

Femmes, genre et VIH

Hakima Himmich

SFLS, Nice, 2009

Problématique

- **L'extension** rapide de l'épidémie parmi les femmes est la conséquence de l'inégalité entre hommes et femmes et de l'absence de pouvoir des femmes à tous les niveaux
- Cependant des données récentes montrent des inégalités, en défaveur des hommes, notamment en matière d'accès aux soins.
- Nous allons passer en revue ces inégalités et essayer d'en tirer des conclusions pour une plus grande efficacité dans la lutte contre le sida

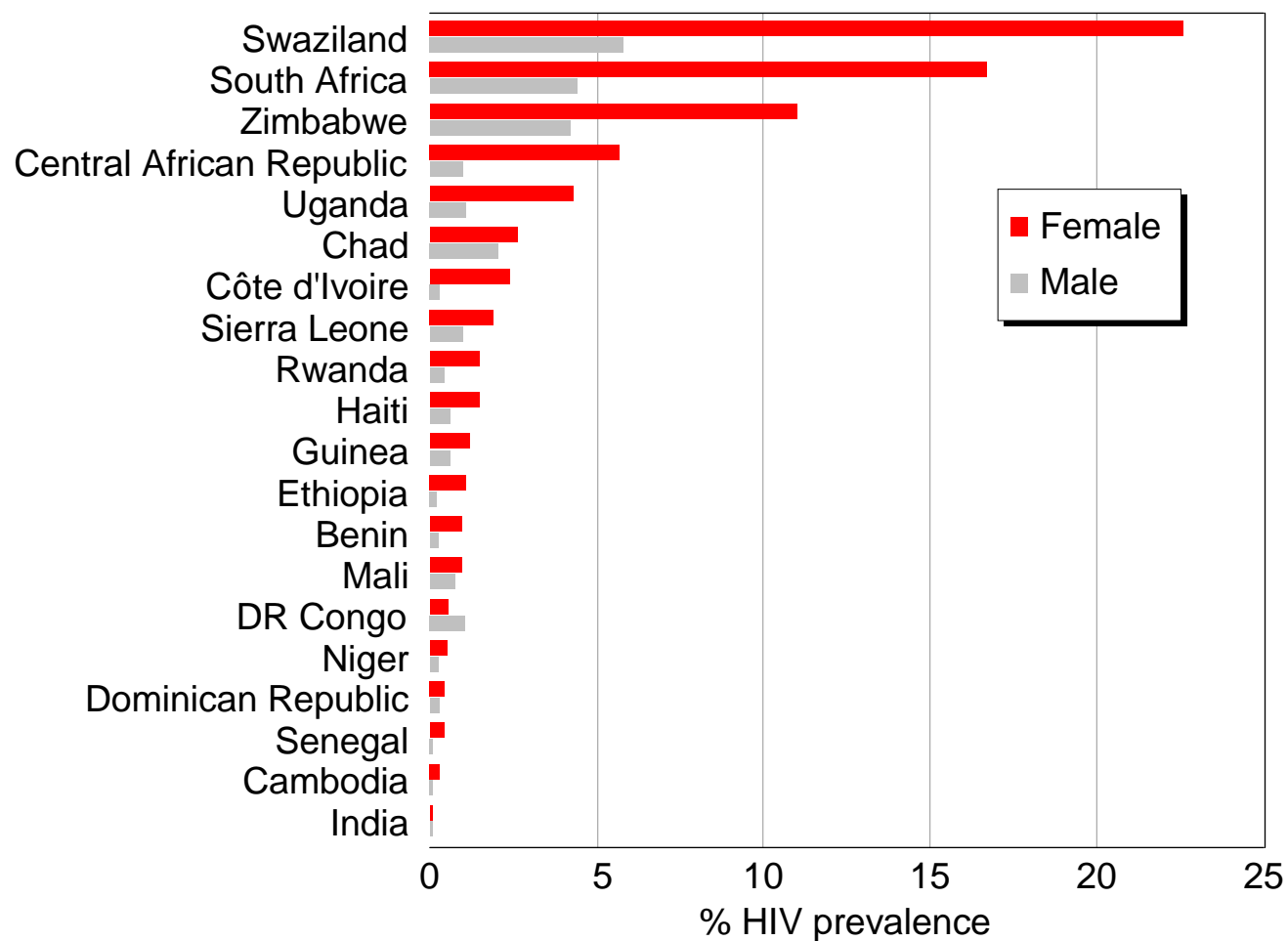


Féminisation de l'épidémie

- Globalement dans le monde, les femmes constituent environ la moitié des PVVIH
- Si dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara c'est le cas depuis le début de l'épidémie, dans les autres régions c'est au cours des 10 dernières années que la proportion de femmes a augmenté
- En Afrique, 61% des adultes vivant avec le VIH sont des femmes



HIV prevalence (%) among 15–24 years old, by sex, selected countries, 2005–2007



Facteurs de l'inégalité liés au genre

- Facteurs biologiques
- Facteurs épidémiologiques
- Facteurs économiques
- Facteurs sociaux et culturels



Facteurs biologiques

- Risque de transmission homme>femme 2 à 4 fois plus élevé que dans le sens femme>homme, lors d'un rapport vaginal.
 - ➔ **Cummins, Aids Review 2000**
 - Exposition d'une muqueuse plus large, inoculum plus important
 - Risque particulièrement élevé chez les adolescentes du fait de la fréquence de l'ectopie cervicale
 - Rôle des traumatismes pendant les rapports sexuels.
 - ➔ **Guimaraes, Arch Intern Med, 1997**
 - Recherches sur la muqueuse vaginale longtemps délaissées, techniquement difficile à réaliser
- Au Maghreb, la valorisation de la virginité conduit à des relations anales non protégées



Rôle favorisant des IST

- Les femmes sont plus exposées aux IST, particulièrement pendant la grossesse. → Wilkin, *Sexually Transmitted Infections In Men And Women, 2004, 966-977*
- Souvent asymptomatiques, non diagnostiquées et non traitées chez les femmes
- Cette différence liée au genre est plus marquée dans les PVD



