiants par voie intraveineuse, y compris quand elles n'en consomment pas elles-mêmes.

Les discriminations croisées : origine ethnique, orientation sexuelle et âge

Les minorités ethniques

Les femmes issues de minorités ethniques, religieuses ou culturelles sont parfois très exposées à la contamination par le VIH, en particulier dans les pays qui sont le théâtre d'un conflit ou de violences contre des groupes défavorisés. Mais elles sont vulnérables aussi quand elles n'ont à leur disposition ni matériel éducatif dans leur langue, ni lieu où chercher de l'aide en cas de violences familiales, ni système de santé accessible.

En 2001, la rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, Radkhika Coomaraswamy, écrivait : « *La discrimination liée au genre et d'autres formes de discrimination, telles que la discrimination raciale, se combinent pour priver les femmes issues de certains groupes raciaux de leur droit à santé. Un certain nombre de facteurs, notamment la discrimination raciale, le néocolonialisme et la pauvreté, empêchent les femmes de groupes raciaux défavorisés de bénéficier de soins médicaux appropriés*⁵⁶ ». Elle a aussi rappelé que, dans le compte rendu de sa mission en Afrique du Sud en 1996, elle avait « *souligné que les indicateurs de séropositivité [dans le pays] étaient de 5,55 p. cent pour les femmes noires contre 0,052 p. cent pour les femmes blanches*⁵⁷ ». Elle a cité l'exemple de réfugiées haïtiennes séropositives « *détenues, en 1993, à la base navale américaine de Guantánamo Bay, à Cuba, à qui des médecins ont administré du Depo Provera en leur faisant croire que cette pilule contraceptive les aiderait à guérir du sida*⁵⁸ ».

Les femmes bisexuelles et lesbiennes

Les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes, qu'elles se disent ou non lesbiennes, sont une population relativement négligée en matière de santé en général, et en matière de santé sexuelle en particulier⁵⁹. Les femmes

55. Voir par exemple : HOULDING C., DAVIDSON R., "Beliefs as predictors of condom use by injecting drug users in treatment", in *Health Education Research*, 2003, vol. 18, p. 145-155 ; PISANI E. Dadun, SUCAHYA P.K., KAMIL O., JAZAN S., "Sexual behavior among injection drug users in three Indonesian cities carries a high potential for HIV spread to noninjectors", in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2003, vol.34, n° 4, p.403-406.

56. Traduction non officielle, Rapport de la rapporteuse spéciale Radhika Coomaraswamy au Comité préparatoire de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée, doc. ONU A/CONF.189/PC.3/5, 27 juillet 2004, § 152, disponible (en anglais) à l'adresse : [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.189.PC.3.5.En](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.189.PC.3.5.En).

57. Ibid., § 155.

58. Ibid., § 162.

59. HUGHES C., EVANS A., "Health needs of women who have sex with women", in *BMJ*, 2003, vol. 327, p. 939-940 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/327/7421/939>).

lesbiennes et bisexuelles sont souvent confrontées à une double discrimination fondée à la fois sur le genre et sur leur orientation sexuelle. Il leur est donc encore plus difficile de se procurer informations et matériel de soins. Alors qu'on pensait que les femmes qui avaient des relations sexuelles avec d'autres femmes avaient moins de risques de contracter le VIH, il apparaît clairement que les MST se transmettent aussi de femme à femme⁶⁰ et que ces femmes sont en outre couramment exposées aux autres risques qui touchent les femmes, tels que la contamination par partage de seringues⁶¹.

En outre, l'expression de la sexualité féminine étant fortement limitée dans de nombreuses cultures, les femmes lesbiennes et bisexuelles ne peuvent pas exprimer librement leur orientation sexuelle et sont souvent contraintes de se marier et d'avoir des relations sexuelles avec des hommes. Les femmes qui refusent de se marier sont souvent marginalisées et, sans la « protection » que procure le mariage avec un homme, peuvent devenir la cible de violences et de viols, ce qui accroît les risques de contamination par le VIH.

Les fillettes et les jeunes filles

« Dans certains pays, même lorsqu'il existe des services de santé spécialisés et adaptés aux besoins des enfants et des adolescents porteurs du VIH, ces services ne sont pas toujours accessibles aux enfants handicapés, membres de groupes autochtones, appartenant à des minorités, vivant dans des zones rurales, vivant dans l'extrême pauvreté ou socialement marginalisés pour toute autre raison. Dans d'autres pays, où le système de santé a déjà atteint les limites de ses capacités, les enfants atteints par le VIH se voient systématiquement refuser l'accès aux soins de santé de base. Les États parties doivent veiller à ce que les services de santé bénéficient, dans toute la mesure possible, à tous les enfants vivant sur leur territoire, sans discrimination, en veillant à ce qu'ils tiennent dûment compte des différences liées au sexe et à l'âge des enfants, ainsi qu'au contexte social, économique, culturel et politique dans lequel ils vivent⁶². »

Les filles sont confrontées à différents risques de contamination par le VIH. Elles subissent des violences sexuelles au sein de leur famille, dans leur milieu de vie et pendant les conflits. Souvent, elles n'ont pas le même accès que les garçons à l'éducation, à l'information, aux soins médicaux et à la nourriture. En outre, dans beaucoup de pays, on leur inculque des normes qui prônent la soumission de la femme. Elles peuvent se trouver prises entre d'une part la société traditionnelle, qui veut contrôler leur comportement – par exemple en encourageant les « tests de virginité » et les « vœux de chasteté⁶³ » – et d'autre part un certain nombre d'hommes plus âgés qui veulent avoir des relations sexuelles avec des filles plus jeunes qu'eux et qui les exploitent.

60. BAILEY J. V., FARQUHAR C., OWEN C., MANGTANI P., "Sexually transmitted infections in women who have sex with women", in *Sexually Transmitted Infections*, 2004, vol. 80, p. 244-246 (<http://sti.bmjournals.com/cgi/content/abstract/80/3/244>).

61. Centers for Disease Control, *HIV/AIDS & US Women Who Have Sex With Women (WSW) Fact Sheet*, juillet 2003 (<http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/wsw.htm>).

62. Comité des droits de l'enfant, Commentaire général n° 3 (2003), « Le VIH/sida et les droits de l'enfant », § 21.

63. Voir, par exemple, le site Internet du mouvement *Silver Ring Thing* (en anglais) : <http://www.silverringthing.com/about.html>.

« On signale [...] que des hommes s'en prennent à des mineures, persuadés qu'il y a moins de risques qu'elles soient infectées par le VIH ou aient développé la maladie, ou encore que certains, séropositifs ou atteints du sida, ont violé des jeunes filles en croyant qu'ils seraient "nettoyés" s'ils avaient des relations sexuelles avec une fille vierge. »

Kenya, 2002⁶⁴

Dans certaines parties de l'Afrique, le mariage accroît le risque pour une jeune fille d'être contaminée par le VIH car elle a toutes les chances d'être mariée à un homme plus âgé, et donc plus susceptible d'être séropositif qu'un jeune garçon du même âge qu'elle. Les études montrent que le recul de l'âge du mariage et de l'âge des premiers rapports sexuels, ainsi que la longueur des études, se traduisent par des taux de contamination plus faibles chez les adolescentes. Or, selon l'ONUSIDA, « les jeunes de plusieurs pays deviennent sexuellement actifs plus tôt et [...] les rapports sexuels avant le mariage sont en hausse⁶⁵ », et les femmes sont infectées de plus en plus jeunes⁶⁶.

Par ailleurs, les enfants qui vivent avec des parents séropositifs ou qui sont eux-mêmes séropositifs peuvent être confrontés à différentes formes de discrimination, qui mettent en danger leur intégrité physique et mentale et les exposent à des risques en matière de santé.

Dans un rapport sur le VIH et les enfants en Inde, Human Rights Watch a expliqué que de nombreux médecins refusaient de soigner et même de toucher les enfants séropositifs⁶⁷. Certaines écoles excluent ou mettent à l'écart les enfants qui sont séropositifs ou dont les parents le sont, et de nombreux orphelinats et autres institutions hébergeant des enfants refusent les enfants séropositifs ou affirment ne pas en accueillir. Les enfants des familles touchées par le VIH/sida peuvent donc être privés d'éducation, se retrouver à la rue, être contraints de travailler ou se faire exploiter de toute autre manière, ce qui accroît encore leur vulnérabilité au VIH.

En 2004, examinant la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant par l'Inde, le Comité des droits de l'enfant a exprimé sa profonde préoccupation « face à la persistance d'attitudes sociales discriminatoires et de pratiques traditionnelles néfastes à l'égard des filles, qui se traduisent notamment par leur faible taux de scolarisation, le nombre élevé de celles qui abandonnent leur scolarité avant terme, les mariages précoces et forcés, ainsi que par les lois sur le statut personnel, lois fondées sur la religion, qui perpétuent les inégalités entre les genres dans des domaines tels que le mariage, le divorce, la garde des enfants et l'héritage ». Il s'est aussi déclaré préoccupé par la discrimination liée au genre et par le VIH/sida, et a souligné que les stratégies des États concernant ce virus devaient prendre en compte le fait que la discrimination contre les personnes séropositives « touchait souvent davantage les filles que les garçons⁶⁸ ».

64. Amnesty International, [Kenya. Le viol, un crime passé sous silence](#) (index AI : AFR 32/001/2002), mars 2002.

65. UNUSIDA et OMS, *Le point sur l'épidémie de SIDA*, décembre 2002, p. 16, accessible à partir du site <http://www.unaids.org>.

66. UNUSIDA, *Gender and AIDS Almanac*, Genève, 2001, p. 10 (http://www.unaids.org/html/pub/topics/gender/genderandaidsalmanac_en_pdf.pdf).

67. Human Rights Watch, *Future Forsaken: Abuses Against Children Affected by HIV/AIDS in India*, New York, juillet 2004 (<http://hrw.org/reports/2004/india0704>).

68. Traduction non officielle, citation extraite de *Future Forsaken*, op. cit.

Enfin, les enfants qui perdent leurs parents à cause du sida risquent aussi de sombrer dans la pauvreté et le dénuement le plus complet. Leurs droits fondamentaux sont menacés. En juillet 2004, Stephen Lewis, envoyé spécial des Nations unies pour le VIH/sida en Afrique, a déclaré lors d'une conférence de presse à la XV^e Conférence internationale sur le VIH/sida à Bangkok : « *Je vous rappelle que l'une des choses qui touche le plus durement les orphelins du sida, et en particulier les filles, est le fait qu'ils ne peuvent pas aller à l'école. Or, s'ils ne le peuvent pas, c'est souvent parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer les frais de scolarité, les uniformes, les manuels scolaires ou les frais d'inscription. On peut se demander si un jour – et si oui, quand – il y aura une mobilisation massive sur l'ensemble du continent pour supprimer partout les frais de scolarité. En effet, ceux-ci constituent une violation explicite de la Convention relative aux droits de l'enfant*⁶⁹ ».

Prévention et traitement

La prévention du VIH/sida nécessite une stratégie sur plusieurs fronts, combinant l'éducation de base, l'éducation à la santé, le renforcement du pouvoir d'agir dans le domaine social, la mise à disposition de moyens de protection tels que les préservatifs, la mise en place d'un programme de traitements antirétroviraux, la prévention de la violence contre les femmes et la protection et la promotion des droits humains en général. L'Équipe spéciale du secrétaire général des Nations unies sur les femmes, les filles et le VIH/sida en Afrique australe⁷⁰ a identifié trois facteurs clés qui contribuent à accroître la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles au VIH dans cette sous-région : la culture du silence qui entoure la sexualité, leur exploitation dans le cadre de relations sexuelles transactionnelles et entre personnes de générations différentes, et la violence dans leurs relations avec les hommes et les jeunes garçons. Pour prévenir le VIH/sida en Afrique australe (et ailleurs), il est donc nécessaire de mener un travail d'éducation, de renforcer le pouvoir d'action économique et social des femmes et des jeunes filles, et de combattre les différentes formes de violence liée au genre⁷¹.

