



La violence à l'encontre des femmes et le VIH/SIDA : Principaux points de recoupements

Série de bulletins d'information N° 1

Violence exercée par le partenaire et VIH/SIDA

Pourquoi mettre l'accent sur la violence à l'encontre des femmes et le VIH/SIDA ?

"On ne peut pas parler du VIH/SIDA sans parler de la violence familiale et sexuelle (agent d'éducation par les pairs pour les hommes, programme Men as Partners, Afrique du Sud)".

Aujourd'hui, la moitié au moins des 40 millions d'individus infectés par le VIH dans le monde sont des femmes. Des millions d'entre eux sont des jeunes âgés de 15 à 24 ans, qui représentent désormais la moitié de tous les nouveaux cas. Or, et c'est sans doute le plus inquiétant, en Afrique subsaharienne 75 % des cas d'infection à VIH concernent des jeunes femmes (15-24 ans), lesquelles risquent environ trois fois plus d'être infectées que les jeunes hommes du même âge.¹ Dans ces conditions, qu'est-ce qui explique que les femmes, en particulier les jeunes filles et les jeunes femmes, soient si vulnérables et pourquoi les efforts actuels de lutte contre le SIDA n'ont-ils, dans l'ensemble, pas réussi à endiguer l'épidémie chez les femmes et les jeunes filles ?

À cause des taux élevés d'infection à VIH parmi les femmes, on s'est penché tout particulièrement sur le problème de la violence dont les femmes sont victimes. On prend de plus en plus conscience du fait que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les jeunes filles et leur vulnérabilité à cet égard est la conséquence d'inégalités sexuelles très répandues et bien enracinées – et que reflètent les actes de violence qui leur sont infligés. Les études faites dans de nombreux pays montrent qu'une proportion importante de femmes ont subi, à un moment de leur vie, une forme ou une autre de violence. Des études menées au Rwanda, en République-Unie de Tanzanie et en Afrique du Sud montrent que les femmes qui ont été victimes de violence risquent près de trois fois plus que les autres de contracter l'infection à VIH.^{2,3,4} Pour des millions de femmes, la violence ou la peur de la violence est une réalité quotidienne, comme l'est de plus en plus le VIH/SIDA.

Nul ne conteste que la violence dirigée contre les femmes constitue une violation manifeste de leurs droits fondamentaux en même temps qu'un problème de santé publique, et qu'il s'agit d'une épidémie qui se recoupe souvent avec l'épidémie de SIDA. Ce bulletin d'information, le premier d'une série de quatre, a pour but de montrer comment les différentes formes de violence dirigée contre les femmes et les jeunes filles augmentent pour elles le risque d'infection à VIH et sapent les efforts de lutte contre le SIDA. L'accent est mis sur les liens entre la violence exercée par le partenaire et le VIH/SIDA. Les bulletins suivants feront ressortir les liens entre le VIH/SIDA et a) la violence contre les femmes dans les situations de conflit ; b) la violence dirigée contre les travailleuses du sexe ; et c) le trafic de femmes et de jeunes filles. Ce faisant, nous espérons encourager les actions à différents niveaux (c'est-à-dire bailleurs de fonds, décideurs, communauté) et entre secteurs (santé, éducation, justice) pour intégrer les programmes de lutte contre la violence contre les femmes dans la prévention du VIH, le traitement du SIDA et les soins aux patients, pour atténuer la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles au VIH ainsi que pour protéger et promouvoir leur droit à une vie en bonne santé à l'abri de la violence.

Qu'entend-on par violence exercée par le partenaire ?

La violence exercée par le partenaire est un phénomène répandu dans le monde entier. Elle comporte différentes formes :

- actes de violence physique (par exemple gifles, coups de poing, coups de pied, agression avec une arme, homicide) ;
- actes de violence sexuelle (par exemple viol, coercition et mauvais traitement, y compris utilisation de la

¹ Sauf indication contraire, les « odds ratio » signalés sont ajustés en fonction d'autres facteurs.

² On parle également de « violence familiale » ou de « problème des femmes battues », ce qui montre que, pour bien des femmes, le phénomène survient au foyer. Nous utilisons l'expression « violence exercée par le partenaire » pour insister sur le fait qu'elle est le fait d'un partenaire ou d'un ex-partenaire, quel que soit le statut juridique de la relation.

force, menaces verbales et harcèlement pour obliger la femme à avoir des rapports sexuels, attouchements ou avances physiques, participation forcée à des actes pornographiques ou d'autres actes dégradants qui, souvent, se prolongent dans le temps et s'accompagnent de menaces de la part de l'agresseur) ;

- actes de violence psychologique (par exemple dévalorisation de la femme, interdiction pour elle de voir sa famille et ses amis, intimidation, privation de ressources, interdiction de travailler ou confiscation du salaire).