Facteurs épidémiologiques

- Mutilation génitale des femmes
 - En recul mais concerne encore 130 millions de femmes dans le monde
 - Facilitation de la transmission du VIH? Pas de preuve mais plausible. → **Monjok, Afr J Reprod Health, 2007**
 - Transmission liées aux actes de soin
 - Considérée comme fréquente à alarmante (10%) dans les pays à ressources limitées. → **Ganczark, Aids Rev, 2008**
 - Exposition plus importante des femmes à l'occasion des grossesses et des accouchements
- = Etudes nécessaires



Facteurs économiques

- **Au plan économique**, les femmes sont défavorisées par
L'analphabétisme, l'absence de formation professionnelle
les lois sur l'héritage
- L'absence d'autonomie des femmes au plan économique
 - Réduit considérablement leur pouvoir de négociation
 - Constitue un facteur majeur de vulnérabilité
- Par manque de ressources, des femmes sont acculées à la prostitution en cas de divorce ou de veuvage

➔ **Bellamy. Globalization and infectious diseases in women. Emerg infect dis. 2004**



Violence contre les femmes et VIH

- Les violences sexuelles contre les jeunes femmes sont très fréquentes
 - En Afrique du Sud, une jeune femme sur deux a subi des violences lors de son premier rapport sexuel. ➔ **Mahraj, Journal Of Biosocial Science, 2007**
 - Au Malawi, 80% des élèves âgées de 9 à 13 ans affirment connaître une collègue qui a été obligée d'avoir des relations sexuelles avec un enseignant en échange d'un bon classement. ➔ **Burton, Malawi National Statistical Office, 2005**
- Le lien entre violences sexuelles et infection à VIH est clairement établi
 - En Inde, sur un échantillon représentatif de femmes mariées, les violences physiques et sexuelles de la part du conjoint sont associées à une augmentation significative de la prévalence de l'infection à VIH. ➔ **Silverman, Jama 2008**
 - Au Rwanda, en Tanzanie, et en Afrique du Sud, les femmes qui ont été victimes de violence risquent près de 3 fois plus que les autres de contracter le VIH. ➔ **Maman, American Journal Of Public Health**
➔ **dunkle, the lancet, 2004** ➔ **Krishnan, Aidsimpact, 2009**



Le mariage: principal facteur de risque pour de nombreuses femmes

- La polygamie, le multipartenariat ainsi que les différences d'âge entre conjoints exposent les femmes à être situées « en bout de chaîne » de réseaux de transmission
- Plus de 45% des nouvelles infections de femmes, surviennent dans le cadre du mariage ou d'une relation stable avec le premier partenaire. ➔ **UNFPA, State Of World Population, 2005**
- Au Ghana, les femmes mariées ont trois fois plus de risque d'être infectées par le VIH que les femmes non mariées. ➔ **Unaid, Aids Epidemic Update, 2006**
- 60 à 80% des femmes africaines en union qui deviennent séropositives n'ont eu qu'un partenaire sexuel. ➔ **Desrees du Lou. Aids impact. Marseille. 2007**



Les femmes ont un accès limité aux messages de prévention

- Dans de nombreux pays les femmes ne sont pas supposées parler de sexualité
- Les femmes ont un niveau de connaissance des messages de prévention inférieur à celui des hommes
 - Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 80% des femmes sont incapables d'identifier correctement les modes de transmission du VIH. → **UNAIDS Report on Global Aids Epidemic, 2006**
 - 82% des jeunes Sud Africaines (15-24 ans) estiment ne pas être bien informées sur les moyens de protection du VIH. → **Kaiser Family Foundation, 2007**
 - Au Sénégal
 - ✓ Bon niveau de connaissance: 26% hommes, 21% femmes.
 - ✓ Ne savent pas qu'une personne ayant l'air d'être en bonne santé peut être infectée: 43% des femmes et 27% des hommes. → **Demographic and Health Survey, 2007**



La stratégie « A B C » n'est pas adaptée aux femmes

▪ **Abstinence**

- Les femmes n'ont pas le pouvoir de décision en matière de sexualité. Seule possibilité: retarder le premier rapport.

▪ **Préservatif**

- Difficultés des femmes à négocier l'utilisation du condom
- Devoir social de procréation
- Préservatif féminin pas suffisamment pratique et trop cher

▪ **Fidélité**

- Inefficace pour les femmes.
- Leur donne, à tort, le sentiment d'être à l'abri

**Deux des trois messages « moralisent » la prévention,
Aucun n'est complètement sous le contrôle des femmes**



Les autres méthodes de prévention réduisent-elles la vulnérabilité des femmes ?

- Microbicides
 - Une centaine d'essais cliniques en cours
 - Les essais cliniques posent des problèmes scientifiques et éthiques
 - Aucun essai de phase III n'a démontré une efficacité dans la prévention de l'infection à VIH
 - Les microbicides à base de Ténofovir semblent prometteurs. ➔ **Cutler, Lancet, 2008**
- Circoncision
 - Ne réduit pas le risque de transmission du VIH chez les femmes
 - Exposerait les femmes à un risque accru d'infection à VIH
 - ✓ En cas de relations sexuelles pendant la cicatrisation de l'acte chirurgical.
 - ✓ Peut conduire les hommes à abandonner l'utilisation du préservatif.
➔ **Horn, 15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 2008**



Réponses des femmes à l'épidémie: une leur d'espoir

- Implication importante dans la société civile
 - Nombreuses associations locales de personnes vivant avec le VIH
 - Associations à l'échelle du continent: SWAA, Global Coalition on Women and AIDS...
- Développement de la PTME +
- Mesures d'appui socio-économiques: AGR, Microfinance.
 - Les femmes vivant avec le VIH sont les principales bénéficiaires , en particulier les veuves
 - Diminuent la vulnérabilité économique et sociale des bénéficiaires. → **Kim, Seep Conference, Washington Dc, 2006**



Existe-t-il des différences dans la façon de recourir au dépistage ?

- La PTME est une opportunité exclusive pour les femmes quand elle n'est pas étendue à la PTME +
- Pour plusieurs raisons les femmes peuvent éviter de se faire dépister
 - Après révélation du statut sérologique, les femmes sont plus exposées que les hommes au risque de discrimination, de violence, d'abandon ou de marginalisation. → **OMS, 2006**
 - Elles courent le risque d'être accusées d'être à l'origine de l'infection de leur mari
 - Refus de l'époux
- Le pourcentage de femmes qui se soumettent au dépistage volontaire du VIH est variable d'un pays à l'autre
 - Afrique du Sud: les hommes ne représentent que 21%. → **UN, Integrated Regional Information Network, 2005**
 - Sénégal: 2,7% des femmes et 4,2% des hommes se sont fait tester. → **ONUSIDA, Report on The Global Aids Epidemic, 2008**
 - Maroc: les femmes représentent 40% des consultants des CDAG



Les femmes ont un meilleur accès au traitement antirétroviral

Elles représentent:

- 55% des personnes qui ont besoin d'ARV
- 60% des personnes sous ARV dans les PVD.

→ OMS, ONUSIDA, Report On The Global AIDS Epidemic, 2009



Facteurs connus de la différence dans l'accès au traitement

- Recours des femmes favorisé par la PTME
- Les programmes d'« Universal Access » ont facilité l'accès des femmes au traitement
 - En levant partiellement l'obstacle de l'accessibilité géographique
 - En instaurant la gratuité des soins



Mais ces facteurs ne suffisent pas à expliquer cette différence dans l'accès au traitement



Comment expliquer cette inégalité face au traitement?

- **Etudes menées en Afrique de l'Ouest par un réseau d'anthropologues de la santé, donnent des éléments de réponse. Les études portent sur:**
 - L'expérience de l'atteinte par le VIH (qui ne sera pas abordé)
 - Les rapports aux services de prise en charge
 - Les discours des soignants
- **Méthodes**
 - Entretiens répétés avec des hommes et femmes vivant avec le VIH, Entretiens avec des soignants
 - Observations dans les lieux de soins
 - ✓ au Sénégal: Alice Desclaux, Khoudia Sow
 - ✓ au Burkina Faso:
 - ➔ **Blandine Bila. Social Science and Medicine, 69, 2009**
 - ➔ **Carla Makhlof Obermeyer, Social Science and Medecine, 69, 2009**
 - ✓ au Cameroun: Sophie Djetcha.



Difficultés éprouvées par les hommes dans leur rapport à la prise en charge

- Difficultés à accepter la « socialisation » dans les services de soin:
 - Attente dans un espace collectif, toutes catégories sociales mêlées
 - Partager l'attente ou divers espaces avec les femmes
 - Peur d'être vu et donc identifié comme séropositif
 - Multiples stratégies pour échapper à cet espace collectif.
- Les hommes sont plus réfractaires que les femmes au partage d'information sur la séropositivité, qu'il s'agisse de la leur ou de leur épouse



Rapport des femmes à la prise en charge

- Maîtrise de la socialisation dans les services de soin
- Motivées par le souci de leurs enfants
- « Appuyées » par des professionnels de santé empathiques
- Peuvent jouer un rôle « d'auxiliaires de soin »
- Etre « prise en charge » signifie « empowerment » : renforcement de l'autonomie par rapport à l'entourage

Au total

- Des contraintes habituelles (charge de soin) qui peuvent devenir des avantages
- Celles qui « font face » sont souvent des femmes plus autonomes, ayant un meilleur niveau d'éducation



Discours des soignants

Distinctions affirmées entre hommes et femmes

	Hommes	Femmes
Rapport au système de soins	<ul style="list-style-type: none">• Moins réguliers dans leur suivi• Écoutent moins les soignants• Se comportent en « clients »	<ul style="list-style-type: none">• Elles sont compliantes• Parlent avec leur médecin
Relation soignant-soigné	Ne parlent pas de leur expérience du traitement Posent peu de questions à leur médecin	En parlent aisément
Démarches vis-à-vis du VIH	<ul style="list-style-type: none">• Gestion égoïste (se dépisteraient « pour eux-mêmes »)• partagent difficilement l'information sur leur séropositivité	<ul style="list-style-type: none">• Attitude altruiste en matière de dépistage et de soins• Pensent surtout à l'intérêt de la famille



Rapport des hommes à l'appui psychosocial

- Les hommes ne bénéficient pas de certains appuis auxquels ils ont droit
 - Au Sénégal, 70% des bénéficiaires sont des femmes
 - Devoir solliciter une aide n'est pas acceptable
 - L'appui n'est pas perçu en terme de droit mais d'aumône
- Dans les sociétés patriarcales, l'homme doit être le « chef de famille » qui « assure » pour tous ses dépendants
- Être « pris en charge » signifie impuissance et destitution
- Les hommes vivent la contamination plutôt comme le fait de ne pas avoir de chance, les femmes se perçoivent plus comme victimes ou coupables avec donc un poids psychologique très lourd pour elles.



Il ressort de ces études

- Que les difficultés des hommes à assumer socialement leur séropositivité et à accéder aux soins sont en grande partie induites par les valeurs culturelles relatives à la masculinité
- Que les hommes se retrouvent piégés par les valeurs que eux même diffusent
- Mais indirectement les femmes en subissent les conséquences
 - Absence ou retard d'information sur la séropositivité
 - Dégradation de l'état de santé, voire décès du conjoint
- Une étude menée dans l'association AIDS a montré des données comparables:
37% de femmes (vs 25 % d'hommes) font appel aux services de support et d'information ➔ **Andreo, AIDSImpact, 2009**



Conclusion 1

- Concrètement, en matière de recherche:
 - De nombreux aspects doivent encore faire l'objet d'études
- En matière d'interventions:
 - Elles doivent être davantage basées sur des connaissances scientifiques rigoureuses
 - et davantage planifiées et coordonnées



Conclusion 2

- Le genre est toujours un déterminant essentiel de la vulnérabilité vis-à-vis du VIH
- Pour être plus efficaces, les réponses à l'épidémie
 - doivent s'attaquer à toutes les expressions de la domination masculine
 - veiller au respect des droits humains des femmes sans accepter les arguments idéologiques qui vont à l'encontre de ces droits
- Bientôt une « Agence des femmes » aux NU qui coordonnera les actions des agences onusiennes



2^E ANNONCE ET APPEL À COMMUNICATIONS



5^e Conférence Francophone VIH/SIDA

Faculté de Médecine
et de Pharmacie

Casablanca
Maroc

28 - 31 mars 2010

Organisée par

AFRAVIH

ALLIANCE FRANCOPHONE
DES ACTEURS DE SANTÉ CONTRE LE VIH

Merci pour votre attention



Motif d'absence aux consultations au Kenya

Les principaux motifs d'absence sont:

- Pour les femmes
 - Obligations familiales
 - Coût des transports
- Pour les hommes
 - Obligations professionnelles.
- Pas de différence pour les autres facteurs

	Men n=1037	Women n=2117
Deceased	10%	5%
Family commitments	12%	21%
Work commitments	24%	11%
Transport costs	12%	17%
Forgot appointment	5%	6%
Health issues	6%	8%
Patient refusal	1%	2%
Other non-coded	22%	22%

► Ochieng, XVII International Aids Conference, Mexico, 2008

