

GRUPE 4 : SANTE



Society for Women and Aids in Africa

1 - INTRODUCTION

1.1. Le VIH est l'épidémie qui continue à toucher le plus sévèrement l'Afrique. L'Afrique compte à elle seule environ 70% des personnes vivant avec le VIH, alors que sa population représente 10% de la population mondiale. L'Afrique au Sud du Sahara enregistre les chiffres les plus élevés de cas de nouvelles infections par an et les taux les plus élevés de décès dus au SIDA. L'Afrique a aussi le plus grand nombre d'orphelins et d'enfants rendus vulnérables par la pandémie du SIDA. Elle concentre également environ 60% des femmes vivant avec le VIH dans le monde.

1.2. Les impacts socioéconomiques du VIH se font le plus sentir dans les contextes africains. Le VIH affecte la production agricole, l'industrie, les entreprises, les revenus et la croissance économique. L'éducation et le secteur de la santé, paient, également, un lourd tribut à l'épidémie. Le VIH/SIDA entraîne une baisse de la productivité agricole, un abandon de certaines cultures, une réduction des surfaces cultivées et une baisse de la main d'œuvre pouvant aller jusqu'à 25 %. Le SIDA entraîne souvent chez les ménages gérés par des femmes une perte du bétail qui compromet fortement leurs conditions d'existence. Des études estiment qu'en Afrique la croissance du revenu par habitant a été réduite de 0,7% par an environ à cause du VIH/SIDA. Le revenu par habitant aurait progressé au rythme de 1,1% par an, soit près de trois fois le taux moyen annuel de 0,4% obtenu entre 1990 et 1997. Du fait qu'il existait déjà avant le VIH des inégalités très importantes à l'encontre des femmes dans ces secteurs, le VIH peu accentuer ces inégalités. Le VIH se développe dans des contextes de pauvreté et engendre en retour l'accentuation de celle-ci dans une sorte de cercle vicieux entre la pauvreté et le VIH. La féminisation de la pauvreté qui est un phénomène qui ne cesse de s'accroître, semble accompagner la féminisation du VIH en Afrique.

1.3. En relation avec l'épidémie du VIH, se développe également l'épidémie de la tuberculose, alors que les contextes sanitaires demeurent encore très marqués par de fortes mortalités, morbidités liées au paludisme, aux maladies infectieuses et l'expansion des maladies non transmissibles.

1.4. Le statut et la condition des femmes ainsi que les rapports de genre en Afrique font que les femmes sont dans de plus grandes situations de vulnérabilité socio-économique face au VIH/SIDA, qu'elles ont le moins accès aux soins et au traitement, qu'elles subissent le poids le plus élevé de la prise en charge et l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH, des orphelins et des enfants affectés. Elles sont l'objet

des formes les plus sévères de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

1.5. L'amélioration de la condition des femmes et le changement de leur statut et la lutte contre les inégalités de genre figurent au premier plan dans les Déclarations et Engagements Politiques de l'Organisation des Nations Unies et des rencontres de Chefs d'Etat en Afrique. Ils sont également un axe central de la mobilisation de la société civile contre la pandémie du SIDA.

1.6. Le rapport présente la situation du VIH en Afrique et analyse les politiques de réponses tant sur le plan sanitaire que sur le plan des dispositions au plan légal et socioéconomique.

2 - METHODOLOGIE

2.1. La méthodologie utilisée s'appuie sur l'analyse des données disponibles dans les rapports annuels compilés par l'ONUSIDA, l'OMS, le PNUD, la Banque Mondiale et les autres agences des Nations Unies.

2.2. L'analyse s'appuie également sur les rapports des enquêtes démographiques et sanitaires effectuées dans la plupart des pays africains ainsi que les analyses situationnelles effectuées par les membres du réseau SAHARA établis dans une vingtaine de pays africains (Mali, Guinée, Guinée Bissau, Bénin, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, RDC, Gambie, Cap Vert, Ile Maurice, Egypte, Burkina Faso, Cameroun, Kenya, Afrique du Sud, Ghana, RCA).