L'éducation en matière de sexualité, de santé et de VIH

« *Les gouvernements doivent prendre des mesures pour encourager des pratiques recommandables dans le domaine de la santé et pour surmonter les préjugés, la désinformation et la discrimination qui règnent au sein de l'opinion publique. Le VIH/sida reste encore très mal connu et nécessite un effort important de sensibilisation du public. Une étude menée en Asie centrale a révélé qu'un tiers des jeunes femmes n'avaient jamais entendu parler du sida. Or, à l'échelle mondiale, le taux de contamination des femmes augmente inexorablement*⁷². »

69. Traduction non officielle, déclaration de Stephen Lewis, envoyé spécial des Nations unies pour le VIH/sida en Afrique, prononcée lors d'une conférence de presse à la XV^e Conférence internationale sur le VIH/sida à Bangkok, le 14 juillet 2004, disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www.planetwire.org/files.fcgi/4929_Stephen_LewisBangkokStatement.doc

70. *Facing the Future Together: Report of the Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*, p. 6
(<http://womenandaids.unaids.org/regional/docs/Report%20of%20SG%27s%20Task%20Force.pdf>).

71. Voir aussi le document d'Amnesty International intitulé *Swaziland: Human rights at risk in a climate of political and legal uncertainty* (AI Index: AFR 55/004/2004), juillet 2004, p.13 (résumé et recommandations disponibles en français sous le titre *Swaziland. Les droits humains menacés dans un climat d'incertitude politique et juridique*).

72. Amnesty International, *Journée mondiale de lutte contre le sida. Les droits humains sont un élément essentiel de la lutte contre le sida* (index AI : POL 30/008/2002), décembre 2002.

Pour protéger les droits des femmes et des jeunes filles et prévenir leur contamination par le VIH, il est indispensable de veiller à ce qu'elles reçoivent une éducation, en particulier en ce qui concerne leurs droits et la protection de leur santé en matière de sexualité et de procréation. Les bénéfices de cette éducation se traduisent par une meilleure sensibilisation à la sexualité, à la santé et au VIH/sida. L'éducation permet aussi de « *les former à la négociation et aux aptitudes utiles pour la vie, ainsi que de développer leur esprit critique et leur capacité d'analyser les situations avant d'agir*⁷³ ». En résumé, elle leur donne les moyens d'agir plus efficacement dans leur propre intérêt⁷⁴.

Dans son rapport de 2004, la rapporteuse spéciale des Nations unies sur le droit à l'éducation a rappelé que les États avaient l'obligation de fournir une éducation en matière de sexualité :

« La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes fait expressément mention de l'éducation sexuelle puisqu'elle oblige les Parties, en son article 10-h, à faire en sorte que les filles et les femmes aient "accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille". Dans sa Recommandation générale n° 21, paragraphe 6, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a défini la planification familiale comme incluant l'éducation sexuelle. Dans son Observation générale n° 3 sur le VIH/sida et les droits de l'enfant, le Comité des droits de l'enfant a interprété la Convention relative aux droits de l'enfant comme affirmant le droit des enfants à l'éducation sexuelle en vue de leur permettre de "gérer leur sexualité d'une manière positive et responsable". Il ajoute (paragraphe 16) : "Le Comité souligne qu'une prévention efficace du VIH/sida suppose que les États s'abstiennent de censurer, de retenir ou de déformer intentionnellement les informations concernant la santé, et notamment l'éducation et l'information en matière sexuelle, et que [...] les États parties doivent veiller à ce que les enfants aient les moyens d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour se protéger et protéger autrui dès qu'ils commencent à avoir des expériences sexuelles." »⁷⁵ »

Dans le même esprit, le Programme d'action du Caire formule la recommandation suivante : « *Les pays doivent veiller à ce que les programmes et l'attitude des prestataires de soins de santé ne restreignent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin, notamment en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles et les violences sexuelles* ». Il reconnaît que « *les parents et les autres personnes légalement responsables d'adolescents [ont] le droit, le devoir et la responsabilité d'orienter et de guider comme il convient l'adolescent en matière de sexualité et de procréation, compte tenu du*

73. *Confronting the crisis*, op. cit., p. 39.

74. Des études ont montré que très peu de jeunes femmes (âgées de quinze à vingt-quatre ans) étaient capables de rejeter un certain nombre d'idées fausses sur le VIH et de citer des méthodes de prévention, même dans les pays à forte prévalence. Dans les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale où ces études ont été menées, seules 5 p. cent des jeunes femmes en moyenne en étaient capables. En Afrique, en Asie et en Amérique latine, ces chiffres allaient de 18 à 30 p. cent (ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*, 4^e rapport mondial, Genève, 2004, p. 96).

75. Conseil économique et social, *Le droit à l'éducation*, rapport présenté par la rapporteuse spéciale, Katarina Tomasevski, doc. ONU E/CN.4/2004/45, 15 janvier 2004, § 36 ([http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridocda.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.2004.45.Fr](http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridocda.nsf/(Symbol)/E.CN.4.2004.45.Fr)).

développement de ses capacités » mais conclut que « les pays devraient, s'il y a lieu, supprimer les dispositions législatives, réglementaires et sociales qui empêchent de fournir aux adolescents des informations sur la santé en matière de procréation ou des soins dans ce domaine⁷⁶ ».

Il est aussi indispensable que l'éducation se traduise par un changement des comportements. Par exemple, une étude menée récemment en Afrique du Sud a révélé un niveau élevé de connaissances des causes et des moyens de transmission des MST. Les personnes interrogées étaient de plus bien informées des modes de protection et de traitement. Toutefois, il existait une contradiction importante entre les connaissances et les comportements déclarés par ces personnes, les jeunes continuant de prendre des risques. Les auteurs de cette étude demandaient une réorientation de l'éducation à la sexualité pour réduire les disparités entre les hommes et les femmes et promouvoir les compétences en matière de communication⁷⁷.

Les préservatifs

Les préservatifs sont l'un des moyens les plus simples (avec l'absence de pénétration lors des rapports sexuels) de protéger son partenaire sexuel contre le VIH⁷⁸. Cependant, une stratégie de prévention efficace ne peut pas s'appuyer uniquement sur les préservatifs. En effet, les approvisionnements restent insuffisants dans les pays en développement. Par ailleurs, leur efficacité semble être limitée par un usage irrégulier et faible chez les populations les plus exposées, ainsi que par des interactions négatives avec d'autres stratégies⁷⁹. Les opposants à leur utilisation affirment également que, contrairement à ce qu'affirment toutes les données scientifiques disponibles, les préservatifs laissent passer le virus et mettent donc en danger leurs utilisateurs. Cette affirmation a été fermement rejetée par des organismes dignes de foi, tels que l'OMS et l'ONUSIDA⁸⁰.

Outre les problèmes de disponibilité des préservatifs, il convient de tenir compte des facteurs suivants :

- l'un des principaux obstacles à l'efficacité du préservatif dans la prévention du VIH/sida est la difficulté qu'ont les femmes à convaincre leurs partenaires masculins de l'utiliser ; beaucoup d'hommes n'aiment pas les préservatifs et n'aiment pas qu'une partenaire leur suggère d'en utiliser ;

76. Conférence internationale sur la population et le développement, Programme d'action du Caire, 1994, chap.7, § 45.

77. JAMES S., REDDY S. P., TAYLOR M., JINABHAI C. C., "Young people, HIV/AIDS/STIs and sexuality in South Africa: the gap between awareness and behaviour", in *Acta Paediatrica*, 2004, vol. 93, n° 2, p. 264-269, extrait disponible à l'adresse suivante : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15046286.

78. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, *Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted disease (STD) prevention*, résumé d'un colloque organisé par le National Institute of Allergy and Infectious Diseases à Herndon, en Virginie, en juin 2000 (<http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>). Les préservatifs ne sont pas efficaces à 100 p. cent, mais leur efficacité peut être très élevée s'ils sont bien utilisés.

79. HEARST N., CHEN S., "Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working?", in *Studies in Family Planning*, 2004, vol. 35, n° 1, p. 39-47, extrait disponible à l'adresse suivante : <http://www.popcouncil.org/publications/sfp/sfpabs/sfpabs351.html>.

80. Pour un bref aperçu de l'efficacité des préservatifs et des problèmes qu'ils posent, voir FOSS A. M., WATTS C. H., VICKERMAN P., HEISE L., "Condoms and prevention of HIV", in *British Medical Journal*, 2004, vol. 329, p. 185-186 (<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7459/185>).

- les travailleuses sexuelles sont soumises aux pressions des hommes, qui offrent un prix plus élevé pour des rapports sans préservatif ; il existe aussi un problème d'usage irrégulier, certaines femmes utilisant les préservatifs avec leurs clients mais pas avec leurs partenaires intimes ;
- les études montrent que les usagers de drogues par voie intraveineuse utilisent les préservatifs de manière sporadique et inefficace ;
- les femmes qui subissent des violences sexuelles n'ont aucun contrôle sur l'utilisation de préservatifs, qui est hautement improbable dans ce contexte ;
- les préservatifs sont aussi un moyen de contraception, or beaucoup de couples veulent avoir des enfants.

Néanmoins, les Nations unies et les autres organismes travaillant dans le domaine du VIH/sida soulignent que les préservatifs restent un élément essentiel des stratégies de prévention actuelles⁸¹.

Le préservatif féminin

Le préservatif féminin est une gaine en polyuréthane avec un anneau à chaque extrémité, qui peut être placée dans le vagin jusqu'à huit heures avant le rapport sexuel. Il protège à la fois contre la grossesse et contre les maladies sexuellement transmissibles. Il ne comporte pas d'effets secondaires ni de risques connus – même si son installation et son utilisation nécessitent un certain soin – et il a été jugé acceptable par de très nombreuses femmes. Il est disponible en Europe depuis 1992 et a été approuvé en 1993 par la *Food and Drug Administration* américaine (organisme chargé de la réglementation des produits alimentaires et des médicaments). Des études menées auprès de différents groupes de femmes, notamment des jeunes femmes mariées et des travailleuses sexuelles dans certains pays d'Afrique et en Thaïlande, ont montré que le plus gros avantage que les femmes trouvaient à ce préservatif était le contrôle qu'il leur donnait sur leur propre santé sexuelle, puisqu'elles pouvaient prendre elles-mêmes l'initiative de l'utiliser et l'installer bien avant le rapport sexuel. Toutefois, il reste à résoudre un problème de coût (un préservatif féminin coûte environ 20 fois plus cher qu'un préservatif masculin) et de disponibilité (jusqu'à présent, ces préservatifs ont été distribués en nombre relativement limité)⁸².

La méthode ABC

« Les programmes de prévention du VIH/sida doivent être concrets et réalistes. Ce n'est pas en sermonnant les jeunes femmes et les jeunes hommes qu'on les protégera : ceux à qui il faut faire passer le message de l'abstinence et de la fidélité sont les hommes plus âgés, pour la plupart déjà mariés. Mais je n'ai jamais entendu parler de gouvernements finançant ce type de programmes⁸³. »

81. Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections including HIV*, communiqué de presse, Genève, 16 août 2001.

82. The Global Coalition on Women and AIDS, *Basic Facts on the Female Condom*, non daté (http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/gcwa_femalecondom_en.pdf.pdf).

83. *Women, Poverty, and HIV in Asia: Dynamics of Emergent Epidemics*, déclaration de Nafis Sadik, envoyée spéciale du secrétaire général des Nations unies pour le VIH/sida en Asie et dans le Pacifique, University of California Women's Global Health Imperative, 4th Annual International Women's Day HIV Briefing, 8 mars 2004, disponible à partir du site <http://www.unaids.org>.

L'une des méthodes de prévention du VIH/sida est la méthode dite *ABC* (*abstain, be faithful, use condoms*), qui prône l'abstinence, la fidélité et l'usage de préservatifs. Ces trois mesures peuvent effectivement contribuer à limiter l'exposition au virus du sida (et leur combinaison semble avoir eu une certaine efficacité dans certains pays). Toutefois, cette méthode reste très limitée, en particulier si elle est mise en avant comme unique moyen de protection. En effet, l'abstinence a peu de sens pour les femmes et les jeunes filles qui subissent des rapports sexuels imposés ou des violences sexuelles. De même, la fidélité à un seul partenaire offre peu de protection aux femmes dont les maris ont d'autres partenaires ou étaient déjà infectés avant le mariage. (Dans plusieurs pays d'Afrique, les jeunes femmes mariées sont davantage touchées par le VIH/sida que les jeunes femmes non mariées et le mariage des adolescentes est un facteur de risque d'infection.) Enfin, l'utilisation des préservatifs nécessite la coopération des hommes (ou leur indulgence pour les préservatifs féminins). Or, les hommes refusent souvent d'utiliser des préservatifs ou considèrent comme un signe de méfiance ou d'infidélité le fait qu'une femme leur en fasse la demande.