On pense souvent que le viol est une agression brutale commise par un étranger. En fait, la plupart des rapports sexuels contraints sont le fait d'individus connus de la victime, comme son partenaire, un parent, une connaissance ou une personne ayant un certain pouvoir. Pour de nombreuses jeunes filles et jeunes femmes, les premiers rapports sexuels ont lieu sous la contrainte, et les filles jeunes risquent plus que les filles plus âgées de subir une initiation sexuelle forcée.

L'ampleur du problème : prévalence de la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles

- A travers le monde, entre 10 % et 69 % des femmes disent avoir été agressées physiquement par un partenaire au moins une fois dans leur vie.
- A travers le monde, entre 6 % et 47 % des femmes adultes disent avoir été agressées sexuellement par des partenaires au cours de leur vie.
- Entre 7 % et 48 % des fillettes et des jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans disent avoir eu leurs premiers rapports sexuels sous la contrainte.

Source : OMS, 2002 ; Garcia-Moreno et Watts, 2000 ; Helse et al. 1999.

Quels sont les points de recoupement entre la violence exercée par le partenaire et le VIH/SIDA ?

Les liens entre la violence exercée par le partenaire et le VIH/SIDA s'expliquent par des facteurs tout autant biologiques que socioculturels et économiques. On

trouvera ici une description des points de recoupement entre les deux épidémies, étant entendu que les mécanismes d'action et les liens étiologiques ou temporels entre la violence dirigée contre les femmes et le VIH/SIDA sont très complexes et ne sont pas encore élucidés.

I) *Transmission directe par des actes de violence sexuelle:*

Un rapport sexuel forcé ou sous la contrainte avec un partenaire infecté par le VIH est l'un des moyens par lesquels l'infection à VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) se transmettent aux femmes. Le risque biologique de transmission lors de rapports sexuels marqués par la violence est déterminé par le type d'exposition sexuelle (vaginale, anale ou orale). Le risque de transmission du VIH est aussi plus élevé en présence d'autres IST et en cas d'exposition aux sécrétions sexuelles et/ou au sang. Le risque de transmission est, d'autre part, élevé en fonction du degré de lésion, de lacerations vaginales et d'abrasions qui surviennent lorsque la force est employée. En cas d'actes de violence sexuelle dirigés contre des fillettes et des jeunes femmes, le risque de transmission est vraisemblablement plus élevé parce que les voies vaginales ne sont pas encore pleinement développées et se déchirent facilement pendant les rapports sexuels. Il est difficile de faire la preuve d'une transmission directe d'une IST et de l'infection à VIH après un acte de violence sexuelle. Deux études faites aux États-Unis d'Amérique donnent à penser que, si les femmes victimes d'un viol sont très exposées à une IST préexistante, l'agression sexuelle en elle-même comporte un risque supplémentaire faible, mais non négligeable, de contracter une IST^{5,6}.

II) *Transmission indirecte par une prise de risques sur le plan sexuel :* De plus en plus de faits montrent que les liens entre la violence dirigée contre les femmes et l'infection à VIH chez les femmes et les jeunes filles passent peut-être indirectement par des comportements à risque du point de vue du VIH. Des études montrent que les femmes victimes de violence ont davantage tendance à prendre des risques, notamment relations avec de multiples partenaires ou des partenaires autres que le partenaire principal (ou relations hors mariage) ou encore relations sexuelles monnayées. Ainsi, une étude faite en Afrique du Sud a montré que les femmes victimes de violence de la part de leur partenaire risquaient deux ou trois fois plus que les autres d'avoir des

^c Le risque de transmission du VIH est le plus élevé par la voie anale, suivie par la voie vaginale et la voie orale.

^d On entend par relations sexuelles monnayées des rapports sexuels avec des hommes en échange d'un gain matériel ou de la satisfaction de besoins fondamentaux. Des femmes qui ont des rapports sexuels en échange d'argent ne se considèrent pas nécessairement comme des travailleuses du sexe.

relations sexuelles monnayées. De plus, les femmes qui ont dit avoir ce genre de relations et avoir des partenaires autres que le partenaire principal risquaient 1,5 fois plus d'être infectées par le VIH que les autres⁷.

Les sévices sexuels dans l'enfance et une initiation sexuelle forcée dans l'adolescence sont également associés à une prise de risque accrue du point de vue du VIH parmi les femmes. Par exemple, aux États-Unis d'Amérique, plusieurs études ont montré qu'une agression sexuelle dans l'enfance était associée chez l'adulte à une initiation sexuelle précoce, à des rapports par voie anale, à des rapports sexuels avec des partenaires mal connus et à un faible taux d'utilisation du préservatif.⁸ Au Nicaragua, une étude a révélé que les femmes ayant subi de graves sévices sexuels dans l'enfance et l'adolescence avaient eu leurs premiers rapports sexuels plus de deux ans avant les autres et faisaient état d'un nombre plus élevé de partenaires sexuels⁹.