3 – SITUATION GENERALE DES FEMMES ET DU VIH EN AFRIQUE

3.1. Il est un fait connu que les femmes constituent à l'heure actuelle la majorité des personnes vivant avec le VIH en Afrique au Sud du Sahara ; dans certains pays, les femmes de 15 à 24 ans ont jusqu'à 6 fois plus de risques d'être infectées que les hommes de la même catégorie d'âge. La situation des jeunes est d'autant plus préoccupante que plus de la moitié de toutes les nouvelles infections se produisent dans la catégorie des moins de 25 ans et dans cette catégorie les femmes sont les plus touchées. Pour tous les pays africains et pour l'Afrique au Sud du Sahara, la prévalence des femmes de 15 à 24 ans est estimée à 4,3% (estimation entre 3,7% et 5,1%) et pour les hommes dans la même tranche d'âge, les estimations tournent autour de 1,5% (intervalles : 1,3% - 1,7%). Les prévalences les plus élevées chez les femmes de 15 à 24 ans sont plus fréquentes en Afrique Australe ou dans certains pays, elles dépassent 20% des jeunes femmes de 15 à 24 ans avec des écarts tout aussi substantiels par rapport à la prévalence chez les hommes de la même tranche d'âge, même si celle-ci atteint plus de 5% dans certains cas.

3.2. *Tableau 1 : Prévalence du VIH chez les femmes et les hommes âgés de 15-24 ans en Afrique au Sud du Sahara*

Pays	% chez les femmes	Interventions	% chez les hommes	Interventions
Angola	2.5	[1.2 - 4.2]	0.9	[0.4-1.4]
Bénin	1.1	[0.6 - 1.8]	0.4	[0.2-0.6]
Botswana	15.3	[15.2 - 20.3]	5.7	[5.6-7.5]
Burkina Faso	1.4	[0.8 - 2.0]	0.5	[0.3-0.6]
Burundi	2.3	[2.0 - 2.7]	0.8	[0.7-0.9]
Cameroun	4.9	[4.4 - 5.3]	1.4	[1.3 – 1.6]
RCA	7.3	[2.7 - 13.1]	2.5	[0.9 – 4.5]
Chad	2.2	[0.9 - 3.9]	0.9	[0.4 – 1.6]
Comores	<0.1	[<0.2]	<0.1	[<0.2]
Congo	3.7	[1.9 - 5.7]	1.2	[0.6 – 1.9]
Côte d'Ivoire	5.1	[2.6 - 7.9]	1.7	[0.9 – 2.9]
RDC	2.2	[1.0 - 3.8]	0.8	[0.3 – 1.3]
Djibouti	2.1	[0.5 - 4.6]	0.7	[0.2 – 1.6]
Guinée Equatoriale	2.3	[1.8 - 2.7]	0.7	[0.6 – 0.9]

Eritrée	1.6	[0.7 - 2.7]	0.6	[0.3 - 1.0]
Gabon	5.4	[2.7 - 8.7]	1.8	[0.9 - 3.0]
Gambie	1.7	[0.7 - 2.9]	0.6	[0.2 - 1.0]
Ghana	1.3	[1.1 - 1.5]	0.2	[0.2 - 0.3]
Guinée	1.4	[1.1 - 1.6]	0.5	[0.4 - 0.5]
Guinée Bissau	2.5	[1.1 - 4.3]	0.9	[0.4 - 1.5]
Kenya	5.2	[4.5 - 6.0]	1.0	[0.9 - 1.2]
Lesotho	14.1	[13.3 - 15.0]	5.9	[5.5 - 6.2]
Madagascar	0.3	[0.1 - 0.6]	0.6	[0.2 - 1.3]
Malawi	9.6	[3.9 - 16.8]	3.4	[1.4 - 5.9]
Mali	1.2	[0.9 - 1.5]	0.4	[0.3 - 0.5]
Mauritanie	0.5	[0.2 - 1.0]	0.2	[0.1 - 0.3]
Mozambique	10.7	[6.0 - 15.8]	3.6	[2.0 - 5.3]
Namibie	13.4	[15.2 - 24.7]	4.4	[1.7 - 8.1]
Niger	0.8	[0.3 - 1.4]	0.2	[0.1 - 0.4]
Nigeria	2.7	[1.3 - 4.4]	0.9	[0.4 - 1.5]
Rwanda	1.9	[1.9 - 2.0]	0.8	[0.7 - 0.8]
Senegal	0.6	[0.2 - 1.1]	0.2	[0.1 - 0.4]
Sierra Leone	1.1	[0.6 - 1.7]	0.4	[0.2 - 0.6]
Somalia	0.6	[0.3 - 1.1]	0.2	[0.1 - 0.4]
Afrique du Sud	14.8	[13.2 - 16.3]	4.5	[4.0 - 4.9]
Swaziland	22.7	[11.5 - 35.9]	7.7	[3.9 - 12.1]
Togo	2.2	[1.0-3.6]	0.8	[0.4 - 1.2]
Uganda	5.0	[4.2-5.7]	2.3	[1.9 - 2.6]
Tanzanie	3.8	[3.4-4.2]	2.8	[2.5 - 3.1]
Zambie	12.7	[11.9 - 13.6]	3.8	[3.6 - 4.0]
Zimbabwe	14.7	[7.7 - 23.2]	4.4	[2.3 - 6.9]

Source : ONUSIDA, 2006

3.3. Selon les données des enquêtes démographiques et sanitaires, dans pratiquement tous les pays africains (la seule exception au regard des données disponibles est dans le Botswana), il existe un écart entre hommes et femmes au niveau de connaissance du VIH. La connaissance compréhensive du VIH étant plus fréquente chez les hommes de 15 à 24 ans comparée aux femmes du même groupe d'âge.

3.4. Le tableau ci-dessous montre que non seulement existaient pratiquement partout en Afrique, mais en plus qu'en 2005, aucun des pays africains n'est parvenu à faire de sorte qu'au moins la moitié de sa population jeune (15-24 ans) ou des jeunes hommes ou des jeunes femmes parviennent à une connaissance compréhensive du VIH.

3.5. *Tableau 2 : Pourcentage de jeunes (15-24 ans) qui ont une connaissance compréhensive du VIH/SIDA*

Pays	Hommes	Femmes
Bénin	14.0	8.0
Botswana	33.0	40.0
Burkina Fasso	23.0	15.0
Burundi		
Cameroon	34.0	27.0
Chad	21.0	8.0
Congo		
Eritrea		37.0
Ghana	44.0	38.0
Kenya	47.0	34.0
Madagascar	16.0	19.0
Mali	15.0	9.0
Mozambique	33.0	20.0

Nigeria	21.0	18.0
United Republic of Tanzania	49.0	44.0
Zambia	33.0	31.0

Source : ONUSIDA, 2006

3.6. La vulnérabilité des jeunes femmes apparaît de manière plus nette quand on se rend compte que très souvent les hommes de 15 à 24 ans sont plus nombreux à avoir des rapports sexuels avant 15 ans comme cela apparaît dans plusieurs données de pays africains. Ce qui laisse supposer que les jeunes femmes ont été probablement contaminés par des hommes plus âgés.

3.7. Dans des pays où les femmes de 15 à 24 ans sont plus nombreuses à avoir des rapports sexuels avant 15 ans par exemple : le Mali (respectivement 26% et 10% chez les femmes et chez les hommes), la Mauritanie (13,2% et 2,1%, le Nigeria (20,3% et 7,8%), il existe une forte prévalence de mariages précoces chez les jeunes filles ce qui fait que dans beaucoup de cas, les jeunes femmes ont été contaminées par leur maris.

3.8. L'analyse de la situation du VIH en Afrique met en relief la prévalence inquiétante de femmes enceintes vivant avec le VIH qui apparaît dans les données de surveillance sentinelle du VIH. A ce niveau, les pays africains sont encore très peu nombreux à avoir enregistré des baisses substantielles de la prévalence du VIH au sein des femmes enceintes dépistées dans les grandes villes. Néanmoins, des progrès notables (entre 2000 –2005) ont été seulement enregistrés en Angola, au Burkina Faso, au Burundi, en Ethiopie, en Ouganda, au Zimbabwe.

3.9. La vulnérabilité des femmes au sein du mariage ou des couples stables apparaît également de manière très nette quand on analyse le pourcentage de personnes de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en dehors de leur conjoint ou de leur partenaire régulier.