« *La méthode ABC est une solution possible pour les femmes et les jeunes filles uniquement si elle est intégrée à un ensemble d'interventions multiples prenant en compte leurs problèmes spécifiques. Ces interventions doivent avoir pour objectif de renforcer leur capacité d'action en les aidant à acquérir assurance et estime de soi, ainsi qu'une meilleure capacité à communiquer et à prendre des initiatives. Ces mesures doivent être accompagnées de changements juridiques et d'efforts destinés à concrétiser les aspirations sociales susceptibles de permettre aux femmes de gagner une indépendance sociale et économique*⁸⁴. »

Dépistage et traitement

Le dépistage librement consenti du VIH dans le cadre d'un programme comportant des entretiens personnalisés avant et après le test (connu sous le nom de dépistage-conseil) ainsi qu'un soutien par des pairs est indispensable pour établir un diagnostic, permettre une intervention rapide afin de mieux contrôler la maladie, et limiter les risques de transmission du virus. L'initiative de l'OMS « *3 millions d'ici 2005*⁸⁵ » – trois millions de personnes sous traitement antirétroviral d'ici à l'année 2005 – nécessite un développement rapide des capacités de dépistage et de conseil volontaires. Cependant, le dépistage ouvre aussi la porte à des atteintes aux droits humains, telles que le dépistage obligatoire, l'absence de consentement du patient, l'absence de conseils avant et après le test, le non-respect de la confidentialité, la non-communication des résultats à l'intéressé et le dépistage fondé sur des critères discriminatoires⁸⁶.

84. *Confronting the crisis*, op.cit., p. 17.

85. OMS, *Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005. Comment y parvenir ? La stratégie de l'OMS*, Genève, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/en/3by5strategyfrench.pdf>).

86. Voir, par exemple, la recommandation de l'Assemblée mondiale de la santé sur la stratégie mondiale de lutte contre le sida : « *La Quarante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé [reconnaît] qu'aucune considération de santé publique ne peut légitimer des mesures de lutte contre le SIDA attentatoires aux droits des individus, et notamment des mesures tendant à l'instauration d'un dépistage obligatoire* », résolution WHA 45.35.

Les objectifs du dépistage sont multiples. Selon le Groupe de référence mondial de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits de l'homme, au moins neuf motifs différents ont été avancés pour les tests de dépistage. Ils ont été présentés, par exemple, comme une condition préalable à l'accès aux soins spécifiques au sida, un moyen de limiter la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de sécuriser le don du sang ou comme partie intégrante d'un bilan de santé⁸⁷.

Si la plupart de ces raisons s'appuient sur des objectifs légitimes, la mise en œuvre du dépistage peut s'avérer discriminatoire. L'ONUSIDA reconnaît l'importance de s'attaquer aux préjugés et à la discrimination et souligne que le dépistage doit être confidentiel, accompagné de conseils et pratiqué uniquement avec le consentement éclairé de la personne, c'est-à-dire que celle-ci doit être à la fois informée et volontaire. Pour que son consentement soit éclairé, la personne doit disposer au minimum d'informations portant sur :

- les bénéfices du test en matière de prévention et de prise en charge ;
- son droit de refuser le test ;
- le suivi qui lui sera proposé ;
- l'importance qu'il y a, dans l'éventualité d'un résultat positif, à informer toute personne exposée qui ignorerait qu'elle risque d'être contaminée⁸⁸.

« *Le premier [point qui nécessite des réformes immédiates] est la discrimination contre les femmes sur le lieu de travail, en particulier en ce qui concerne le dépistage obligatoire du VIH chez les travailleuses et les demandeuses d'emploi. Nos recherches ont montré que les femmes qui postulaient à des postes dans l'industrie du tourisme ou dans les zones de libre-échange – qui sont les deux principaux secteurs d'emploi pour les femmes – étaient souvent soumises à un test de dépistage du VIH, obligatoire pour obtenir le poste, en violation de leur droit de ne pas subir de discrimination ni à l'embauche ni sur le lieu de travail. Aucun des mécanismes gouvernementaux destinés à protéger les droits du travail ne s'est attaqué comme il se doit à ces pratiques abusives, ce qui permet aux employeurs privés de poursuivre ce type d'agissements en toute impunité.* » République dominicaine, 2004⁸⁹

Le traitement antirétroviral

Il n'existe aujourd'hui aucun médicament permettant de guérir le VIH/sida. L'utilisation d'un traitement antirétroviral de longue durée est le seul moyen d'empêcher les conséquences néfastes et potentiellement mortelles de l'infection chez les personnes séropositives.

87. Groupe de référence mondial de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits humains, deuxième réunion, Genève, 25-27 août 2003, *Issue paper: Review of Human Rights Implications of HIV Testing in Identified Purposes and Settings* (http://www.unaids.org/html/pub/topics/human-rights/hr_refgroup2_02_en_pdf.htm). Les autres raisons avancées étaient les suivantes : le désir de connaître son statut sérologique ; le poids des attitudes et des préjugés sociaux à l'égard de certaines personnes et de certains groupes de population ; la nécessité d'établir les droits à certaines prestations et à certains biens et services ; la collecte et l'analyse des informations nécessaires à une surveillance épidémiologique ; et les besoins de la recherche.

88. *Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH*, Genève, juin 2004 (http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/hivtestingpolicy_fr_pdf.htm).

89. Human Rights Watch, *A Test of Inequality: Discrimination against Women Living with HIV in the Dominican Republic*, New York, 2004 (<http://www.hrw.org/reports/2004/dr0704/index.htm>).

Les médicaments antirétroviraux (ARV) fonctionnent selon différents mécanismes⁹⁰, mais ils ont tous pour effet de bloquer le développement du virus qui détruit les cellules constituant le système immunitaire de l'être humain. En prenant ces médicaments régulièrement et à vie, on peut contrer les effets néfastes du VIH. Ces traitements étaient au départ très chers et, même si leur coût est en forte baisse, ils restent inaccessibles à des millions de personnes qui en ont besoin.

« Il est certain que l'état de santé d'une personne ayant contracté le sida dépend de bien d'autres facteurs que du seul accès à des médicaments : une alimentation adéquate, un bien-être psychologique, un logement décent et une sécurité personnelle et financière peuvent avoir un grand impact sur la santé physique d'une telle personne. [Au Rwanda,] le PIB annuel par tête est de 252 dollars américains (environ 210 euros) et selon les documents du gouvernement, environ 60 p. cent des Rwandais vivent au-dessous du seuil de pauvreté. Plus de la moitié de la population n'a pas accès à l'eau potable, et 40 p. cent des Rwandais sont sous-alimentés. Seulement 28 p. cent des ménages rwandais atteints du sida ont les moyens de se procurer des soins médicaux de base ; de nombreuses familles empruntent de l'argent, vendent leurs biens, y compris leurs terres, ou décident de se passer de soins. Dans ces conditions, il est clair qu'une approche globale est nécessaire pour que le traitement ARV soit efficace. Il faut notamment améliorer les conditions de vie des [personnes vivant avec le VIH/sida] et alléger la charge qui pèse sur les familles ou les personnes qui prennent soin des malades. »

Rwanda, 2004⁹¹

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS a pour objectif d'améliorer l'accès aux ARV⁹², même si certains commentateurs ont souligné la difficulté de le faire tout en respectant les droits humains et les principes éthiques – notamment en ce qui concerne le caractère volontaire du dépistage et du conseil et le respect de la confidentialité⁹³. En Afrique du Sud, l'introduction des médicaments antiviraux se fait lentement et « la qualité des soins est inégale selon les périodes et varie d'une province à l'autre et, au sein d'une même province, d'un district à l'autre⁹⁴. » Dans d'autres pays, il n'existe pratiquement aucune prescription systématique d'antirétroviraux.

90. Les trois principaux types de médicaments antirétroviraux sont les analogues nucléosidiques (qui interfèrent avec la capacité du virus à produire une enzyme essentielle appelée transcriptase inverse) ; les analogues non nucléosidiques (qui se fixent sur la transcriptase inverse et l'inhibent) et les antiprotéases (qui empêchent les cellules infectées par le VIH de produire de nouveaux exemplaires du virus).

91. Amnesty International, *Rwanda. « Vouées à la mort », les victimes de viol atteintes par le VIH/sida* (index AI : AFR 47/007/2004), avril 2004).

92. OMS, *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005. Comment y parvenir ? La stratégie de l'OMS*, Genève, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/en/3by5strategyfrench.pdf>).

93. Voir par exemple HEYWOOD M., « Droits humains et VIH/sida dans le cadre de l'Initiative 3 x 5 : de nouvelles orientations s'imposent-elles ? », in *Revue Canadienne VIH/Sida et droit*, vol. 9, n° 2, août 2004, disponible à l'adresse : [http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements/f3by5_Mheywood_art9\(2\).pdf](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements/f3by5_Mheywood_art9(2).pdf) ; voir aussi *Consultation on Ethics and Equitable Access to Treatment and Care for HIV/AIDS, 26-27 January 2004, Geneva: Summary of Issues and Discussion*, Genève, Organisation mondiale de la santé et Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (http://www.who.int/entity/ethics/en/equity_art_meeting_report_e.pdf).

94. SINGH J. A., "Standards of care in the antiretroviral rollout world", in *The Lancet*, 2004, vol. 364, p. 920-922.

D'importantes recherches restent à mener sur les antirétroviraux, notamment en ce qui concerne la prescription de traitements appropriés aux femmes. En effet, si les ARV protègent la vie des femmes comme celle des hommes, les différences de doses et de réactions en fonction du sexe, ou les conséquences des changements hormonaux et de la grossesse, ou encore les doses acceptables d'ARV dans le lait maternel et leurs effets sur l'allaitement n'ont pas été suffisamment étudiés. Il convient de mener des recherches plus approfondies sur les femmes et les ARV, même s'il est clair que ces traitements sont utiles pour soigner les femmes.

Les enfants ont aussi des besoins spécifiques. Un certain nombre d'organisations ont attiré l'attention sur le nombre limité de formulations pédiatriques et les faibles dépenses engagées dans ce domaine⁹⁵.

« En Zambie [...] le gouvernement a réussi à faire baisser fortement le coût mensuel [du traitement antirétroviral], qui est passé de 64 à 8 dollars par mois grâce au soutien du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Étant donné que beaucoup plus de la moitié des 870 000 Zambiens affectés par le VIH/sida sont des femmes – certaines sources avancent même des chiffres allant jusqu'à 70 p. cent –, les responsables s'attendaient à voir une majorité de femmes bénéficier des traitements antirétroviraux. Or, ce sont les hommes qui se sont présentés en beaucoup plus grand nombre. Dans un village, sur les 40 personnes sous ARV, seules trois étaient des femmes⁹⁶. »

Bien que les médicaments antirétroviraux soient apparus au début des années 1990, ils sont restés difficiles à obtenir parce qu'ils étaient produits en petites quantités et, surtout, parce que leur coût les rendait inaccessibles à la grande majorité des personnes vivant avec le VIH/sida. Ces dernières années, des membres de la communauté internationale – et en particulier des ONG – ont accru les pressions en faveur d'un assouplissement de la protection accordée par les brevets afin de permettre la production de médicaments génériques moins onéreux. En réponse à ces pressions, les ministres réunis au sein de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) ont signé à Doha, au Qatar, la Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique, dans laquelle ils s'engagent à assouplir les restrictions liées aux brevets afin de promouvoir l'accès aux antirétroviraux dans le monde entier⁹⁷. Au cours de ces trois dernières années, l'accessibilité de ces traitements, bien qu'encore largement insuffisante, s'est accrue, même si en raison de problèmes de coût et de capacités, ainsi que du grand nombre de personnes qui ne se savent pas séropositives, seule une minorité de ceux qui en ont besoin reçoivent un traitement approprié.