III) *Transmission indirecte en raison de l'incapacité à négocier l'utilisation du préservatif* : Bien que les faits ne soient pas concluants, les recherches donnent à penser que la violence limite l'aptitude des femmes à négocier l'utilisation du préservatif. Par exemple, une étude faite aux États-Unis d'Amérique a montré que des femmes africaines-américaines dont le partenaire était violent risquaient quatre fois plus que les autres d'être victimes de violence verbale et neuf fois plus d'être menacées de sévices physiques lorsqu'elles demandaient à leur partenaire principal d'utiliser un préservatif¹⁰. Dans le cadre d'une étude faite en Afrique du Sud, on a constaté que les femmes qui avaient des rapports sexuels sous la contrainte risquaient près de six fois plus que les autres d'utiliser irrégulièrement un préservatif et que, par ailleurs, les femmes qui utilisaient irrégulièrement un préservatif risquaient 1,6 fois plus d'être infectées par le VIH que celles qui en faisaient usage régulièrement.¹¹ D'un autre côté, une autre étude faite également en Afrique du Sud a montré que, chez les femmes victimes les années précédentes de sévices physiques, la probabilité de demander à leur partenaire actuel d'utiliser un préservatif était 1,5 fois plus élevée que chez les autres femmes.¹² Comme il s'agissait d'études transsectorielles et que la mesure de la violence et de l'utilisation du préservatif différait d'une étude à l'autre, il est difficile de tirer des

conclusions définitives quant aux liens entre la violence exercée par le partenaire et l'utilisation du préservatif. Ce qui est sûr, c'est que des données qualitatives provenant d'études faites en Ouganda, en Inde et ailleurs indiquent que les femmes ont du mal à proposer ou demander l'utilisation d'un préservatif lorsqu'elles se trouvent confrontées à la violence ou à une menace de violence^{13,14}.

Violence conjugale, utilisation du préservatif et risque d'infection à VIH

"Mon mari détestait les préservatifs. Il n'en voulait jamais et me battait souvent. Il me battait quand je refusais de coucher avec lui. Il n'était pas question pour lui d'utiliser un préservatif. Il disait : comment peut-on utiliser ça quand on est marié ? La femme doit faire l'amour avec son mari, car c'est la principale raison pour laquelle on est ensemble. Mais il faut s'aimer. Quand j'ai su qu'il avait des amies, j'ai eu peur d'être infectée par le VIH, mais il ne m'écoutait pas. J'ai bien essayé de lui dire d'utiliser un préservatif, mais il a toujours refusé. Alors, j'ai abandonné la lutte parce que j'avais vraiment peur [de lui]." (Une Ougandaise de 31 ans)

Source: Human Rights Watch 2003⁽¹⁴⁾

IV) *Transmission indirecte par une relation avec un homme plus âgé présentant plus de risques* : L'analyse de plus de 40 études faites en Afrique subsaharienne donne à penser qu'une proportion importante d'adolescentes ont des rapports sexuels avec des hommes ayant 5 à 10 ans de plus qu'elles. Même si elles peuvent choisir au départ ce partenaire plus âgé, une fois la relation nouée, c'est l'homme qui maîtrise la relation sexuelle, y compris l'utilisation du préservatif et d'un contraceptif – dans certains cas, par la violence.¹⁵ Des faits nouveaux tirés d'une étude menée parmi des jeunes femmes (16-23 ans) en Afrique du Sud laissent penser que les femmes dont les partenaires sont plus âgés (c'est à dire avec une différence d'âge d'au moins 3 ans) risquent 1,6 fois plus d'être infectées par le VIH et que les jeunes femmes qui ont des partenaires plus âgés risquent 1,5 fois plus d'être victimes de sévices physiques et sexuels que les femmes dont les partenaires ont le même âge qu'elles.¹⁶ Les chercheurs pensent que la violence du partenaire est peut être une

3 ^c Pour de nombreuses adolescentes, un homme plus âgé se montre généreux ou offre des chances en matière d'éducation en payant les droits scolaires en échange de rapports sexuels. Les hommes plus âgés, eux, choisissent des adolescentes en partie parce qu'ils croient qu'elles n'ont pas le SIDA.

constante des relations avec un homme plus âgé et que la différence d'âge entre les partenaires augmente pour les jeunes femmes le risque de contracter l'infection à VIH parce que la prévalence du virus est beaucoup plus élevée chez les hommes plus âgés¹⁷.

Plusieurs études font d'autre part ressortir que le recours à la violence chez les hommes est lié à la prise de risques sur le plan sexuel et, donc, au risque pour eux-mêmes et pour leur partenaire de contracter une IST et l'infection à VIH. En Inde, par exemple, une étude a montré que chez les hommes qui avaient des relations extraconjugales, la probabilité d'exercer des sévices sexuels à l'encontre de leur femme était six fois plus élevée que chez les hommes qui restaient fidèles. De plus, chez les hommes qui ont signalé une IST, la probabilité de maltraitance de leur femme était 2,5 fois plus élevée que chez ceux qui ne signalaient pas d'IST.¹⁸ Les chercheurs ont conclu que les hommes violents risquaient davantage d'avoir des relations extraconjugales, de contracter une IST et d'exposer leur femme à un risque plus élevé d'IST, peut-être par suite d'actes de violence sexuelle. Dans une autre étude faite au Cap, (Afrique du Sud), la probabilité d'avoir des partenaires multiples était près de deux fois plus élevée chez les hommes ayant dit faire usage de la violence sexuelle à l'encontre de leur partenaire que chez les autres¹⁹.