3.10. *Tableau 3 : Pourcentage de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en dehors du conjoint ou du partenaire régulier*

Pays	Femmes	Hommes
Burkina Fasso	82.0	19.0
Cameroun	86.0	41.0
Côte d'Ivoire	91.0	51.0
Ethiopie	64.0	7.0
Guinée	92.0	23.0
Kenya	92.0	39.0
Malawi	71.0	17.0
Rwanda		42.0
Tanzanie		87.0
Togo		89.0
Uganda		59.0
Zimbabwe		82.0

Source : ONUSIDA, 2006

3.11. Au bout du compte, les programmes de prévention tels qu'ils se déroulent dans la plupart des pays africains ne semblent pas avoir eu un impact significatif dans la majorité de ces pays et ne sont pas parvenus à faire que ceux-ci atteignent l'objectif de la Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA qui visait à réduire de 25% la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans, de 2000 à 2005. Les dispositions au plan de la protection des droits des jeunes femmes, notamment les droits de la femme mariée ou en instance de mariage, devraient être prises et renforcées en même temps que des politiques audacieuses visant à accroître leur autonomie au plan des conditions matérielles et socioéconomiques.

3.12. Dans tous les pays africains y compris ceux à faible prévalence du VIH, les femmes impliquées dans des activités sexuelles commerciales enregistrent des taux élevés de prévalence du VIH dans le même cas où elles ne bénéficient que d'une très faible partie des financements prévus pour la lutte contre le VIH. C'est

le cas de l'analyse des données relatives au Ghana où les travailleuses de sexe qui constituent le groupe le plus vulnérable bénéficie des financements les plus faibles.

4 – EVALUATION DES POLITIQUES DE REPONSES

4.1. De manière générale, comparée au début de l'épidémie, les enquêtes actuelles montrent qu'il y a des tendances encourageantes à la baisse des pourcentages des jeunes, hommes et femmes qui ont commencé l'activité sexuelle avant 15 ans. Cette tendance est très nette dans 9 des 14 pays pour lesquels, on dispose des données substantielles. Cette tendance devrait, cependant, être accompagnée par des réponses multisectorielles visant notamment, en plus de la sensibilisation sur le VIH, l'accélération de l'éducation des filles, leur maintien à l'école et l'élimination des contraintes socioculturelles et économiques qui les placent dans des situations favorables au comportement sexuel à risque.

4.2. La plupart des pays africains ne semblent pas avoir réussi à atteindre les objectifs de la Déclaration d'Engagement sur VIH qui consiste à assurer à 50% des jeunes des interventions essentielles de prévention en 2005. Seulement deux pays africains (le Malawi et le Swaziland) sur les dix pays disposant de données en la matière ont atteint une couverture de 90% d'écoles disposant d'enseignants qualifiés qui dispensent une éducation compréhensive sur la prévention du VIH.

4.3. Plusieurs pays africains se sont engagés à rendre les médicaments antirétroviraux disponibles. Cependant, la couverture par les antirétroviraux est très inégalement répartie (par exemple : 3% en République Centrafricaine, 47% au Sénégal et 85% au Botswana). Les programmes de prévention de la transmission mère-enfant par la prophylaxie antirétrovirale, de même que ceux destinés à la prophylaxie pour la femme enceinte, connaissent des niveaux de réalisation très divers et des fluctuations relativement importantes selon les pays, entre 2003 et 2005.

4.5. *Tableau 4 : Prévention transmission mère-enfant / Prophylaxie antirétrovirale*

Country	% de femmes enceintes infectées recevant un traitement antirétroviral pour réduire la transmission mère-enfant	% de femmes enceintes infectées recevant la prophylaxie antirétrovirale	% de femmes enceintes infectées recevant un traitement antirétroviral pour réduire la transmission mère-enfant	% de femmes enceintes infectées recevant la prophylaxie antirétrovirale
Angola		0.0	23	
Benin	0.0 ¹	94.0	18.0	38.0
Botswana	34.0	18.8		
Burkina Faso	<1.0	0.1		1.1
Burundi		1.2	13.2	2.4
Cameroon		6.9		4.2
Central African Republic			16.4	
Chad	0.0 ¹			0.2
Comoros				
Congo		13.3	98.6	
Democratic Republic of the Congo		0.6		
Côte d'Ivoire		1.5	4.4	4.3
Djibouti				
Equatorial Guinea				
Eritrea		0.9		

Ethiopia	<1.0	0.2	3.0	0.3
Gabon			10.7	0.7
Gambia		2.8		16.6
Ghana		1.3	0.5	1.3
Guinea		0.0		0.4
Guinea-Bissau			19.5	
Kenya	1.0	3.4	9.3	27.0
Lesotho			5.3	5.1
Liberia				
Madagascar			0.0	0.0
Malawi	<1.0	1.7	2.3	
Mali		0.5	0.7	0.8
Mauritania		40.4		
Mauritius	100.0			
Mozambique		1.3	4.9	3.4
Namibia	7.0	1.3	25.0	17.4
Niger	0.0 ¹			
Nigeria	<1.0	0.1		0.2
Rwanda		13.8	9.4	
Senegal		0.4		1.4
Seychelles	100.0		97.7	
Sierra Leone	0.0			
Somalia			3.3	
South Africa	<1.0 ¹	8.9	78.7	14.6
Swaziland		1.4	16.2	11.9
Togo	4.6	0.3	32.8	1.8
Uganda		6.6	12.0	25.9
Unite Republic of Tanzania	0.0	0.3		
Zambia		6.3	25.0	4.0
Zimbabwe		4.1	6.6	4.4

Source: ONUSIDA, 2006

4.6. La question de l'accès aux antirétroviraux chez les femmes et les femmes enceintes en particulier, pose de manière urgente le traitement des questions relatives à la stigmatisation et à la discrimination à l'encontre des femmes vivant avec le VIH. Dans la vingtaine de pays où le programme SAHARA a pu collecter des données qualitatives, on a documenté des cas d'abandon, d'expulsion du foyer, de spoliation des droits d'héritage, de femmes dont la séropositivité a été connue ou soupçonnée à l'occasion d'une grossesse ou du décès du conjoint. Les dispositions légales pour protéger la femme n'existent que très peu dans les pays africains et là où elles existent, elles ne sont que très peu appliquées.

4.7. Les données compilées par l'ONUSIDA ne permettent pas de dénombrer combien de pays africains ont voté de nouvelles lois pour protéger les personnes vivant avec le VIH. Des consultations existent cependant entre pays africains de la CEDEAO et plusieurs parlements sont actuellement, en train de discuter de projets de loi sur la protection juridique des personnes vivant avec le VIH. La part de protection des droits de femmes dans ces projets de loi en discussion, semble encore très limitée.

4.8. La plupart des législations africaines sur la santé de la reproduction envisage celle-ci dans le cadre quasi exclusive de la famille et du mariage (laquelle n'est pas indépendante des réponses concernant le VIH). Ainsi il existe plusieurs vides juridiques pour protéger les femmes qui sont dans des relations sexuelles non inscrites dans ces cadres.

4.9. Nombre de codes de famille perpétuent des inégalités sexistes ou d'essence patriarcale pouvant renforcer la vulnérabilité des femmes au VIH. Par exemple, le code de famille du Sénégal considère au mariage à 16 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons.

L'homme est considéré comme le « chef de famille » (ce qui lui confère une autorité transcendant de contrôle sexuel ou le contrôle sur les enfants que la femme pourrait avoir), alors que dans le contexte du

SIDA, la plupart des femmes ont été contaminées par leurs maris. La polygynie est aussi une option reconnue par le code de famille qui, par ailleurs ne reconnaît pas la polyandrie. Ce qui fait que dans le contexte des inégalités de conditions sociales et de faiblesse de l'autonomie économique des femmes, celles-ci ont très peu de moyens de s'opposer à la polygamie.

4.10. Dans la plupart des pays africains, il existe des dispositions légales réprimant les rapports sexuels entre hommes, ce qui fait que les personnes dans ces situations ont très peu accès à la prévention et à la prise en charge du VIH (une prévalence du VIH de 20% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été notée au Sénégal), alors que la prévalence nationale dans ce pays est 0,7%. Or très souvent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont aussi des rapports sexuels avec les femmes. On se trouve ainsi dans des situations de vulnérabilité des femmes accentuée par un déni des formes de sexualité qui ne sont pas officiellement acceptées.

4.11. Les dépenses publiques des Etats africains de 2001 à 2005 pour lutter contre le VIH/SIDA ont globalement considérablement augmentées (130%) pour atteindre un montant de 641 millions de dollars en 2005. Les augmentations les plus importantes en terme absolu ont eu lieu en Afrique du Sud et au Botswana.