Discrimination et réactions de rejet

« La stigmatisation associée au VIH/sida trouve son origine dans les [préjugés] liés au sexe, à la pauvreté, à la sexualité, à la race et à d'autres facteurs, et renforcent ces [préjugés]. Les peurs liées à la maladie et à la mort ; l'association

95. Voir par exemple Médecins sans frontières, *SIDA. Les enfants sont négligés dans la lutte contre le sida* (<http://www.msf.fr/site/actu.nsf/actus/sida150704?OpenDocument&loc=re>).

96. *Confronting the crisis*, op. cit., p. 23.

97. ADPIC signifie « aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ». Le texte de cette déclaration, signée le 14 novembre 2001, est disponible à l'adresse suivante : http://www.wto.org/french/thewto/f/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.htm.

du VIH/sida avec le commerce du sexe, avec les relations sexuelles entre hommes et avec l'usage de stupéfiants par intraveineuse ; et les croyances dans l'immoralité des personnes atteintes du VIH/sida, tout cela contribue [aux réactions de rejet] et favorise souvent l'intolérance et la discrimination. La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes atteintes du VIH/sida influent de plusieurs manières cruciales sur la propagation et l'impact de la maladie. Par exemple, la peur d'être identifiés comme séropositifs ou atteints du sida empêche les gens de chercher à consulter et de se soumettre spontanément aux examens de laboratoire, ce qui est indispensable pour la prévention, les soins et le traitement⁹⁸. »

Les origines de ces réactions de rejet sont faciles à comprendre mais plus difficiles à combattre. La condamnation sociale entraîne souvent une discrimination active qui jette encore plus le discrédit sur les personnes qui sont porteuses du VIH ou atteintes du sida ou qui en sont soupçonnées. Cette synergie négative constitue un obstacle à une lutte ouverte et efficace contre le VIH/sida. La réalité des réactions de rejet et de la discrimination rend encore plus importants les principes du consentement éclairé et de la confidentialité des informations et des dossiers médicaux.

Toutefois, cette confidentialité est difficile à préserver, en particulier pour les personnes les plus pauvres, qui n'ont pas forcément la possibilité de rencontrer individuellement un professionnel de la santé pour prendre connaissance des résultats de leur test de dépistage. En outre, même si la confidentialité est préservée au moment du diagnostic, il peut s'avérer difficile de la préserver une fois que la personne commence à prendre des médicaments, car sa famille ou son entourage ont alors toutes les chances de s'en apercevoir.

Une étude menée dans trois pays africains a montré que les hommes comme les femmes étaient montrés du doigt s'ils violaient les normes en matière de sexualité, mais que la dynamique du pouvoir liée au genre faisait que les femmes étaient plus facilement incriminées. Les auteurs de cette étude ont découvert que l'infection par le VIH et la révélation de la séropositivité avaient des conséquences plus graves pour les femmes que pour les hommes et que la réaction de rejet et le fardeau que représentent les soins étaient plus lourds pour elles que pour eux⁹⁹.

Les femmes plus touchées par la discrimination que les hommes

Une étude menée par l'Asia Pacific Network of People Living with HIV (APN+) a établi un certain nombre de situations résultant de la discrimination liée au VIH/sida auxquelles les femmes se trouvent beaucoup plus souvent confrontées que les hommes :

- subir des railleries ou des insultes, ou être harcelée ;
- être agressée physiquement ;

98. Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, rapport soumis à la Commission des droits de l'homme, doc. ONU E/CN.4/2003/58, 13 février 2003, § 68

([http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridocda.nsf/0/4c8ded9955d51cbcc1256ceec005aac51/\\$FILE/GO310980.pdf](http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridocda.nsf/0/4c8ded9955d51cbcc1256ceec005aac51/$FILE/GO310980.pdf)).

99. NYBLADE L. et al., *Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*, International Center for Research on Women (ICRW), USA, 2003
(<http://www.icrw.org/docs/stigmareport093003.pdf>).

- se voir refuser l'entrée d'un établissement public, en être chassée ou être priée d'en sortir ;
- être contrainte de changer de lieu de résidence ;
- être exclue de ses fonctions sociales ;
- être rejetée par sa famille ;
- perdre le soutien financier de sa famille ;
- se voir conseiller de ne pas avoir d'enfant après avoir été diagnostiquée comme séropositive¹⁰⁰.

Les réactions de rejet et la discrimination restent aussi des éléments importants dans les zones de conflit. Ainsi, au Darfour, région du Soudan, des milliers de femmes auraient été violées. Toutefois, comme ailleurs, la honte associée au viol fait que les femmes sont peu disposées à signaler ce qu'elles ont subi aux quelques professionnels de la santé présents dans les camps de réfugiés, ce qui peut entraîner des complications médicales relatives aux lésions dues au viol¹⁰¹. Les femmes qui sont enceintes à la suite d'un viol souffrent souvent de complications avant, pendant et après leur accouchement en raison des blessures physiques liées à l'agression. Au traumatisme du viol vient s'ajouter le risque d'avoir été contaminée par le VIH. Même si les femmes n'ont pas de blessures physiques graves, l'insuffisance de l'aide humanitaire au Darfour (ainsi qu'au Tchad voisin) se traduit par un manque d'infrastructures d'hygiène et une pénurie de produits sanitaires qui favorisent les infections.

Prévention de la transmission mère-enfant

En l'absence de toute intervention, 15 à 30 p. cent des enfants nés d'une mère séropositive risquent de contracter le virus pendant la grossesse ou l'accouchement et de naître séropositifs. Par ailleurs, le risque de transmission du virus par le lait maternel est de 10 à 20 p. cent¹⁰².

Pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il est donc nécessaire de s'attaquer à ces modes de contamination. Trois grandes recommandations ont été faites : faire naître l'enfant par césarienne ; donner un traitement antirétroviral à la mère et au bébé ; et ne pas allaiter l'enfant. Cependant, dans les environnements peu favorisés, les césariennes non indispensables sont rarement possibles et peuvent être dangereuses, et le fait de ne pas allaiter est inacceptable ou impossible pour les femmes, et peut être dangereux pour le bébé.

Selon les lignes directrices de l'OMS sur les ARV, les femmes enceintes séropositives ayant besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé doivent recevoir ce traitement. Le cas échéant, la prescription d'un tel traitement pendant la grossesse sera bénéfique pour la santé de la femme et limitera le risque de transmission à l'enfant. Les femmes enceintes séropositives pour qui un traitement ARV n'est pas indiqué ou qui ne peuvent pas bénéficier d'un tel

100. Cité dans PAXTON S., en collaboration avec WELBOURN A., KOUSALYA P., YUVARAJ A., PRADHAN MALLA S., SEKO M., "Oh this one is infected!": Women, HIV and Human Rights in the Asia-Pacific Region, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), mars 2004 (http://www.icw.org/tiki-read_article.php?articleId=83).

101. Amnesty International, *Soudan (Darfour). Le viol : une arme de guerre. La violence sexuelle et ses conséquences* (index AI : AFR 54/076/2004).

102. EngenderHealth, *HIV and AIDS. Module 3: Transmission and risk: MTCT* (<http://www.engenderhealth.org/res/onc/hiv/transmission/hiv3p4.html>).

traitement doivent se voir proposer une prophylaxie antirétrovirale destinée à prévenir la transmission du virus à l'enfant, par exemple de la zidovudine à partir de la 28^e semaine de grossesse, ainsi qu'une dose unique de névirapine pendant le travail. Le nouveau-né devra, pour sa part, recevoir une dose unique de névirapine et un traitement d'une semaine à la zidovudine. D'autres traitements basés uniquement sur la zidovudine ou sur une seule dose de névirapine sont aussi recommandés¹⁰³.

La lutte contre la transmission mère-enfant soulève un certain nombre de questions en matière de droits humains. Il convient notamment de :

- conseiller et informer les femmes avant le dépistage afin de les aider à prendre leur décision en toute connaissance de cause ;
- obtenir, pendant et après la grossesse, leur consentement éclairé au sujet du traitement en lui-même ainsi que de toutes les décisions à prendre sur le déroulement de la grossesse ;
- protéger la confidentialité ;
- proposer aux femmes une contraception après leur grossesse ;
- les informer des effets secondaires possibles des antirétroviraux, en particulier en cas de grossesses répétées chez une femme séropositive ;
- veiller à ce que, outre les mesures destinées à prévenir la transmission du VIH à l'enfant, les femmes bénéficient des soins et des traitements nécessaires ;
- fournir les antirétroviraux aux femmes enceintes sans aucune discrimination.

Dans une affaire soumise par la *Treatment Action Campaign* (TAC) et d'autres organisations, la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud s'est penchée sur les obligations du gouvernement en ce qui concerne la mise à disposition de la névirapine pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans son arrêt rendu en 2002, la Cour a déclaré :

« Nous ne sous-estimons pas la nature ni l'étendue du problème auquel le gouvernement est confronté dans sa lutte contre le VIH/sida et, en particulier dans son combat pour endiguer la transmission mère-enfant. Nous comprenons aussi la nécessité de faire preuve de prudence face à un médicament puissant et relativement peu connu. Toutefois, la nature du problème est telle qu'il est nécessaire de s'en préoccuper de toute urgence. La névirapine peut sauver des vies. Son innocuité et son efficacité ont été prouvées. Il est nécessaire d'évaluer les obstacles opérationnels à la meilleure utilisation possible de ce médicament et à la généralisation de son utilisation pour limiter les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Il convient également de s'intéresser aux questions concernant l'innocuité et l'efficacité de la névirapine pour cet usage et les éventuelles résistances à celle-ci. Néanmoins, il est aussi urgent, parallèlement, de faire le nécessaire pour sauver les vies qui peuvent l'être¹⁰⁴. »

103. OMS, *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and their Children in Resource-Constrained Settings*, Genève, 2004 (<http://www.who.int/reproductive-health/rtis/docs/arvdrugsguidelines.pdf>).

104. Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, *Ministère de la Santé et autres contre TAC et autres* (affaire CCT 8/02), § 27, p. 57-58, disponible (en anglais) à l'adresse : http://www.concourt.gov.za/judgment.php?case_id=11915&PHPSESSID=02614fb7238966f04448cda45fcee702.

La Cour a poursuivi en déclarant que la Constitution sud-africaine « exigeait du gouvernement qu'il conçoive et mette en œuvre, selon ses moyens, un programme destiné à garantir progressivement le respect du droit des femmes enceintes et de leurs enfants nouveau-nés de bénéficier de services médicaux destinés à combattre la transmission du VIH de la mère à l'enfant¹⁰⁵. »

La prophylaxie post-exposition

La prophylaxie post-exposition (PPE) est une réponse d'urgence à une exposition potentielle au VIH¹⁰⁶. Elle consiste en un traitement, des tests de dépistage et des conseils. Elle doit être mise en place au plus tard dans les soixante-douze heures suivant l'exposition éventuelle et doit durer environ quatre semaines. Lorsqu'une femme pense avoir été exposée au VIH, elle doit donc pouvoir le dire à un médecin dans ce délai. Celui-ci évaluera avec elle les risques et ils décideront ensemble de l'opportunité de mettre en place une PEP. La femme devra accepter le dépistage et le traitement. Le dépistage est indispensable car si la femme est déjà séropositive, le traitement ne sera d'aucune efficacité. Par contre, si elle est séronégative, elle se verra prescrire un traitement accompagné de conseils sur la procédure à suivre. Elle subira ensuite des tests de dépistage à intervalles réguliers dans les années qui suivront afin d'évaluer l'efficacité du traitement.

Même s'il n'existe pas de preuve incontestable que la PEP permette d'éviter la contamination par le VIH¹⁰⁷, les études montrent que si le traitement est commencé le plus tôt possible après l'exposition éventuelle (au maximum soixante-douze heures après), il peut être efficace. Son efficacité est certainement d'autant plus grande s'il est commencé rapidement, c'est-à-dire dans les premières heures suivant l'exposition, et elle diminue sans doute progressivement au fil des heures. Au-delà de quarante-huit à soixante-douze heures, elle est probablement très limitée, voire nulle, et les risques d'effets secondaires liés au traitement antirétroviral l'emportent certainement sur les avantages éventuels en matière de prévention.