V) *La violence en tant que conséquence de la séropositivité à l'égard du VIH* : Parmi les obstacles qui empêchent les femmes de se soumettre à un test de dépistage du VIH, on a incriminé la violence ou la peur de la violence. En Ouganda, les résultats de recherches indiquent que les femmes avaient peur de demander de l'argent à leur mari ou la permission de se rendre dans un dispensaire anti-VIH/SIDA ou de chercher à s'informer et que, dans certains cas, il leur avait expressément interdit de se soumettre à un test de dépistage du VIH.²⁰ La violence ou la peur de la violence a également été citée parmi les obstacles à la divulgation du statut sérologique vis-à-vis du VIH parmi les femmes qui se soumettent à un test. Dans les pays en développement, entre 16 % et 86 % des femmes décident de ne pas révéler leur statut sérologique à leur partenaire.

D'un autre côté, on considère que divulguer ce statut sérologique est important pour que les personnes VIH-positives puissent avoir accès à toute une gamme de services, notamment de prévention de la transmission mère enfant, de traitement antirétroviral et d'aide psychosociale.²¹ Par exemple, si les femmes VIH-positives révélaient leur état à leur partenaire sexuel, les couples pourraient prendre des décisions en connaissance de cause dans le domaine de la santé génésique, comme faire appel à des services de planification familiale pour éviter une grossesse non désirée, ou bien cela pourrait entraîner des changements dans les comportements à risque du point de vue du VIH. Des études sur la divulgation du statut sérologique donnent à penser que, pour une majorité de femmes, le partenaire avait eu une réaction de sympathie et de compréhension. Toutefois, entre 3 % et 15 % des femmes ont signalé dans la plupart des études des réactions négatives telles que reproches, abandon, colère et violence. Parmi celles qui ne divulguent pas leur statut sérologique, la peur de la violence est l'un des principaux obstacles – signalé par 16 % à 51 % des femmes dans des études faites en République-Unie de Tanzanie, en Afrique du Sud et au Kenya²².

Divulgation du statut sérologique à l'égard du VIH et violence

En 2000, Susan Teffo a appris qu'elle était VIH-positif. Lorsqu'elle en a parlé à son mari, il l'a empoignée et lui a brûlé le visage sur un fourneau. Son fils de quatre ans a lui aussi été brûlé après avoir essayé de s'interposer. Susan a porté plainte pour tentative de meurtre, sans pour autant songer à quitter son mari. Si elle demandait le divorce, elle perdrait tout affiliation à l'assurance maladie de son mari, grâce à laquelle elle peut se procurer les antirétroviraux qui garantissent sa survie.

Source: Vetten et Bhana 2004.

Quelles sont les occasions de s'attaquer au problème de la violence exercée par le partenaire dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA ?

Depuis des années, des programmes menés par des groupes de femmes s'occupent du problème de la violence dirigée contre les femmes. Il s'agit, dans bien des cas, de programmes de taille modeste qui manquent souvent de ressources, fonctionnent de façon isolée et ne sont pas toujours faciles à amplifier. De plus en plus de programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de santé génésique commencent à s'occuper du problème de la violence faite aux femmes. On trouvera décrites ci-après quelques interventions, dont il faut toutefois dire qu'elles ne recouvrent pas tous les types de programmes liés à la violence à l'encontre des femmes et au VIH/SIDA. De plus, bon nombre de ces interventions n'ont pas encore été pleinement évaluées, et il n'y a donc pas encore suffisamment de preuves qu'elles fonctionnent ou qu'elles peuvent être considérées comme de bonnes pratiques. Elles laissent toutefois entrevoir des perspectives intéressantes pour d'autres recherches sur les interventions avec des méthodes plus rigoureuses.

I) Stratégies de communication pour modifier les comportements : On sait que les interventions dans ce domaine peuvent sensibiliser les gens et bousculer les croyances et les attitudes individuelles et collectives vis-à-vis d'un problème. En ce qui concerne la violence dirigée contre les femmes, on peut citer, en exemple, plusieurs programmes dont on sait qu'ils ont réussi à sensibiliser la population au problème de la violence et créer un environnement favorable à des changements politiques : "Soul City", qui a touché 16 millions de Sud-Africains et "Sexto Sentido" qui a touché plus de 600 000 jeunes (13-24 ans) au Nicaragua. Les deux programmes font appel à des loisirs pédagogiques – c'est-à-dire des séries télévisées et/ou radiodiffusées et des brochures – pour informer les jeunes sur les questions sociales et de santé, y compris la violence et le VIH/SIDA.

