

VIH/SIDA, Genre et Pauvreté

Par Joseph-Pierre TIMNOU, Université de Yaoundé II
Faculté des Sciences Économiques et de Gestion

YAOUNDE -CAMEROUN
Courriel : jtinnou@yahoo.fr

XXVe Congrès International de la Population -UIESP
Tours-France, 18-23 Juillet 2005

Le SIDA n'est pas seulement une maladie des pauvres

Le lien VIH/SIDA-Pauvreté est évident en observant les données internationales, mais aussi au niveau national à travers les déterminants de la forte prévalence.

Le graphique 1 illustre bien cette situation: l'Afrique Subsaharienne pauvre a la plus forte prévalence, mais l'Asie du Sud et du Sud-Est avec l'Amérique Latine sont pratiquement au même niveau que l'Amérique du Nord. A une échelle plus basse, on trouve l'Afrique du Nord et le Moyen Orient, le plancher pour les groupes de pays considérés étant l'Asie de l'Est. La pauvreté n'est donc pas seule responsable de la pandémie qui ne franchit pas aisément certaines barrières sociales, culturelles ou religieuses.

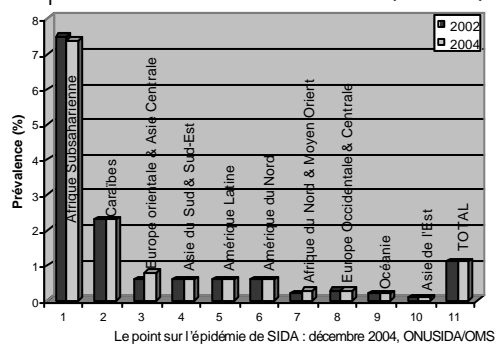
Même les données locales confirment cette tendance comme le montre le cas du Cameroun où l'ensemble Nord (hormis Adamaoua) plus traditionnel et islamisé a une faible prévalence par rapport au Centre ou au Littoral urbanisés et plus modernisés (graphique 2).

INTRODUCTION

L'un des défis majeurs de ce siècle en matière de santé est demeuré la pandémie du SIDA. Installée en Afrique depuis déjà assez longtemps, elle ne montre pas encore de signe évident de régression. En l'absence de vaccins et de sérums, des produits existent, qui stoppent la progression de la maladie tout en traitant les infections opportunistes; mais ils sont hors de portée des populations pauvres.

La pauvreté multidimensionnelle touche différemment les hommes et les femmes. Ces dernières plus vulnérables à plusieurs égards dans les régions pauvres, y payent un plus lourd tribut dans l'expansion du VIH/SIDA, alors que globalement elles sont les moins touchées au niveau mondial. D'où l'illustration de ce schéma de défiance localisé que nous présentons ici.

1 Prévalence du VIH chez les adultes (2002-2004)

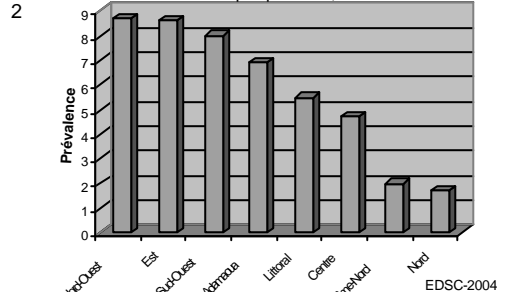


METHODES ET RESULTATS

Les données sur le VIH/SIDA sont aujourd'hui assez variées, résultats des enquêtes nationales (EDS notamment), synthétisées et analysées par la coalition ONUSIDA/OMS. Aussi, nous avons eu recours aux statistiques ONUSIDA/OMS pour les données internationales, et aux enquêtes démographiques et de santé (EDS) pour le Cameroun qui reste l'un des pays les plus touchés par la pandémie. La pauvreté considérée ici est la pauvreté monétaire. Faute de données pour une estimation exacte, une approximation est faite à travers les avoirs domestiques et les caractéristiques de l'habitat. Mais plus simplement, le niveau de modernisation suffit pour faire la différenciation nécessaire.

Quelques illustrations sommaires permettent d'appréhender rapidement l'ampleur du drame qui se dessine en Afrique: un haut niveau d'infection au VIH avec une forte prévalence féminine dans un contexte de grande pauvreté.

2 Prévalence du VIH/SIDA par province, Cameroun - 2004



Toutefois, selon les analyses, le répit de ces pays ne peut être de longue durée sans innovations modernes: lever des tabous sexuels, communication pour le changement de comportement, éducation, etc., toutes choses qui n'échappent pas toujours aux normes sociales.

Le SIDA n'est pas non plus une maladie essentiellement des femmes.

La particularité féminine est plus complexe. Par rapport à la pauvreté monétaire, les femmes sont globalement plus pauvres que les hommes partout. En revanche, la vulnérabilité féminine face au VIH/SIDA est parfois très faible dans certaines régions pas toujours pauvres (normes sociales et religieuses, niveau de développement).

Le groupe de travail mis sur pied par le SG des Nations Unies en 2003 pour se pencher sur la question « Femmes, Filles et VIH/SIDA » en Afrique Sub-Sahélienne a identifié 3 facteurs explicatifs de la grande vulnérabilité des femmes face au VIH/SIDA dans cette région : i) le tabou entourant la sexualité, ii) l'exploitation lucrative et intergénérationnelle du sexe, et iii) les violences faites aux femmes. Ces 3 facteurs s'inscrivent dans un contexte de grande pauvreté et d'inégalités ambiantes.

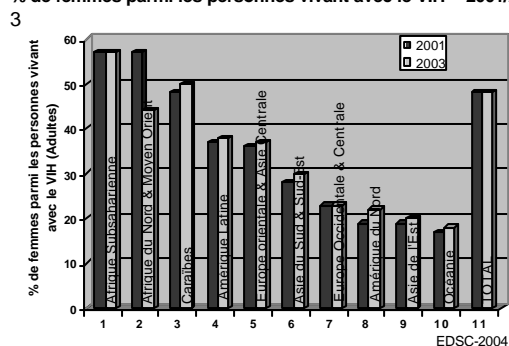
L'Afrique Subsaharienne couve une tragédie toute singulière

L'Afrique subsaharienne qui compte un peu plus de 10% de la population mondiale abrite plus de 60% des personnes vivant avec le VIH. Parmi les jeunes de 15-24 ans, 6,9% des femmes et 2,2% des hommes y vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2004.

Les épidémies présentent une hétérogénéité d'intensité, d'allure et d'impact, et il faudra donc mettre au point des stratégies adaptées aux conditions locales en matière de prévention, de traitement/prise en charge et d'atténuation de l'impact (Garcia-Calleja JM, Boerma T).

Selon les données sur les femmes en milieu urbain, des tendances à la baisse graduelle et modérée dans la plupart des pays semble se dessiner en Afrique de l'Est, la prévalence se stabilise en Afrique centrale et de l'Ouest hormis Cameroun et Côte d'Ivoire avec des valeurs médianes d'infection allant jusqu'à 10 % (voire aussi la

% de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH – 2001/2003



RCA avec une forte prévalence), reste élevée sans signe de baisse réelle hormis Angola longtemps meurtri par la guerre. Neuf pays de l'Afrique Australe cumulent à eux seuls 30 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde !

En moyenne en Afrique Sub-Sahélienne, on compte 13 femmes infectées pour 10 hommes. Cependant, les situations sont très variables, des cas extrêmes se trouvant chez les travailleurs des industries minières et manufacturières d'Afrique du Sud (prévalence du VIH de 14,5%, 24,6% et 17,9% parmi les travailleurs en **Afrique du Sud**, au **Botswana** et en **Zambie** respectivement). Des différences apparaissent en fonction du statut (travailleurs contractuels (23%), non qualifiés (18,3%) et semi-qualifiés (18,7%), qualifiés (10,5%) et les cadres (4,5%)). Le statut migratoire joue aussi, ainsi que le niveau du commerce du sexe (Evian C. et al., 2004).

La réduction de ces disparités tient à 6 actions clés :

- Briser le pont de transmission entre hommes âgés et les jeunes femmes et filles ;
- Assurer la scolarisation continue des filles ;
- Protéger les filles et les femmes contre les longues durées d'exposition au risque d'infection par le biais des violences ;
- Protéger les droits des filles et des femmes à posséder et à hériter des terres ;
- Créer une Charte des Volontaires axée sur les droits et responsabilités des hommes et des femmes qui fournissent soins et appuis aux malades et orphelins ; et
- Indexer les normes sexuelles, violences, stigmates et discriminations comme des freins potentiels à l'accès des femmes aux soins et au traitement.

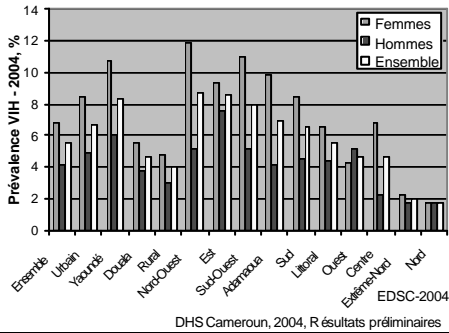
Le Cameroun est une illustration parfaite du drame africain en trois actes: VIH/SIDA – GENRE - PAUVRETE

Par rapport aux estimations antérieures, les niveaux élevés de la prévalence du VIH/SIDA au Cameroun, le niveau actuel se situe autour de 5,5 %. Ceci ne démontre pas une baisse mais davantage fait ressortir la différence méthodologique entre les données du milieu hospitalier ou d'un site sentinelle et une enquête à couverture nationale.

Parmi les grandes villes, le plus grand risque d'infection au VIH/SIDA se trouve à Yaoundé. Les deux grandes villes Douala et Yaoundé exclues, les provinces du Nord-Ouest et du Sud-Ouest présentent de fortes prévalences.

L'Est peut surprendre par sa forte prévalence, car il s'agit d'une des régions les plus enclavées et pauvres. Mais avec l'exploitation forestière, la fréquence des camionneurs peut entre autres expliquer cette situation.

4 Prévalence du VIH/SIDA par sexe et milieu de résidence, Cameroun - 2004



DHS Cameroun, 2004, R résultats préliminaires

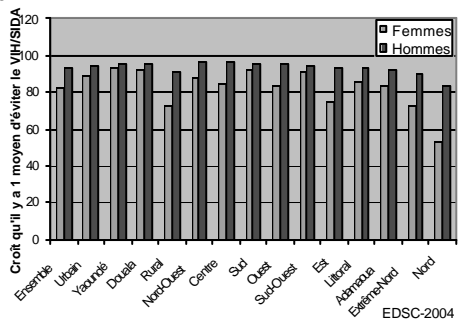
Les questions portant sur les connaissances du VIH/SIDA sont désormais moins discriminantes. En effet, tous les médias sont mis à contribution pour sensibiliser les publics urbain et rural sur cette pandémie. La radio est aujourd'hui un moyen de communication de masse, car le monde rural est de plus en plus informé par cette voie, les postes radios moins chers étant disponibles sur tous les marchés.

La différence entre l'homme et la femme demeure, mais l'écart est généralement faible. Il s'agit ici de la conséquence des différences entre autres d'éducation, et de pouvoir d'achat (réduisant l'accès des femmes à certaines informations). Ainsi plus la société est modernisée, moins les femmes sont marginalisées en matière d'information.

On peut aussi remarquer que les femmes sont plus ignorantes de l'existence du SIDA que des moyens de l'éviter. Ici d'ailleurs on n'a pas demandé ces moyens, pour savoir s'ils sont efficaces ou pas!

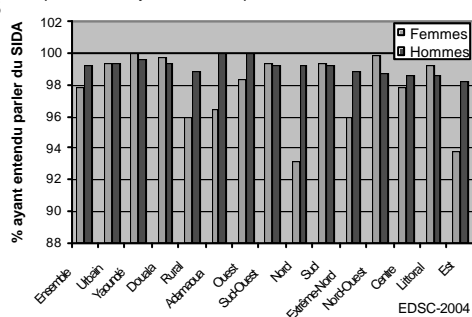
En revanche, les très faibles prévalences du Nord et de l'Extrême Nord pourtant traversés par le pipeline Tchad-Cameroun, avec d'importants mouvements de réfugiés, poussent à l'interrogation. En premier lieu on peut indexer la tradition et les principes islamiques comme ayant contribué à assurer ce bon niveau. C'est le même schéma observé au niveau international avec certains pays du Moyen Orient qui connaissent des prévalences faibles par rapport aux pays développés. En réalité, c'est l'entrée du mal qui est retardée. Une fois installé, il est capable de s'étendre rapidement si des mesures adéquates ne sont pas prises pour le circonscrire et éventuellement le stopper.

6 Croit qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/SIDA



EDSC-2004

5 % de personnes ayant entendu parler du SIDA, Cameroun 2004

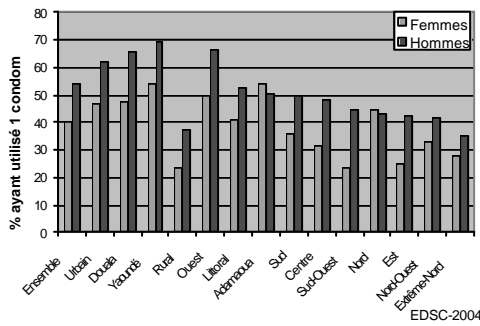


EDSC-2004

Au-delà de la connaissance du SIDA, c'est davantage les bonnes pratiques tenant compte des risques éventuels qui déterminent les niveaux d'expansion de la maladie. En effet, si on ne s'intéresse qu'au dernier rapport sexuel avec un partenaire non cohabitant, ce qui est en général risquant du point de vue de l'infection à VIH, on a des proportions assez élevées de personnes n'ayant pas utilisé de condom. Ces proportions sont très fortes en milieu urbain (grandes villes Yaoundé et Douala). Si la sensibilisation à l'existence du SIDA est assez bien faite, les moyens de protection ne sont pas disponibles en quantité partout, surtout en milieu rural. Les différences régionales pourraient donc avoir plusieurs explications: inaccessibilité du condom, méconnaissance du condom, négligence ou désaffection envers le condom...

Le grand écart des femmes par rapport aux hommes a aussi plusieurs explications: position dominante des hommes qui imposent parfois leur désir, rareté et cherté du condom féminin, faible pouvoir d'achat et de décision, méconnaissance du condom...

7 % de personnes ayant, lors du dernier rapport sexuel avec 1 partenaire non cohabitant, utilisé 1 condom, Cameroun - 2004



CONCLUSION

L'Afrique Subsaharienne demeure à contre-courant des évolutions mondiales en ce qui concerne la pandémie du SIDA, la pauvreté et les questions de genre. Dans un contexte où la lutte pour la réduction de la pauvreté tarde à connaître des succès réels, le VIH/SIDA a atteint des niveaux inégalés dans le monde. La situation de la femme est très critique par rapport à leurs consœurs dans les autres régions du monde.

Aussi, il apparaît essentiel de réduire les taux d'infection chez les femmes et les filles si l'on veut maîtriser le VIH/SIDA. Malheureusement les programmes de prévention et de prise en charge expérimentés depuis quelques années n'y parviennent pas encore. Retrouver le chemin de la croissance économique, relever de façon significative le niveau d'éducation et de renforcement des capacités des femmes, pour ne citer que ces deux contraintes à la maîtrise de la maladie, prennent du temps et nécessitent des stratégies bien adaptées.

Références bibliographiques

- EDS-III, Cameroun, 2004, "Résultats préliminaires, Yaoundé; 43 pages".
- Samoah-Odeh E, Garcia-Calleja JM, Boerma T, 2004, "HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. *Lancet*, 364:35-40".
- ONUSIDA/OMS, 2004, "Le point sur l'épidémie de SIDA : décembre 2004, 95 pages".
- Evian C. et al, 2004, "Prevalence of HIV in workforces in southern Africa, 2000-2001. *South African Medical Journal*, 94(2):125-130".