105. Ibid., § 38, p. 59. Le succès de la TAC dans cette affaire a montré l'importance de l'action des ONG en faveur de l'accès au traitement. En décembre 2003, dans une affaire engagée par la TAC et 11 autres plaignants, un accord a été conclu avec les compagnies pharmaceutiques, qui se sont engagées à fournir davantage de licences aux entreprises qui fabriquent ou importent des médicaments antirétroviraux génériques à bas prix. Cet accord est disponible (en anglais) à l'adresse : <http://www.cptech.org/ip/health/sa/settlement12092003.pdf>.

106. On distingue généralement deux types d'exposition au virus : l'exposition dite « professionnelle », dans le milieu médical (il s'agit le plus souvent d'une blessure accidentelle avec une aiguille) ; et l'exposition « non professionnelle », par exemple dans le cadre d'un rapport sexuel consenti ou non.

107. Peu d'études ont été menées sur l'efficacité de la PEP à la suite d'une agression sexuelle, mais les professionnels de la santé sont de plus en plus nombreux à considérer que ce traitement se justifie pour les victimes de telles agressions ; en effet, son efficacité a été démontrée dans les cas d'exposition professionnelle et rien n'indique l'existence de risques susceptibles de l'interdire aux victimes d'agressions sexuelles.

« Les interventions d'organisations humanitaires ont permis à des femmes dans certaines régions de bénéficier de soins médicaux, notamment de traitements prophylactiques gratuits pour prévenir la contamination par le VIH, administrés immédiatement après un viol. Dans de nombreuses provinces cependant, ces services ne sont pas proposés, et les femmes qui vivent loin des dispensaires ou dans des zones de conflit n'en bénéficient généralement pas. Il arrive aussi que les médicaments ne soient tout simplement pas disponibles. Nombreuses sont les personnes qui ignorent encore l'existence de ces traitements. Par ailleurs, le discrédit qui continue de peser sur les victimes de violences sexuelles et la peur de révéler ce qui leur est arrivé empêchent certaines d'entre elles d'accéder à ces services. »

Burundi, 2004¹⁰⁸

Étant donné le niveau relativement faible de prévalence du VIH/sida dans certains milieux et le taux peu élevé de transmission du virus lors de rapports sexuels non protégés dans certains contextes, des médecins estiment que la PEP n'est pas à recommander de façon systématique, même s'il convient de l'envisager dans des cas spécifiques¹⁰⁹. Par contre, elle se justifie davantage dans les pays à forte prévalence¹¹⁰.

Les méthodes de prévention contrôlées par les femmes

Le préservatif féminin est une forme de protection qui est contrôlée par les femmes et est peut être appelée à jouer un rôle important. Mais il reste d'un coût relativement élevé et n'est pas toujours disponible (voir ci-dessus). Il est nécessaire d'en développer et d'en promouvoir l'usage afin que davantage de femmes aient la possibilité de l'utiliser. Toutefois, une autre méthode de protection importante est actuellement mise au point et pourrait avoir des effets majeurs sur la protection des femmes dans les dix prochaines années : les microbicides.

Les microbicides

Les microbicides sont des préparations qui ont la capacité de prévenir la transmission par voie sexuelle du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles par simple application locale dans l'appareil génital féminin. Ces nouveaux produits pourraient prendre de multiples formes (gels, crèmes, ovules, pellicules protectrices, éponges ou anneaux). Les substances actives pourraient être efficaces dès l'application ou être libérées progressivement à partir d'un réservoir tel qu'une éponge ou un anneau vaginal, pour une protection plus longue. Des dizaines de microbicides potentiels subissent actuellement des tests d'efficacité et cinq en sont à la phase finale. Avec un soutien public suffisant, les premiers microbicides pourraient être disponibles d'ici à la fin de la décennie¹¹¹.

108. Amnesty International, [Burundi. Le viol, une atteinte aux droits humains passée sous silence](#) (index AI : AFR 16/006/2004).

109. MEIN J.K., PALMER C.M., SHAND M.C. et al., "Management of acute adult sexual assault", in *Medical Journal of Australia*, 2003, vol.178, p. 226-230 (http://www.mja.com.au/public/issues/178_05_030303/mei10448_fm.html).

110. Voir le débat dans le document d'Amnesty International intitulé *Protecting the Human Rights of Women and Girls: A medico-legal Workshop on the Care, Treatment and Forensic Medical Examination of Rape Survivors in Southern and East Africa* (index AI : AFR 53/001/2002), Londres, 2002.

111. Voir le site Internet de la Campagne internationale pour les microbicides (site en anglais, mais avec quelques documents disponibles en français) : <http://www.global-campaign.org>.

L'importance des microbicides

La caractéristique essentielle des microbicides est qu'ils peuvent être appliqués par une femme avant un rapport sexuel sans l'accord ni la coopération de l'homme. Ils sont donc particulièrement intéressants pour les femmes. En effet, si l'utilisation d'autres méthodes, comme les préservatifs, pose tant de problèmes à de nombreuses femmes, c'est qu'il s'agit de méthodes contrôlées par les hommes. La recherche sur les microbicides se poursuit dans deux directions différentes : une préparation qui empêcherait la transmission du virus tout en permettant la procréation et une préparation qui empêcherait à la fois la contamination et la fécondation. Même s'ils ne sont pas efficaces à 100 p. cent, les microbicides devraient tout de même permettre à un grand nombre de femmes d'échapper à la contamination par le virus.

Les femmes, dispensatrices de soins à domicile

« [Au Botswana,] les femmes âgées sont submergées par l'ampleur et le nombre des tâches qu'elles ont à accomplir. Elles sont épuisées, souvent mal nourries et déprimées, et négligent leur propre santé. Bien qu'on leur ait dit de prendre un certain nombre de précautions générales, très peu suivent ces recommandations. Quand quelqu'un devient trop malade pour s'occuper de lui-même, il retourne souvent chez sa mère, amenant avec lui sa famille proche. Ou à l'inverse, la mère peut être appelée au chevet de son enfant, laissant derrière elle, avec sa famille proche, toute possibilité de soutien psychologique¹¹². »

Dans beaucoup de pays, c'est sur les mères, les grand-mères et les sœurs qui sont encore à la maison que retombe la responsabilité de soigner les malades du sida. C'est un travail non rémunéré et sous-estimé, qui peut être dangereux pour la santé de ces femmes et qui peut avoir pour conséquence d'aggraver encore les souffrances liées à cette maladie – en empêchant celles qui s'occupent des malades d'avoir une activité rémunérée et donc de contribuer aux revenus du foyer. La grande majorité des femmes et des jeunes filles qui portent ce fardeau ne reçoivent ni formation ni aide, matérielle ou morale.

Les programmes d'aide et de formation doivent prendre en compte la situation de celles qui prodiguent les soins : les vieilles femmes, qui sont confrontées à la dépression et à l'isolement, et les jeunes femmes, qui ont besoin d'aide pour poursuivre leurs études et conserver l'espoir de trouver un emploi. Les hommes qui s'occupent des malades ont aussi besoin d'être soutenus. Les gouvernements doivent apporter toute leur attention aux trois problèmes suivant : l'existence de familles orphelines ; la perte de revenus (salaires et autres) que connaissent ceux et celles qui soignent leurs proches, et celle que causent la maladie ou la mort ; et le coût des soins médicaux pour les familles¹¹³.

112. OMS, *Community home-based care: family caregiving. Caring for family members with HIV/AIDS and other chronic illnesses. The impact on older women and girls. A Botswana case-study*, 2000 (http://www.who.int/chronic_conditions/en/community_home-based_care_family_caregiving.pdf).

113. *Confronting the crisis*, op. cit., chapitre 4.

Considérer le VIH/sida sous l'angle des droits, protéger les femmes et les jeunes filles et renforcer leur capacité à agir

« Une stratégie axée uniquement sur la peur de la contamination ne peut réussir. À long terme, le succès ne sera possible que grâce à une approche fondée sur des valeurs – les valeurs des droits humains et de la dignité humaine. N'oublions pas que la première valeur garantie par la Déclaration universelle des droits de l'homme est la dignité¹¹⁴. »

« Aborder les questions de santé publique en général, et du VIH/sida en particulier, du point de vue des droits humains favorise l'émergence d'une bonne politique de santé publique, en donnant aux gouvernements des outils qui les incitent à agir pour atteindre des objectifs. Le fait de prendre en compte les droits des personnes facilite la définition et le contrôle des objectifs de santé publique et fournit des clés supplémentaires pour identifier les échecs ou les dysfonctionnements naissants. Cette "approche fondée sur les droits" permet aussi d'établir des liens entre mouvements qui parlent le même langage – par exemple le mouvement de défense des femmes, la lutte des populations indigènes en faveur de leurs droits et le mouvement de protection de l'environnement¹¹⁵. »

Les droits humains occupent une place centrale dans toutes les questions que pose une réponse efficace au VIH/sida, comme l'ont souligné de nombreux programmes nationaux et internationaux depuis la création du Programme mondial sur le sida de l'OMS dans les années 1980.

L'approche fondée sur les droits part du principe que le respect des droits humains peut servir de base cohérente aux programmes de lutte contre la pandémie et que les violations de ces droits contribuent à la propagation du virus et compromettent les tentatives de l'endiguer. Comme l'a écrit le Réseau juridique canadien VIH/sida, « lorsque les droits humains ne sont pas promus et protégés, il est plus difficile de prévenir la transmission du VIH. Lorsque ces droits ne sont pas promus et protégés, l'impact de l'épidémie sur les individus et sur les communautés est plus prononcé¹¹⁶. »

L'importance des droits humains dans la protection et la promotion de la santé a aussi été reconnue au sein des Nations unies par le travail des organes de surveillance des traités, par celui des organismes œuvrant dans le domaine de la santé, tels que l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNIFEM et l'UNFPA, et par la création des postes de rapporteurs spéciaux sur le droit à la santé et sur la violence contre les femmes.

Les normes relatives aux droits humains et le VIH/sida

Un certain nombre de normes internationales relatives aux droits humains – y compris celles qui ont été adoptées par les gouvernements et qui ont un caractère contraignant – sont applicables à la protection des droits des femmes en matière de VIH/sida, tant en ce qui concerne la prévention que la réaction face à la maladie. Le droit international relatif aux droits humains impose aux

114. Irene Khan, secrétaire générale d'Amnesty International, discours prononcé à la 15^e Conférence internationale sur le VIH/sida, à Bangkok, en juillet 2004.

115. PATTERSON D., LONDON L., "International law, human rights and HIV/AIDS", in *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, vol. 80, p. 964-969 ([http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-12-E-2002/80\(12\)964-969.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2002/bul-12-E-2002/80(12)964-969.pdf)).

116. Réseau juridique canadien VIH/sida, *Une approche au VIH/sida qui soit fondée sur les droits*, Montréal (http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/discrimination/approche_droits.pdf).

gouvernements de prendre une série de mesures pour protéger, entre autres, le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (connu aussi sous le nom de « droit à la santé »), ainsi que le droit de ne pas subir de discrimination. D'autres droits sont aussi importants dans le contexte du VIH/sida, tels que les droits à l'information, à l'éducation et au travail, le droit de fonder une famille, le droit de profiter des avancées scientifiques, etc. La pertinence des normes relatives aux droits humains en matière de prévention et de traitement du VIH/sida et d'aide aux personnes infectées a été établie lors de consultations internationales sur ce sujet, et des experts indépendants au sein des Nations unies ont aussi fait des commentaires sur les droits fondamentaux des femmes et le VIH/sida.

Les normes sur le droit des femmes à la santé

Le droit de toute personne à la santé a été énoncé comme une valeur centrale dans la Constitution de l'OMS lors de sa création en 1946 : « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain...* » Ce droit a ensuite été repris dans plusieurs traités internationaux.

Ainsi, dans son article 12, le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels demande aux États parties de reconnaître « *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ».