Soul City

Sous le titre « Soul City », une série télévisée et radio-diffusée et des brochures d'information parlaient de problèmes de la violence familiale, du harcèlement sexuel, des viols commis par une connaissance et du VIH/SIDA. « Soul City » a également établi un partenariat avec le réseau sud-africain sur la violence à l'encontre des femmes de manière à faire connaître les droits des femmes ainsi que les services dont elles ont besoin ; à produire des matériels de formation sur la violence à l'encontre des femmes et à impulser des changements législatifs. L'évaluation du programme a montré que la violence contre les femmes était désormais moins bien tolérée et que les gens parlaient davantage entre eux de la violence. La série a également encouragé l'adoption d'une législation nationale sur la violence familiale et permis de mobiliser des fonds qui ont aidé à former des prestataires de services et à éduquer la population.

Source: Guedes 2004⁽²⁵⁾

II) Rôle des services de santé dans la lutte contre la violence faite aux femmes : Les services de santé, y compris ceux qui s'occupent du SIDA, sont un important point de contact potentiel pour repérer les femmes victimes d'actes de violence et répondre à leurs besoins. Une formation croisée des agents qui mènent l'action de conseil en matière de VIH et ceux qui s'occupent du problème de la violence familiale peut être un bon moyen de sensibiliser les prestataires de services à la dynamique des deux épidémies. Par exemple, ces derniers peuvent aider les femmes à se faire soigner en cas de lésion physique, à trouver une prise en charge pour des problèmes de santé sexuelle et génésique associés à la violence (à savoir IST, douleurs pelviennes, grossesse non désirée) et à être aiguillées vers d'autres services dont elles pourraient avoir besoin. Dans les dispensaires qui assurent des services de conseil et de dépistage volontaire, le fait de repérer les femmes victimes d'actes de violence permettra sans doute aux conseillers de donner les avis nécessaires concernant la divulgation de la séropositivité à l'égard du VIH. Un moyen de s'attaquer à la violence dans le contexte de l'action de conseil et de dépistage volontaire consiste à pratiquer le dépistage

et l'action de conseil auprès du couple, puis à divulguer avec tact le statut sérologique pour éventuellement réduire les tensions entre les partenaires et atténuer les conséquences préjudiciables pour la femme.²³ Il est important que les services de santé mettent au point des ripostes spécifiquement adaptées à l'action de lutte contre la violence envers les femmes compte tenu des ressources disponibles, du niveau de formation du personnel, des options en matière d'aiguillage et des autres services disponibles.

III) *Programmes axés sur les attitudes et les normes sexospécifiques* : Les normes sexospécifiques et sexuelles concernant la masculinité et la féminité jouent un rôle central dans la genèse de la violence dirigée contre les femmes. Dans bien des sociétés, la masculinité ou l'image de l'homme idéal est associée à la notion d'entretien de la famille, d'honneur, de respect et de domination sexuelle alors que l'image de la femme idéale est associée à celle de soumission, de discipline, de respect et de passivité sexuelle. Les hommes font usage de violence à l'encontre des femmes pour les mater lorsqu'elles transgressent un rôle féminin traditionnel ou lorsqu'ils ont l'impression que leur masculinité est mise en cause. Plusieurs programmes ont eu recours aux principes et aux méthodes de l'éducation des adultes pour cibler les normes sexuelles et sexospécifiques qui sont à l'origine de la violence dirigée contre les femmes. On peut citer en exemple le programme « Men as Partners » (MAP) en Afrique du Sud et l'intervention « Stepping Stones » menée dans plusieurs pays d'Afrique.^{24, 25} Il s'agit dans les deux cas de travail approfondi avec des groupes de pairs pour étudier les points de vue, les attitudes, les comportements et les valeurs liés à la sexualité et aux relations entre hommes et femmes, ainsi que les problèmes des IST, du VIH et de la santé génésique.

Le programme « Stepping Stones »

Il s'agit d'un programme de formation participative mis au point pour la prévention du VIH dans des communautés rurales et qui vise à donner aux participants une meilleure maîtrise de leurs relations sexuelles en remettant en cause les normes sexospécifiques et en encourageant des relations plus égalitaires entre hommes et femmes. Il repose sur le principe que les meilleures stratégies de prévention sont celles qui sont élaborées par la communauté elle-même et que les changements de comportement seront plus durables et plus efficaces si tout le monde est impliqué. Le programme consiste en 14 séances de deux à trois heures chacune sur des questions comme les relations entre hommes et femmes, la sexualité, la santé sexuelle et reproductive, l'amour, le VIH, les IST, la violence à l'encontre des femmes, les raisons des différents comportements, la tristesse/le deuil et la mort, ainsi que les compétences en matière de négociation et l'aptitude à s'affirmer. « Stepping Stones » a été utilisé dans de nombreux contextes auxquels il a été adapté. L'évaluation d'une étude pilote « Stepping Stones » dans quatre villages de Gambie a montré que la violence exercée par le partenaire en présence de tierces personnes avait totalement disparu après l'intervention – ce qui était encore vrai trois ans plus tard.