4.12. *Tableau 5 : Dépenses domestiques et publiques (en millions de \$)*

Country	2001	2002	2003	2004	2005
Angola				\$8.90	
Benin				\$10.60	
Botswana	\$69.80				\$165.00
Burkina Faso	\$2.20	\$5.40	\$9.30	\$11.00	\$8.00
Burundi		\$5.70	\$5.70	\$18.60	\$14.00
Cameroon					\$4.40
Central African Republic			\$0.60		\$0.70
Chad			\$0.20	\$0.50	\$0.90
Congo			\$0.10	\$0.10	\$4.70
RDC					\$3.60
Côte d'Ivoire			\$1.80	\$5.20	\$5.80
Djibouti					
GuinéeEquatoriale					
Eritrée					
Ethiopie					
Gabon					\$6.70
Gambie				\$5.50	
Ghana		\$2.50	\$9.30		
Guinée			\$0.20	\$0.20	\$0.30
Guinée-Bissau	\$0.50	\$0.50	\$0.50	\$0.50	
Kenya		\$22.10	\$33.10	\$33.20	
Lesotho				\$1.30	\$1.40
Liberia				\$0.10	
Madagascar			\$0.10	\$0.20	\$0.20
Malawi	\$3.10	\$4.50	\$5.40	\$10.70	\$8.70
Mali				\$3.50	
Mauritanie					
Maurice				\$0.10	
Mozambique				\$2.60	
Namibie			\$35.00		\$38.60
Niger					
Nigeria			\$6.40	\$6.50	
Rwanda			\$1.30	\$2.70	\$1.70
Senegal			\$5.90	\$11.90	
Sierra Léone					

Somalie					
Afrique du Sud	\$79.50	\$121.20	\$219.20	\$340.50	\$446.50
Swaziland			\$2.60		\$4.00
Togo			\$0.70	\$0.90	\$0.60
Ouganda				\$18.80	
Tanzanie	\$2.80		\$5.60	\$22.10	\$45.00
Zambie					\$32.00
Zimbabwe			\$6.30	\$9.90	\$12.10

Source : ONUSIDA, 2006

4.13. Il reste cependant difficile d'estimer la part de ces augmentations qui reviennent aux actions, projets ou programmes destinés aux femmes ou ayant un impact sur elles.

4.14. Il y a très peu d'études sur la situation des femmes et les aspects socioculturels des relations de genre qui pourraient influencer l'introduction et le développement des nouvelles technologies de prévention à l'étude dans les essais cliniques en cours (circoncision, microbicides, prophylaxie orale, vaccin, etc...).

CONCLUSION

Des progrès substantiels ont été réalisés depuis la Déclaration d'Engagement sur le SIDA et les conférences de Abuja et de Maputo.

Si le tableau global du VIH/SIDA continue à être préoccupant et à indiquer des tendances préoccupantes, il reste qu'il y a des signes annonciateurs d'espoir dans plusieurs pays qui connaissent actuellement des baisses de leur prévalence globale ou une stabilité relative de celle-ci.

La mobilisation des femmes a pris de l'ampleur dans tous les pays africains et a amené des processus de reconnaissance formelle de droits et de développement de programmes spécifiques de prévention et de prise en charge en leur intention. Mais pour la plupart des cas, ces programmes sont encore très limités ; les financements demeurent insuffisants et les changements structurels induits par des transformations sociales sont encore très loin à se dérouler. La mobilisation des Etats et de la société civile pourrait à ce propos aider à construire des déclis accélérateurs nécessaires.

RECOMMANDATIONS

- Il est urgent que les Etats africains, la société civile et les organismes s'engagent à appuyer les recherches en sciences sociales à mesure d'analyser de manière approfondie les contextes socioculturels et les rapports de genre qui mettent les femmes africaines dans des situations de vulnérabilité accrue. Ces études aideront à élaborer des stratégies continentales et locales de transformation de cette situation de vulnérabilité.
- Il est nécessaire d'impliquer de manière plus approfondie les femmes dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des projets et programmes de lutte contre le VIH et dans les processus de prise de décision les concernant.
- Il est important de fédérer les associations féminines et les dynamiques de recherche aux échelles continentale et locale pour une éclosion du leadership féminin dans la lutte contre le VIH.