Les gouvernements ont aussi pris des engagements politiques importants pour garantir le droit des femmes à la santé, notamment dans la Déclaration et le Programme d'action de Vienne, adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme le 25 juin 1993, reconnaissant « *qu'il importe que les femmes jouissent tout au long de leur vie du niveau de santé physique et mentale le meilleur possible*¹¹⁷ ».

Enfin, dans son article 12, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes demande aux États parties de prendre « *toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille* », et ajoute que « *les États parties [doivent fournir] aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement*¹¹⁸ ».

Les normes sur le droit des femmes à la santé en matière de sexualité et de procréation

Un certain nombre de normes et d'accords internationaux concernent les droits des femmes à la santé en matière de sexualité et de procréation. Par exemple, le Programme d'action du Caire, adopté lors de la Conférence internationale sur la

117. Voir l'article 41, qui réaffirme « *en se fondant sur le principe de l'égalité de l'homme et de la femme, le droit de la femme à des soins de santé accessibles et suffisants et à la gamme la plus large possible de services de planification familiale, ainsi qu'à l'égalité d'accès à l'éducation à tous les niveaux* ». La Déclaration et le Programme d'action de Vienne sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Fr](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Fr).

118. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, article 12, disponible à l'adresse : <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm>.

population et le développement en 1994, traite des maladies sexuellement transmissibles et de la prévention du VIH/sida du point de vue de la vulnérabilité spécifique des femmes à l'épidémie. Il définit aussi des recommandations clés pour s'attaquer au VIH à travers les services de santé qui s'occupent de procréation¹¹⁹.

Ces recommandations sont, entre autres, les suivantes : développer les programmes de santé en matière de procréation afin de prévenir, détecter et traiter les MST et les autres infections de l'appareil reproductif ; offrir à tous les professionnels de la santé une formation spécialisée dans la prévention et le dépistage des MST, ainsi que dans le domaine du conseil en la matière, en particulier en ce qui concerne les infections qui touchent les femmes et les jeunes ; veiller à ce que l'information et le conseil fassent partie intégrante de tous les services de santé s'occupant de sexualité et de reproduction ; promouvoir l'utilisation des préservatifs et distribuer des préservatifs de bonne qualité dans tous ces services de santé.

« ... la sexualité est propre à chaque être humain. Elle constitue un aspect fondamental de l'identité de tout individu. Elle aide à définir une personne. [...] le rapporteur spécial est persuadé qu'une bonne compréhension des principes fondamentaux en matière de droits de l'homme ainsi que des normes existant dans ce domaine conduit inévitablement à reconnaître les droits sexuels comme étant des droits de l'homme¹²⁰. »

Par ailleurs, la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, adoptés lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes en 1995, disposent qu'« *il faut examiner les conséquences du VIH/sida et des autres maladies sexuellement transmissibles sur la société, le développement et la santé dans une perspective tenant compte des sexospécificités* » et « *lancer des initiatives tenant compte des besoins des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH/sida et aux autres problèmes de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation*¹²¹ ».

Les droits relatifs à la sexualité relèvent de droits humains déjà reconnus dans certains droits nationaux, dans des textes internationaux relatifs aux droits humains et dans d'autres documents reflétant un large consensus. Ils comprennent, entre autres, le droit de toute personne – sans contrainte, discrimination ni violence – de bénéficier du meilleur état de santé susceptible d'être atteint dans le domaine de la sexualité, avec notamment la possibilité de bénéficier de services de santé en matière de sexualité et de procréation ; le droit de demander, recevoir et transmettre des informations relative à la sexualité ; le droit de recevoir une éducation en matière de sexualité ; et d'autres droits

119. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, chapitre 7, partie C, § 27-33, disponible à l'adresse : <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offre/conf13.fre.html>.

120. Paul Hunt, rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, Rapport présenté à la 60^e session de la Commission des droits de l'homme, E/CN.4/2004/49, 16 février 2004, § 54, disponible à l'adresse suivante : [http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.2004.49.Fr](http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.2004.49.Fr).

121. Déclaration et Programme d'action de Beijing, quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 15 septembre 1995, A/CONF.177/20 (1995) et A/CONF.177/20/Add.1 (1995), § 98 et Objectif stratégique C.3 (voir en particulier les recommandations détaillées du paragraphe 109), disponible à l'adresse : <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/french/fe5dplw.html>.

analogues¹²². L'exercice responsable des droits humains implique que chacun respecte les droits des autres ; ce postulat est valable pour les droits sexuels comme pour tous les autres droits. Or, les femmes sont souvent privées de beaucoup de ces droits, voire de la plupart d'entre eux.

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, adoptée en 2001 lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida, a fait un petit pas dans la bonne direction en appelant les gouvernements à agir en vue « *de donner aux femmes les moyens d'exercer un contrôle sur les questions liées à leur sexualité et de prendre à ce sujet des décisions en toute liberté et de manière responsable afin de les aider à mieux se protéger contre l'infection à VIH*¹²³ ».

Les normes relatives à la violence contre les femmes

Dans son article 4, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes appelle les États à condamner cette forme de violence et à ne pas invoquer de considérations de coutume, de tradition ou de religion pour se soustraire à l'obligation qui leur est faite d'agir en ce sens. Elle invite les États à mettre en œuvre, par tous les moyens appropriés et sans retard, une politique visant à éliminer la violence contre les femmes.

Par ailleurs, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée en 1979, demande aux États parties de garantir l'égalité entre les hommes et les femmes en veillant à ce que ces dernières aient les mêmes droits que les hommes en matière de participation à la vie politique et publique, d'éducation, de santé et d'emploi. Dans ses articles 2, 5, 11, 12 et 16, les États parties s'engagent à prendre des mesures pour protéger les femmes des violences de toutes sortes au sein de la famille, sur leur lieu de travail ou dans tout autre domaine de la vie sociale. En outre, la Recommandation générale 19 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, qui est chargé de surveiller la mise en œuvre de cette Convention, dispose que « *la violence fondée sur le sexe [...] compromet ou rend nulle la jouissance des droits individuels et des libertés fondamentales par les femmes en vertu des principes généraux du droit international ou des conventions particulières relatives aux droits de l'homme* » et est une forme de discrimination¹²⁴.

Les normes relatives à la discrimination contre les femmes

Dans le droit international relatif aux droits humains, le principe de non-discrimination s'applique à toutes les distinctions quelles qu'elles soient, « *notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de*

122. Organisation mondiale de la santé, *Draft working definition of sexual rights*, OMS, Genève, 2002 (<http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>).

123. Organisation des Nations unies, Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, document A/RES/S-26/ 2, New York, 2001, § 59 (<http://www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf>).

124. Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale 19, 1992, § 7 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-fr.htm#recom19>).

*naissance ou de toute autre situation*¹²⁵ ». D'après les interprétations qui en ont été faites, l'expression « *toute autre situation* » inclut les facteurs qui empêchent les personnes de jouir de leurs droits, par exemple leur état de santé (VIH/sida)¹²⁶. Par ailleurs, le Comité des droits de l'homme des Nations unies et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ont déclaré que l'orientation sexuelle pouvait être considérée comme entrant dans le cadre des dispositions des Pactes qu'ils sont chargés respectivement de surveiller (le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)¹²⁷.

De son côté, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes appelle les États parties à « *prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, disposition réglementaire, coutume ou pratique qui constitue une discrimination à l'égard des femmes* » (article 2-f) et à « *modifier les schémas et modèles de comportement socio-culturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes* » (article 5-a)¹²⁸.

Elle demande aussi aux États, dans son article 10, de prendre « *toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes afin de leur assurer des droits égaux à ceux des hommes en ce qui concerne l'éducation* » et, dans son article 12, d'« *éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé* ».

Par ailleurs, le rapporteur spécial sur le droit à la santé, Paul Hunt, a souligné les effets de la discrimination liée au genre sur les droits des femmes dans les domaines de la sexualité et de la procréation :

« *La discrimination fondée sur le sexe diminue la capacité des femmes de se protéger contre l'infection par le VIH et, une fois infectées, de suivre un traitement. La vulnérabilité des femmes et des filles au VIH et au sida est aggravée par l'impossibilité de jouir d'autres droits, notamment en raison du manque d'accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour assurer une bonne santé sexuelle ; de la violence sexuelle ; des pratiques coutumières ou traditionnelles nocives qui affectent la santé des femmes et des enfants (comme le mariage forcé et précoce) ; et de l'absence de capacité et d'égalité juridique dans des domaines comme le mariage et le divorce*¹²⁹. »

125. Déclaration universelle des droits de l'homme, article 2.

126. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale 14 sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/CN.12/2000/4, 11 août 2000, disponible à l'adresse : [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.Fr](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.Fr). Voir aussi les résolutions suivantes de la Commission des droits de l'homme des Nations unies : 1994/49, 1995/44, 1996/43, 1999/49 et 2001/51.

127. Par exemple, dans l'affaire *Toonen c. Australie*, le Comité des droits de l'homme a fait observer que, à son avis, la référence au « sexe » dans les articles 2-1 et 26 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques devait être considérée comme incluant l'orientation sexuelle. Communication n° 488/1992 : *Australie*, CCPR/C/50/D/488/1992, 4 avril 1994, § 8-7, disponible à l'adresse : [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CCPR.C.50.D.488.1992.Fr](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CCPR.C.50.D.488.1992.Fr).

128. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée en 1979 par l'Assemblée générale des Nations unies, disponible à l'adresse suivante : <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm>.

129. Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, rapport présenté à la Commission des droits de l'homme, doc. ONU E/CN.4/2004/49, 16 février 2004, § 34.

Les normes relatives aux droits de l'enfant

La Convention relative aux droits de l'enfant demande aux gouvernements de reconnaître « *le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation* » (article 24).

Par ailleurs, le Comité des droits de l'enfant a publié deux observations générales en 2003. Son Observation générale n° 3 sur le VIH/sida et les droits de l'enfant a pour objectif : de mieux identifier et faire comprendre tous les droits des enfants dans le contexte du VIH/sida ; de promouvoir la réalisation des droits des enfants dans ce contexte ; de recenser les mesures et les bonnes pratiques qui devraient permettre aux États de mieux faire respecter les droits liés à la prévention du VIH/sida et au soutien, aux soins et à la protection des enfants infectés ou touchés par cette pandémie ; et de contribuer à l'élaboration et à la promotion de plans d'action et de politiques axés sur les besoins des enfants aux niveaux national et international¹³⁰.

Une autre observation – l'Observation générale n° 4 sur la santé et le développement de l'adolescent – prie instamment les États parties, dans un paragraphe sur les adolescents et le VIH/sida :

« *a) d'élaborer des programmes de prévention efficaces, y compris des mesures visant à faire évoluer les mentalités en ce qui concerne les besoins des adolescents en matière de contraception et de prévention des MST et à lutter contre les tabous culturels et autres associés à la sexualité des adolescents ; b) d'adopter des dispositions législatives pour lutter contre les pratiques susceptibles soit d'augmenter le risque d'infection chez les adolescents, soit de contribuer à la marginalisation des adolescents infectés par des MST, y compris par le VIH ; c) d'adopter des mesures en vue de lever tous les obstacles qui entravent l'accès des adolescents à l'information, aux mesures de prévention comme l'emploi du préservatif et aux soins*¹³¹ ».

Le Comité précise également dans cette Observation générale que la discrimination à l'égard des adolescents en raison de leur orientation sexuelle ou de leur séropositivité est inacceptable¹³².

Les normes relatives à la coopération internationale

Tous les membres des Nations unies ont l'obligation d'agir à la fois conjointement et séparément en vue de parvenir au respect universel et effectif des droits humains et des libertés fondamentales pour tous sans distinction¹³³.

Par ailleurs, la Déclaration universelle des droits de l'homme dispose que « *toute personne, en tant que membre de la société [...] est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa*

130. Organisation des Nations unies, Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 3 (2003) sur le VIH/sida et les droits de l'enfant, chapitre II, disponible à l'adresse : [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.3.Fr](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.3.Fr).

131. Organisation des Nations unies, Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 4 (2003) sur la santé et le développement de l'adolescent, § 30, disponible à l'adresse : [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.4.Fr](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.4.Fr).

132. Ibid., § 6.

133. Articles 55 et 56 de la Charte des Nations unies.

*dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays*¹³⁴ ». De son côté, l'article 2 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels appelle « *chacun des États parties au présent Pacte [...] à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives*¹³⁵ ».

Enfin, la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies, la Déclaration du Millénaire et les Objectifs du Millénaire pour le développement, et la création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme¹³⁶ sont la preuve d'un engagement international dans le domaine de la santé, et en particulier du VIH/sida.

Déclarations et lignes de conduites relatives aux droits humains et au VIH/sida

Un certain nombre de déclarations, de normes et d'accords traitent spécifiquement des droits humains dans le contexte du VIH/sida.

En 1996, l'ONUSIDA et le Haut-Commissariat aux droits de l'homme ont organisé une consultation internationale sur le VIH/sida et les droits humains à Genève. Les participants à cette réunion ont adopté des Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme¹³⁷, qui ont ensuite été approuvées par la Commission des droits de l'homme des Nations unies en 1997 (voir encadré ci-après). En 2002, à la suite d'une nouvelle consultation, une version révisée¹³⁸ mettant à jour l'une de ces directives en tenant compte de l'évolution du droit international et des meilleures pratiques au niveau national a été adoptée.

La Déclaration du Millénaire¹³⁹ et les Objectifs du Millénaire pour le développement¹⁴⁰ (2000), qui constituent « *un plan de campagne pour la mise en*

134. Déclaration universelle des droits de l'homme, article 22 (<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/frn.htm>).

135. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 2-1.

136. La mise en place de ce Fonds mondial s'est déroulée de 2000 à 2002. Tout d'abord, lors de leur réunion de 2000, au Japon, les dirigeants des pays du G8 ont reconnu la nécessité de disposer de ressources pour lutter contre ces maladies. En 2001, le secrétaire général des Nations unies, Koffi Annan, a demandé la création d'un fonds mondial pour fournir des ressources supplémentaires. En 2001, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies a pris l'engagement de créer ce fonds, et cette décision a été approuvée le mois suivant par le G8. Un secrétariat permanent a été créé en janvier 2002 et a commencé à attribuer des subventions quelques mois plus tard. Voir le site <http://www.theglobalfund.org/fr>.

137. Haut-Commissariat aux droits de l'homme et ONUSIDA, *Le VIH et les droits de l'homme. Directives internationales*, Genève, 1998, disponible à partir du site <http://www.unaids.org>.

138. *Le VIH et les droits de l'homme. Directives internationales. Directive 6 révisée. Accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui*, Genève, 2002, disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc905-guideline6_fr_pdf.pdf.

139. Déclaration du Millénaire des Nations unies, résolution adoptée par l'Assemblée générale (55/2), 8 septembre 2000 (<http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.htm>).

140. Les huit Objectifs du Millénaire pour le développement – avec des cibles à atteindre d'ici à 2015, ainsi que des indicateurs – ont été définis dans un rapport du secrétaire général des Nations unies en septembre 2001. Voir <http://www.un.org/french/documents/ga/docs/56/a56326f.pdf>.

œuvre de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies », proposent huit objectifs avec des cibles mesurables que la communauté internationale doit atteindre d'ici à 2015 ; ils appellent les nations à (entre autres choses) « promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes » (objectif 3) et à « combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies » (objectif 6)¹⁴¹.

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida en 2001 fait référence aux précédents engagements internationaux et régionaux dans ce domaine. Elle dispose, dans son paragraphe 14, que « l'égalité entre les sexes et l'émancipation des femmes sont des conditions essentielles pour réduire la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH/sida » et demande aux États, dans son paragraphe 59, « de donner aux femmes les moyens d'exercer un contrôle sur les questions liées à leur sexualité et de prendre à ce sujet des décisions en toute liberté et de manière responsable afin de les aider à mieux se protéger contre l'infection à VIH¹⁴² ».

Les commentaires et interprétations des normes par les spécialistes sont, eux aussi, importants dans la lutte contre le VIH/sida. Ainsi, le Groupe de référence mondial sur le VIH/sida et les droits de l'homme présente régulièrement des commentaires et des recommandations éclairés à l'ONUSIDA¹⁴³. Par ailleurs, de nombreuses ONG, notamment celles qui rassemblent des femmes et des hommes vivant avec le VIH/sida, contribuent régulièrement à affiner l'analyse en matière de droits humains¹⁴⁴. Les rapporteurs spéciaux des Nations unies sur le droit à la santé et sur la violence contre les femmes ont aussi évoqué spécifiquement la dimension de genre du VIH/sida¹⁴⁵. Enfin, d'autres sources importantes d'interprétation des normes des Nations unies soulignent l'importance de protéger les droits des femmes et des jeunes filles dans le contexte du VIH/sida¹⁴⁶.

Les Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme constituent une base de départ solide pour faire en sorte que l'ensemble des droits humains, notamment ceux dont on vient de parler, soient au cœur de la lutte contre le VIH/sida, lutte qui se doit d'être efficace et comptable de ses engagements.

141. Ibid., annexe.

142. Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies, Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. « À crise mondiale, action mondiale », 27 juin 2001 (<http://www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf>).

143. Pour plus d'informations sur le Groupe de référence mondial de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits de l'homme, voir le site :

http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/reference+group.asp (en anglais).

144. Voir la liste des organisations à la fin de ce rapport.

145. Voir les déclarations de ces rapporteurs (en anglais) aux adresses respectives suivantes :

<http://www.ohchr.org/english/issues/health/right> et

<http://www.unhchr.ch/html/menu2/7/b/women/index.html> (sous la rubrique News).

146. Voir, par exemple, l'Observation générale 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, doc. ONU E/CN.12/2000/4 (2000) ; l'Observation générale n° 3 du Comité des droits de l'enfant sur le VIH/sida et les droits de l'enfant, CRC/GC/2003/3, 17 mars 2003 ; l'Observation générale n° 4 du Comité des droits de l'enfant sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant, CRC/GC/2003/4, 1^{er} juillet 2003 (il convient de noter en particulier que le Comité demande aux États parties « d'élaborer des programmes de prévention efficaces, y compris des mesures visant à faire évoluer les mentalités en ce qui concerne les besoins des adolescents en matière de contraception et de prévention des MST et à lutter contre les tabous culturels et autres associés à la sexualité des adolescents ») ; et la Recommandation générale 24 du Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes intitulée *Les femmes et la santé – Article 12*, 1999 (§ 18 et 31-b).

Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme¹⁴⁷

Les gouvernements devraient :

- créer un cadre national efficace assurant une approche coordonnée, participative, transparente et responsable, qui intègre tous les acteurs du secteur public ;
- veiller à consulter la population et à permettre aux organisations de la société civile de mener leurs activités ;
- réexaminer et réformer la législation relative à la santé publique afin qu'elle réponde de façon adéquate au VIH/sida, sans discrimination et conformément au droit international ;
- réexaminer et réformer les lois pénales et le régime pénitentiaire pour qu'ils ne soient pas utilisés indûment ni à l'encontre de groupes vulnérables et qu'ils soient conformes au droit international ;
- promulguer ou renforcer les lois antidiscriminatoires et les autres lois relatives à la discrimination, au respect de la vie privée, à la confidentialité et à l'éthique de la recherche ;
- veiller, par la législation, à ce que des biens, des services et des informations de qualité soient disponibles pour la prévention et le traitement du VIH/sida, ainsi que pour les soins et le soutien aux personnes concernées [cette directive a été développée par la suite¹⁴⁸] ;
- offrir des services d'assistance juridique pour informer de leurs droits les personnes touchées par le VIH/sida, renforcer ces droits et améliorer la connaissance des questions juridiques liées au VIH ;
- promouvoir un environnement incitatif et habilitant pour les femmes, les enfants et les autres groupes vulnérables ;
- faire changer les attitudes de discrimination et de rejet liées au VIH/sida par l'éducation, la formation et les médias ;
- élaborer, mettre en œuvre et appliquer des codes de conduite professionnels et éthiques respectant les principes relatifs aux droits humains ;
- créer des mécanismes de surveillance et de mise en œuvre garantissant la protection des droits humains dans le contexte du VIH/sida ;
- coopérer avec le système des Nations unies afin de mettre en commun les connaissances et les expériences acquises dans le domaine des droits humains en relation avec le VIH/sida, ainsi qu'avec les mécanismes de protection au niveau international.

147. Disponibles à l'adresse suivante :

http://www.unaids.org/NetTools/Misc/DocInfo.aspx?LANG=fr&href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fPublications%2fIRC-pub02%2fJC520-HumanRights_fr%26%2346%3bpdf

148. Voir http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc905-guideline6_fr_pdf.pdf

Recommandations

Les recommandations suivantes découlent du contenu de ce rapport. Toutefois, elles réaffirment également des recommandations et observations contenues dans de nombreux documents internationaux sur le VIH/sida et les droits des femmes. Les recommandations contenues dans ces documents et dans notre rapport couvrent les grands thèmes suivants :

- mettre fin à la violence contre les femmes ;
- lutter contre le manque de pouvoir économique et social des femmes ;
- mettre un terme au rejet des personnes affectées par le VIH/sida et à la discrimination à leur égard ;
- permettre aux personnes touchées par le VIH/sida de bénéficier de mesures de prévention, d'un traitement et de soins ;
- renforcer la coopération internationale en vue d'atteindre les objectifs fixés par la communauté internationale et de permettre aux États de respecter leurs obligations internationales en matière de droits humains.

Amnesty International exhorte les gouvernements à tenir compte des recommandations ci-dessous :

Pour l'ensemble des objectifs qui suivent, les gouvernements sont invités à tirer profit des compétences et de l'expérience des femmes et des hommes qui vivent avec le VIH/sida

- **Écouter et soutenir** les organisations de femmes vivant avec le VIH/sida et les réseaux d'aide qui leur sont associés ; répondre aux suggestions de lignes de conduites concernant les stratégies, les campagnes et les lois destinées à combattre le VIH/sida ; veiller à ce que des fonds soient disponibles à cet effet.
- **Défendre** activement le principe d'une plus grande implication des personnes vivant avec le VIH/sida dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH, notamment en matière d'éducation, de recherche de soutiens extérieurs, de prévention et de prestation de services.

Combattre la violence contre les femmes au sein du foyer et dans le milieu de vie

- **Promouvoir**, par le biais des médias, une culture d'opposition à toutes les formes de violence contre les femmes et les jeunes filles ; impliquer les hommes dans la lutte contre les préjugés liés au genre et contre les valeurs et les normes discriminatoires qui augmentent les risques aussi bien pour les femmes que pour les hommes.
- **Organiser** des campagnes d'éducation du public sur les droits des femmes et des jeunes filles et encourager le grand public à dénoncer les cas de violences sexuelles à la police.
- **Proposer** des services de conseil aux femmes et aux jeunes filles qui ont été violées ou qui ont subi d'autres formes de violence sexuelle afin de répondre au traumatisme qu'elles ont vécu et d'en atténuer les conséquences physiques

et psychologiques à long terme ; veiller à ce que, si nécessaire, ces femmes et ces jeunes filles puissent bénéficier facilement et gratuitement d'un traitement prophylactique de postexposition dans les soixante-douze heures suivant l'agression.

- **Revoir** les lois existantes en matière d'infractions sexuelles et veiller à ce qu'elles soient conformes aux normes internationales et à ce qu'elles offrent une protection suffisante aux femmes et aux jeunes filles.
- **Recruter et former** davantage de femmes dans la police et dans l'appareil judiciaire afin qu'elles soient plus nombreuses à pouvoir intervenir à titre professionnel dans les affaires de violence contre les femmes et les jeunes filles.
- **Veiller** à ce que toutes les allégations de violences sexuelles soient prises au sérieux et fassent l'objet d'une enquête en bonne et due forme, avec notamment le concours de services médico-légaux compétents.
- **Mettre en place**, dans le cadre de l'instruction et des procédures judiciaires, des mécanismes qui garantissent la protection totale des victimes et des témoins face aux intimidations et aux représailles.
- **Poursuivre** les hommes qui commettent des viols ou des violences sexuelles contre des femmes et des jeunes filles et punir ceux qui sont reconnus coupables de tels actes proportionnellement à la gravité des faits ; veiller à ce que les tribunaux fassent clairement savoir que la violence sexuelle est toujours inacceptable.
- **Veiller** à ce que les femmes qui ont plus de risques de subir des violences, par exemple les femmes qui vivent avec un partenaire violent ou qui peuvent être confrontées à la violence sexuelle sur leur lieu de travail, telles que les travailleuses sexuelles, soient suffisamment protégées.

Combattre la violence contre les femmes dans les conflits armés

Les forces militaires

- **Veiller** à ce que les membres des forces militaires connaissent les normes internationales appropriées concernant le déroulement des hostilités, telles que les Conventions de Genève, et à ce qu'ils reçoivent des instructions spécifiques sur l'interdiction de la violence liée au genre.
- **Former** les membres de toutes les forces armées, quel que soit leur grade, à tenir compte des questions de genre afin de ne commettre, cautionner ou tolérer aucun acte de violence sexuelle, notamment le viol.
- **Demander** aux commandants militaires de mener des enquêtes exhaustives sur les allégations de violence sexuelle imputées à leur personnel, de rendre publiques les conclusions de ces enquêtes et de veiller à ce que les victimes reçoivent des réparations suffisantes.
- **Poursuivre** les combattants soupçonnés d'être responsables de tels actes et juger ceux qui en sont reconnus coupables en fonction de la gravité du crime.

Cesser de soutenir les groupes armés responsables de violence contre les femmes

- **Condamner** publiquement toutes les formes de violence contre les femmes commises par ces groupes armés.
- **Cesser** de fournir toute aide logistique, financière ou militaire aux gouvernements ou aux groupes armés responsables de violence contre les femmes et user de leur influence sur les groupes armés pour mettre fin aux atteintes aux droits humains.

Empêcher que des violences soient commises par les forces de maintien de la paix des Nations unies

- **Prendre** toutes les mesures nécessaires pour que des enquêtes soient menées sur toutes les allégations de violences sexuelles imputées à des membres civils ou militaires du personnel des Nations unies, pour que ces actes soient punis et pour que les victimes reçoivent réparation.
- **Veiller** à ce que le personnel des Nations unies soit formé et agisse conformément aux dernières normes des Nations unies et aux principes internationaux relatifs aux droits humains.

Combattre les réactions de rejet et la discrimination

Ratifier et mettre en œuvre les principaux traités relatifs aux droits humains afin de protéger l'ensemble des citoyens, y compris les personnes vivant avec le VIH/sida

- **Ratifier** la Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et son Protocole facultatif, ainsi que les autres instruments essentiels.
- **Veiller** à ce que les politiques, les programmes et les lois soient compatibles avec les directives de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits humains. Le VIH ne doit pas être servir d'excuse à la restriction de certains droits, tels que le droit de se marier et de fonder une famille.

Lutter contre la pauvreté et le manque d'indépendance économique des femmes et renforcer leurs droits

- **Veiller** à ce que les stratégies de réduction de la pauvreté s'attaquent à la discrimination économique et sociale contre les femmes, qui limite la réalisation des conditions nécessaires à un bon état de santé, empêche la mise en œuvre d'une politique de santé publique efficace et complique le travail de lutte contre le VIH.
- **Protéger et promouvoir** les droits des femmes à la propriété et à l'héritage à la mort de leur père ou de leur mari ; entreprendre une réforme législative et sociale des pratiques traditionnelles néfastes pour les femmes, telles que l'attribution des veuves en héritage.
- **Veiller** à ce que des mesures soient prises pour mettre fin aux mutilations génitales féminines. Ces mesures devront inclure une éducation du grand public ; des débats avec les groupes concernés ; l'adoption de dispositions appropriées en matière de santé et d'éducation ; et une réforme législative.
- **Revoir** les lois relatives au mariage afin qu'elles ne contribuent pas aux violations des droits des jeunes filles et qu'elles ne les exposent pas à un risque

plus grand de contamination par le VIH.

Renforcer les programmes d'éducation pour les femmes et les jeunes filles

- **Promouvoir** l'éducation des filles et l'alphabétisation des femmes en prenant des mesures économiques pour permettre aux filles de rester à l'école.
- **Faire une priorité** de l'égalité d'accès à l'enseignement primaire et secondaire pour les filles et les garçons.
- **Veiller** à ce que les programmes scolaires combattent les préjugés liés au genre ; soutenir l'alphabétisation des femmes adultes.
- **Mettre en œuvre** un programme d'éducation à la santé pour les femmes marginalisées qui n'ont peut-être pas accès aux informations diffusées au plus grand nombre.

Prévention, traitement et soins

***Promouvoir l'utilisation des préservatifs
comme moyens de protection contre le VIH***

- **Sensibiliser et éduquer** le public à l'existence et à l'utilisation des préservatifs masculins et féminins afin que ceux-ci soient utilisés de manière efficace par les hommes comme par les femmes.
- **Veiller** à ce que les préservatifs soient faciles à se procurer et renforcer les capacités de négociation nécessaires à leur utilisation efficace ; subventionner le prix des préservatifs.
- **Encourager** la production de préservatifs masculins et féminins moins chers.

***Prendre des mesures pour améliorer la santé des femmes et des hommes en
matière de sexualité et de procréation***

- **Agir**, par le biais de l'éducation, du dialogue avec les populations et des moyens législatifs, pour mettre fin au mariage des enfants et aux mariages forcés ou à toute autre forme de relations sexuelles inégales entre des jeunes filles et des hommes beaucoup plus âgés qu'elles.
- **Permettre** aux femmes et aux hommes d'utiliser des préservatifs dans leurs relations sexuelles en veillant à ce que ces préservatifs soient disponibles et en encourageant les hommes et les femmes à parler de leur utilisation.
- **Veiller** à ce que les adolescentes et les femmes connaissent les modes de prévention du VIH et aient les moyens de se protéger, en diffusant des informations de base sur le VIH/sida et les autres MST, en luttant contre les préjugés qui limitent le pouvoir de décision des femmes et en renforçant les possibilités d'aide financière et d'indépendance économique pour les femmes.
- **Développer** les services de santé en matière de sexualité et de procréation ; améliorer la formation du personnel de santé en ce qui concerne le traitement et la prévention du VIH/sida.

- **Impliquer** les femmes et les hommes qui vivent avec le VIH/sida dans les programmes d'éducation par les pairs à la santé en matière de sexualité et de procréation dans le contexte du VIH/sida.

Assurer le financement d'une approche globale du VIH/sida

- **Veiller** à ce que les programmes sur le VIH/sida mettant l'accent sur la prévention, le traitement, les soins à domicile et l'éducation à la santé reçoivent des financements et un soutien suffisants. Les initiatives destinées à prévenir la violence liée au genre et à renforcer le respect des droits fondamentaux des femmes doivent aussi être encouragées.

Intégrer la dimension de genre dans toutes les politiques relatives au VIH/sida

- **Revoir** les politiques relatives au VIH/sida en tenant compte de la dimension de genre afin d'éliminer toutes les formes de discrimination liée au genre et de protéger et promouvoir les droits des femmes.

Adopter des mesures en vue de limiter les risques liés au VIH/sida pour les consommateurs de stupéfiants par voie intraveineuse

- **Renforcer** la sensibilisation aux risques liés aux échanges de seringues et mettre en place une politique de réduction des risques pour les femmes et les hommes qui s'injectent des stupéfiants par voie intraveineuse. Il pourrait s'agir, notamment, de faire en sorte que les toxicomanes puissent se procurer des seringues propres et bénéficient d'un environnement leur permettant de s'injecter des stupéfiants sans prendre de risques.

Développer les services de dépistage et de conseil volontaires et protéger la confidentialité

- **Permettre** à tous de bénéficier de conseils et d'un dépistage du VIH sous une forme protégeant la confidentialité, limitant les réactions de rejet et la discrimination et n'entraînant pas de violence liée au genre.

Soutenir ceux qui soignent les malades à domicile

- **Offrir** une formation, des conseils et un soutien psychologique aux parents et aux bénévoles qui soignent les malades à domicile ; protéger ceux à qui incombe la lourde charge de s'occuper de membres de leur famille malades ou mourant d'affections liées au VIH/sida, ainsi que les orphelins du sida.

Aide et coopération internationales

Financement mondial de la lutte contre le VIH/sida

- **Soutenir** le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme en veillant à ce que les contributions des gouvernements soient proportionnelles aux besoins.
- **Inclure** des projets sur le VIH/sida dans les financements apportés dans le cadre des programmes nationaux d'aide bilatérale.

- **Garder à l'esprit** les liens entre la pauvreté et le mauvais état de santé et veiller à ce que les gouvernements respectent les engagements relatifs à la pauvreté qu'ils ont pris dans les Objectifs du Millénaire pour le développement.

La communauté internationale

Par ailleurs, la communauté internationale devrait prendre les mesures suivantes :

- **Faire pression** sur toutes les parties aux conflits armés pour qu'elles mettent fin immédiatement à la violence sexuelle contre les femmes et les jeunes filles.
- **Cesser** tout transfert d'équipements ou de formations militaires, de sécurité et de police, ainsi que toute aide logistique ou financière, aux gouvernements et aux groupes armés responsables de violence contre les femmes et les jeunes filles.
- **Apporter** un soutien politique et financier important au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- **Soutenir** financièrement et techniquement les mesures qui contribuent à la protection et à la réalisation des droits à la santé, à l'alimentation et à l'éducation des personnes affectées par le VIH/sida et de leurs familles.
- **Alléger** le poids de la dette, qui ponctionne les rares ressources des pays pauvres, en mettant en place des programmes transparents et responsables de lutte contre la pauvreté et le VIH/sida.
- **Soutenir** le travail des médias indépendants, des défenseurs des droits humains et des militants locaux qui œuvrent en faveur de l'instauration d'un climat favorable à l'épanouissement des droits humains.

Liens Internet utiles

- AIDSLaw Project (en anglais) : <http://www.alp.org.za>
- Campagne internationale pour les microbicides (site en anglais, mais avec quelques documents disponibles en français) : <http://www.global-campaign.org>
- Coalition mondiale sur les femmes et le VIH/sida (site en anglais, mais avec quelques documents disponibles en français) : <http://womenandaids.unaids.org>
- GNP+ : Global Network of People Living with HIV/AIDS (en anglais) : <http://www.gnpplus.net>
- ICASO : International Council of AIDS Service Organizations (en anglais) : <http://www.icaso.org>
- ICW : Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (site en anglais, mais avec quelques documents disponibles en français) : <http://www.icw.org>
- International HIV/AIDS Alliance (en anglais) : <http://www.aidsalliance.org>
- IPM : Partenariat international pour des microbicides (en français) : <http://www.ipm-microbicides.org/fr/index.html>

- Médecins pour les droits de l'homme : action sur le VIH/sida (en anglais) : <http://www.phrusa.org/campaigns/aids/index.html>
- OMS : programme sur le VIH/sida (en anglais) : <http://www.who.int/hiv/en>
- ONUSIDA (en anglais) : <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA : Groupe de référence mondial sur le VIH/sida et les droits de l'homme (en anglais) : http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/reference+group.asp
- Réseau juridique canadien VIH/sida (site bilingue) : <http://www.aidslaw.ca>
- UNFPA : page sur la prévention du sida (en anglais) : <http://www.unfpa.org/hiv/index.htm>
- UNIFEM : programme sur le VIH/sida (en anglais) : <http://www.genderandaids.org>

Par ailleurs, un outil de recherche par régions, pays ou activités des organisations qui travaillent sur le VIH/sida dans le monde est disponible à l'adresse : <http://www.aidsmap.org/en/orgs/ux/default.asp>

La version originale en langue anglaise de ce document a été publiée par Amnesty International, Secrétariat international, Peter Benenson House, 1 Easton Street, Londres WC1X 0DW, Royaume-Uni, sous le titre : Stop violence against women. Women, HIV/AIDS and human rights.

La version française a été traduite et diffusée aux sections francophones et au Secrétariat international par LES ÉDITIONS FRANCOPHONES D'AMNESTY INTERNATIONAL - ÉFAI – janvier 2005.

Vous pouvez consulter le site Internet des ÉFAI à l'adresse suivante : <http://www.efai.org>

Pour toute information complémentaire, veuillez vous adresser à :