Source: Welbourn 1995⁽²⁴⁾; Shaw et Jawo 2000

Des interventions comme le programme MAP visent particulièrement les jeunes, car on s'aperçoit que les jeunes sont souvent victimes d'actes de coercition graves et qu'il faut encourager l'adoption de normes sexospécifiques et sexuelles équitables avant que le caractère soit complètement formé. Quelques programmes destinés aux jeunes, scolarisés ou non, leur donnent accès à l'information, aux compétences et aux services concernant le VIH/SIDA et la santé génésique mais s'occupent également du problème de la violence à l'encontre des femmes. On peut citer, par exemple le programme de tuteurs scolaires lié au projet TANESA de lutte contre le VIH/SIDA dans la région de Mwanza (République-Unie de Tanzanie), le projet « Guy-to-Guy » mené par l'institut PROMUNDO au Brésil avec de jeunes hommes sur la santé sexuelle et génésique et la violence dirigée contre

les femmes et, enfin, le projet SiHLE (Sistas Informing, Healing, Living and Empowering) mené avec des adolescentes africaines-américaines victimes de violence sexuelle^{26,27}.

Approches multisectorielles pour lutter contre le problème de la violence exercée par le partenaire et du VIH/SIDA

Face à la violence dirigée contre les femmes, des programmes ont également été menés dans des secteurs autres que la santé. Il s'agissait notamment de campagnes de sensibilisation, d'initiatives politiques et d'efforts de plaidoyer au niveau mondial et dans les pays. D'un autre côté, les programmes concernant le VIH/SIDA ont été menés pour l'essentiel en tant qu'interventions de santé. On trouvera décrites ci-après quelques modalités d'action où des approches multisectorielles permettent de s'attaquer en synergie à la fois à la violence à l'encontre des femmes et au VIH/SIDA.

I) *Sensibilisation* : Des campagnes d'éducation et des campagnes dans les médias pour sensibiliser au problème de la violence dirigée contre les femmes et du VIH/SIDA ont été menées séparément aux niveaux mondial et national. On peut, certes, avancer que leur impact sur les changements au niveau communautaire est plus limité, mais elles créent néanmoins un environnement où l'on peut entreprendre d'autres activités contre la violence et le VIH/SIDA en faisant mieux connaître ces problèmes et en mobilisant un appui auprès de la population et des responsables politiques. Parmi les campagnes d'éducation concernant la violence dirigée contre les femmes, on peut citer la campagne de l'UNIFEM « Une vie sans violence », la campagne du « Ruban blanc » destinée à encourager les hommes à mettre fin à la violence exercée contre les femmes, la campagne d'Amnesty International « Halte à la violence contre les femmes » et la campagne des « 16 jours d'action » pour mettre un terme à la violence dirigée contre les femmes^{28,29,30}.

II) *Autonomisation économique des femmes* : Les interventions en matière de microfinance et de microcrédit destinées à améliorer les revenus des ménages et à donner aux femmes plus facilement accès à des ressources, à des possibilités et à des choix reposent sur un système de

prêts collectifs qui permettent aux femmes de mettre sur pied de petites entreprises. L'évaluation des programmes de microcrédit donne à penser qu'ils autonomisent les femmes en améliorant leur pouvoir de décision à l'intérieur du ménage et qu'ils ont des retombées sur le plan de la santé telles que l'amélioration de la nutrition, de la santé infantile et de l'utilisation des contraceptifs. Une étude faite au Bangladesh a d'autre part montré que les programmes de microcrédit pouvaient contribuer à faire reculer la violence exercée par le partenaire.³¹ En Afrique du Sud, l'intervention reposant sur le microcrédit pour lutter contre le SIDA et assurer l'équité entre les sexes (Intervention with Micro-finance for AIDS and Gender Equity (IMAGE)) est en cours d'évaluation et on cherche à savoir si les activités de microfinance axées sur les femmes pauvres, conjuguées à une formation participative sur la violence, les rôles sexospécifiques, la prévention du VIH, la sexualité et les relations, peuvent contribuer à atténuer, chez les femmes, le risque d'infection à VIH³².

III) *Renforcement des lois et des politiques* : Au niveau des traités internationaux, des législations nationales et des institutions, les politiques concernant la violence familiale et les questions de sexospécificité qui lui sont associées sont importantes pour combattre la violence dirigée contre les femmes et atténuer leur vulnérabilité au VIH/SIDA. Au niveau international, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) et la Déclaration adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies lors de sa session extraordinaire sur le VIH/SIDA (2001) insistent sur l'importance du combat face à la violence contre les femmes pour réduire la transmission du VIH et assurer traitement et soins aux personnes touchées par le SIDA ; les gouvernements ont été invités à adopter une législation et des programmes dans ce domaine et à en suivre l'application. En vertu de ces accords, les gouvernements signataires doivent rendre compte des mesures prises pour lutter contre le VIH/SIDA et assurer l'égalité entre hommes et femmes dans leur pays moyennant une action de suivi et de plaidoyer. Au niveau national, des réseaux associant des groupes de femmes ont fait pression pour que la législation réprimant la violence familiale soit améliorée et appliquée dans les pays. C'est ainsi qu'au Nicaragua, le réseau des femmes contre la violence a ciblé ses activités sur la réforme du système judiciaire par le biais d'une loi sur la violence familiale³³.

Conclusions et principaux messages

Il est impératif de mettre fin à la violence exercée par le partenaire à la fois pour éliminer le phénomène et pour atténuer la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles au VIH/SIDA. Les faits disponibles sur les liens entre la violence à l'encontre des femmes et le VIH/SIDA montrent qu'il y a des mécanismes directs et indirects qui sous-tendent cette interaction.

- Des rapports sexuels imposés comportent un risque biologique direct d'infection à VIH en raison du risque de lésion et de lacérations du vagin.
- La violence exercée par le partenaire comporte un risque indirect d'infection à VIH pour plusieurs raisons :
 - les femmes qui ont été victimes d'actes de violence ne sont pas toujours en mesure de négocier l'utilisation d'un préservatif ;
 - des sévices sexuels subis dans l'enfance, une initiation sexuelle forcée et le vécu de la violence exercée par le partenaire peuvent augmenter la prise de risques sur le plan sexuel (par exemple partenaires multiples, relations sexuelles monnayées) ;
 - des femmes victimes de violence peuvent se lier à des hommes plus âgés exposés à plus de risques et chez lesquels la probabilité d'une IST et d'une infection à VIH est plus grande.
- La violence ou la peur de la violence peut dissuader une femme de se soumettre à un test de dépistage du VIH, l'empêcher de divulguer son statut sérologique et retarder l'accès au traitement du SIDA et à d'autres services.

Il faut faire d'autres recherches pour préciser les liens étiologiques et temporels entre la violence exercée par le partenaire et le risque d'infection à VIH. Par exemple, la violence est-elle déclenchée par le fait que la femme demande à son partenaire d'utiliser un préservatif ou bien sont-ce les antécédents de violence qui empêchent la femme de demander l'utilisation d'un préservatif ? Les antécédents de violence exercée par le partenaire empêchent-ils la femme de se soumettre à un test et de divulguer son statut sérologique, ou bien la violence est-elle déclenchée par la constatation et la divulgation de la séropositivité ?

En même temps, étant donné l'ampleur des deux problèmes et les conséquences catastrophiques qu'ils ont pour les femmes, il faut agir de toute urgence pour trouver, mettre au point et amplifier les interventions s'attaquant à la fois au problème de la violence contre les femmes et à celui du VIH/SIDA chez les femmes et les jeunes filles. Plusieurs moyens d'intégrer les programmes dans ces deux domaines ont été expérimentés et il faut en poursuivre l'évaluation. Il s'agit notamment des moyens suivants :

- stratégies de communication pour modifier les comportements ;
- riposte des services de santé à la violence dirigée contre les femmes ;
- programmes axés sur les attitudes et les normes sexospécifiques ;
- interventions en matière de microcrédit pour l'autonomisation économique des femmes ;
- renforcement des lois et des politiques pour combattre la violence familiale et promouvoir l'égalité entre hommes et femmes.

On voit donc qu'il est nécessaire de développer le champ des interventions et des politiques de lutte contre le VIH/SIDA pour inscrire les inégalités entre hommes et femmes, et en particulier la violence exercée par le partenaire, au coeur même du combat contre le SIDA. Il faut pour cela un engagement à long terme, des ressources et la volonté politique des bailleurs de fonds et des décideurs.

Remerciements :

Ce document a été établi par le Département Genre et santé de la femme (GWH), avec la collaboration de collègues du Medical Research Council of South Africa.

Pour de plus amples informations, veuillez vous mettre en rapport avec le Département GWH sur genderandhealth@who.int.

©Organisation mondiale de la Santé 2005. Tous droits réservés.

Références

- ¹ ONUSIDA 2004. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : 4^e rapport mondial. Juin 2004. Genève (Suisse), ONUSIDA.
- ² Maman S, Mbwapo JK, Hogan NM et al. 2002. HIV-positive women report more lifetime partner violence : Findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*. 92(8): 1331-1337.
- ³ van der Straten A, King R, Grinstead O et al. 1998. Sexual Coercion, physical violence and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda. *AIDS and Behavior*. 2(1): 61-73.
- ⁴ Dunkle K L, Jewkes R K, Brown H C et al. 2004. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*. 363(9419):1415-1421.
- ⁵ Glaser J B, Schachter J, Benes S, et al. 1991. Sexually transmitted diseases in post-puberal female rape victims. *Journal of Infectious Diseases*. 164: 726-730.
- ⁶ Jenny C, Hooton T, Bowers A et al. 1990. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine*. 322(11): 713-716.
- ⁷ Dunkle K L, Jewkes R K, Brown H C et al. 2004. Transactional sex among women in Soweto, South Africa: Prevalence, risk factors and association with HIV infection. *Social Science and Medicine*. 59(8):1581-1592.
- ⁸ Maman S, Campbell J, Sweat M D and Gielen A. 2000. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*. 50: 459-478.
- ⁹ Olson A, Ellsberg M, Berglund S et al. 2000. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: A population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*. 24 (12): 1579-1589.
- ¹⁰ Wingood G M and DiClemente R J. 1997. The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women. *American Journal of Public Health*. 87(6): 1016-1018.
- ¹¹ Pettifor A E, Measham D, Rees H V and Padian N S. 2004. Sexual power and HIV risk, South Africa. *Emerging Infectious Diseases*. 10 (11): 1996-2004.
- ¹² Jewkes R K, Levin J B and Penn-Kekana L A. 2003. Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: Findings of a South African cross-sectional study. *Social Science and Medicine*. 56(1):125-134.
- ¹³ Go V, Sethulakshmi C J, Bentley M E et al. 2003. When HIV prevention messages and gender norms clash: The impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of Chennai, India. *AIDS and Behavior*. 7(3): 263-272.
- ¹⁴ Human Rights Watch. 2003. Just die quietly: Domestic violence and women's vulnerability to HIV in Uganda. Vol. 15. No. 15 (A). New York: Human Rights Watch.
- ¹⁵ Luke N and Kurz K. 2002. Cross-generational and transactional sexual relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of behavior and implications for negotiating safer sexual practices. Washington, DC: International Center for Research on Women (ICRW).
- ¹⁶ Jewkes R K. November 2004. Communication personnelle.
- ¹⁷ Jewkes R K, Nduna M, Dunkle K L et al. 2004. HIV and gender-based violence: Associations found in young women in rural South Africa. Paper presented at a meeting: 'Dangerous intersections: Current and future research perspectives on HIV and violence against women'. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University. June 14-17, 2004.
- ¹⁸ Martin S, Kilgallen B, Tsui A O et al. 1999. Sexual behaviours and reproductive health outcomes associated with wife abuse in India. *JAMA*. 282(20): 1967-1972.
- ¹⁹ Abrahams N, Jewkes R K, Hoffman M and Laubsher R. 2004. Sexual violence against intimate partners in Cape Town, South Africa: Prevalence and risk factors reported by men. *Bulletin of the World Health Organization*. 82: 330-337.
- ²⁰ *ibid* 14.
- ²¹ Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2003. Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: Rates, barriers and outcomes: A review paper. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.
- ²² Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S and Maman S. 2004. Rates, barriers and outcomes of HIV sero-disclosure among women in developing countries: Implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organization*. 82 (4): 299-307.
- ²³ *ibid* 21.

- ²⁴ Welbourn A. 1995. Stepping Stones: A training package on HIV/AIDS, gender issues, communication, and relationship skills. *Strategies for Hope project*. St. Albans, UK: Teaching AIDS at Low Cost (TALC) / Action Aid. www.strathope.org.
- ²⁵ Guedes A. May 2004. Addressing gender-based violence from the reproductive health/HIV sector: A literature review and analysis. *Report commissioned by USAID Interagency Gender Working Group (IGWG)*. Washington, DC: POPTECH project.
- ²⁶ DiClemente R J, Wingood G M, Harrington K F et al. 2004. Efficacy of an HIV prevention intervention for African-American adolescent girls: A randomized controlled trial. *JAMA*. 292(2):171-179.
- ²⁷ *ibid* 25.
- ²⁸ UNIFEM. 2001. Picturing a life free of violence: Media and communications strategies to end violence against women. New York: UNIFEM and Baltimore: Media Materials Clearing House.
- ²⁹ The White Ribbon Campaign. Men working to end violence against women. Toronto, Canada. www.whiteribbon.ca.
- ³⁰ Center for Women's Global Leadership. 16 days of activism against gender violence: November 25-December 10. 2004 theme: For the Health of Women, For the Health of the World: No More Violence. www.cwgl.rutgers.edu/16days/kit04/theme.html.
- ³¹ Schuler S R, Hashemi S M, Riley A P and Akhter S. 1996. Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*. 43(12):1729-1742.
- ³² Rural AIDS & Development Action Research Programme (RADAR). 2002. Social interventions for HIV/AIDS. Intervention with Micro-finance for AIDS and Gender Equity (IMAGE) study. *Evaluation Monograph No. 1*. South Africa: RADAR.
- ³³ *ibid* 25.

Autres références bibliographiques pour les sources figurant dans les encadrés

- Garcia-Moreno C and Watts C. 2000. Violence against women: Its importance for HIV/AIDS. *AIDS*. 14 (Suppl. 3):S 253-265.
- Heise L L, Ellsberg M, and Gottemoeller M. 1999. Ending violence against women. *Population Reports, Series L, No. 11*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs.
- Shaw M and Jawo M. 2000. Gambian experiences with Stepping Stones: 1996-1999. *PLA Notes*. 37(14): 73-78.
- Vetten L and Bhana K. 2004. Violence, vengeance and gender: A preliminary investigation into the links between violence against women and HIV/AIDS in South Africa. South Africa; People Opposing Women Abuse (POWA). <http://www.powa.co.za>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé.