



ONUSIDA - UNION AFRICAINE | RÉFÉRENCE | 2015

ÉMANCIPER LES JEUNES FEMMES ET LES ADOLESCENTES :

ACCÉLÉRER LA FIN DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA EN AFRIQUE



Copyright © 2015
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ONUSIDA / JC2746E

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	2
3 engagements politiques pour accélérer la fin du SIDA	4
INTRODUCTION	5
LA RIPOSTE AU SIDA EN AFRIQUE: JEUNES FEMMES ET ADOLESCENTES LAISSÉES POUR COMPTE	8
Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et maintenir la mère en vie	9
Les raisons principales expliquant que les jeunes femmes et les adolescentes sont vulnérables au VIH	13
AFRIQUE: UNE RIPOSTE DYNAMIQUE POUR UN CONTINENT DYNAMIQUE EN RAPIDE TRANSITION	15
L'Afrique connaît une croissance économique rapide	15
La population de l'Afrique est jeune et croît rapidement	15
L'Afrique est un continent à urbanisation rapide	16
5 RECOMMANDATIONS CLÉ POUR ACCÉLÉRER LA RIPOSTE AU VIH ET LA FIN DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA, CHEZ LES JEUNES FEMMES ET LES JEUNES FILLES EN AFRIQUE D'ICI 2030	18
1. Capacité d'agir, participation et leadership des femmes	18
2. Les stratégies pour réduire la violence entre partenaires intimes font diminuer la vulnérabilité au VIH	19
3. Améliorer l'accès à la protection sociale et transferts en espèces pour réduire la vulnérabilité des jeunes filles au VIH	20
4. Faire en sorte que les filles poursuivent leur scolarité et pourquoi une éducation sexuelle complète est importante	21
5. Amélioration de l'accès aux soins et intégration du VIH dans les services de santé sexuelle et de santé reproductrice	22
Conclusion	23
RÉFÉRENCES	24

AVANT-PROPOS

Garantir les droits et l'émancipation des femmes et des jeunes filles d'Afrique de cette génération est une obligation morale. Il s'agit d'un impératif de développement et d'un investissement judicieux qui va protéger la santé des femmes et des filles sur le continent et assurer une croissance durable et n'excluant aucun groupe en Afrique. Émanciper les femmes va permettre d'accélérer la fin de l'épidémie de SIDA.

Nous pouvons dire, après quarante ans d'épidémie de VIH et de riposte au virus, que nous avons fait des progrès encourageants. Un nombre plus important que jamais de patients vivant avec le VIH a accès à des traitements permettant de sauver leurs vies. Le nombre de décès dus à des causes liées au SIDA a diminué. Moins de nouveau-nés naissent avec le VIH et le nombre de nouvelles infections par le VIH a baissé. Les engagements pris par les dirigeants africains, les efforts incessants de la société civile - notamment les mouvements des femmes et les femmes vivant avec le VIH - associés aux innovations scientifiques et à la solidarité mondiale, ont contribué à ces grandes avancées. La riposte se trouvera plus encore renforcée par l'engagement des dirigeants africains à mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici 2030, en agissant en faveur de la responsabilité partagée et de la solidarité mondiale.

Pourtant, en dépit de ces progrès, les adolescentes et les jeunes femmes sont toujours laissées pour compte et se voient privées de l'exercice de leurs pleins droits. Elles sont souvent incapables de bénéficier de l'enseignement secondaire et d'un travail rémunéré officiel dans des conditions décentes, qui leur permettraient de se constituer des compétences, des atouts et de la résistance. La menace de la violence est omniprésente et ce, pas uniquement dans les situations de conflit et de post-conflit. Certaines adolescentes et jeunes femmes sont mariées et deviennent mères alors qu'elles sont encore enfants. On les empêche souvent de prendre des décisions quant à leur santé et de chercher à recourir à certains services essentiels. Cette association de facteurs aggrave à la fois de leur risque de contracter le VIH et leur vulnérabilité au virus. Les conséquences du VIH sur les jeunes femmes et les adolescentes sont préoccupantes: ces jeunes femmes et adolescentes rendent compte d'un cas de nouvelle infection à VIH sur quatre en Afrique subsaharienne et ont deux fois plus de risques que les jeunes hommes et les adolescents de vivre avec le VIH.

Les variables et les risques associés à la santé sexuelle et reproductive et au VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes sont liés à des inégalités entre les sexes qui sont intimement liées au tissu socioculturel, économique et politique de la société. Libérer le potentiel de la moitié de la population de la région et puiser dans la force de la plus grande population jeune de l'histoire va favoriser à la fois le progrès durable dans la riposte au VIH et les résultats en matière de développement au sens plus large.

Pour reprendre les termes de l'archevêque Desmond Tutu : « Si nous voulons voir une réelle évolution dans le monde, nous devons concentrer notre investissement sur les femmes. » Ceci est vrai pour la riposte au SIDA, qui demande une plus grande attention, la réaffirmation des engagements et des actions reposant sur des ressources suffisantes pour garantir la santé, les droits et le bien-être des adolescentes et des jeunes femmes aux différents moments de leur vie. Les solutions engagent tous les secteurs de la société et doivent être prêtes à incorporer les innovations.

Le message clé des progrès en matière de droits des femmes et d'égalité des sexes afin d'accélérer la fin du SIDA chez les adolescentes et les jeunes femmes, message dont les grandes lignes sont exposées dans le présent rapport, est une importante contribution au thème annuel de 2015 de l'Union Africaine « L'émancipation des femmes et le développement vers l'Agenda 2063 pour l'Afrique ». Il va guider notre projet et nos actions futures.

Alors que la communauté africaine et la communauté mondiale se trouvent à l'aube d'une nouvelle ère de développement durable, rassemblons-nous, mobilisons-nous et réaffirmons notre engagement envers l'émancipation des jeunes filles et des jeunes femmes. Une base solide reposant sur la justice sociale, les droits humains et l'égalité des sexes nous permettra d'organiser une riposte au SIDA impressionnante et de mettre fin à l'épidémie.

Michel Sidibé,
Directeur exécutif,
ONUSIDA

Nkosazana Dlamini-Zuma,
Présidence,
Commission de l'Union Africaine

Trois engagements politiques pour accélérer la fin du SIDA chez les jeunes femmes et les adolescentes d'ici 2030.

Nous nous engageons à :

- 1 Mettre fin aux nouvelles infections par le VIH chez les jeunes femmes et les adolescentes et éliminer la cause majeure de décès chez les adolescents que représente le SIDA, en réaffirmant l'engagement de l'Afrique envers la santé et les droits sexuels et reproductifs dans le Protocole de Maputo et le Plan d'Action et en mettant en place les conditions permettant aux femmes de faire valoir leurs droits, d'accéder aux services et de vivre une vie exempte de violence et de discrimination;
- 2 Mettre fin aux nouvelles infections par le VIH et émanciper les jeunes femmes et les adolescentes en nous investissant dans un Engagement ministériel, dans toute l'Afrique, portant sur une éducation sexuelle complète, et en nous appuyant sur l'Engagement ministériel 2013 d'Afrique orientale et australe;
- 3 Mettre fin aux nouvelles infections par le VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie, en mettant fin aux mariages précoces et aux grossesses chez les adolescentes, en améliorant l'accès aux services prévenant la transmission du VIH de la mère à l'enfant et en doublant l'accès au traitement.

INTRODUCTION

Grâce à la plateforme fournie par les nouveaux Objectifs de Développement Durable et en tirant parti des réussites de la riposte au SIDA observées à ce jour, le continent africain dispose d'une chance sans précédent de mettre fin, d'ici 2030, à l'épidémie de SIDA et à la menace publique qu'il constitue.

Il est nécessaire pour cela de s'adapter au dynamisme et aux chances du continent et d'atteindre les personnes les plus vulnérables au VIH – les jeunes femmes et les adolescentes. Il faut à cette fin également prendre des mesures pour cibler les causes profondes de la vulnérabilité. Pour les jeunes femmes et les adolescentes, l'ampleur de cette vulnérabilité au VIH ne peut s'expliquer par la seule biologie, mais réside dans l'inégalité des sexes, la violence entre partenaires intimes, et la manque d'émancipation.

Depuis l'adoption, en 1995, de la Déclaration et du Programme d'action de Pékin, la réalité de la plupart des femmes et des filles dans le monde entier, notamment en Afrique, est que la lenteur du changement a été inacceptable. Les femmes et les filles sont sujettes à de nombreuses formes corrélées de discrimination. Ces inégalités sont encore plus graves pour les femmes marginalisées, comme les femmes handicapées, les femmes migrantes, les professionnelles du sexe, et les femmes transgenres qui encourent également des risques plus élevés de discrimination et de violence (8). Il demeure également de grandes disparités dans, par exemple, la scolarité des filles, moins d'une fille sur trois étant inscrite en enseignement secondaire en Afrique subsaharienne; mentionnons enfin l'inégalité de l'accès aux chances économiques ainsi que le manque de pouvoir décisionnel à la maison et dans la société au sens large (3,7).

Ceci se manifeste, dans le contexte du VIH, de diverses façons. Les jeunes femmes et les adolescentes contractent le VIH 5–7 ans plus tôt que les jeunes hommes et, dans certains pays, la prévalence du VIH chez les jeunes femmes et les adolescentes est jusqu'à huit fois supérieure à celle des jeunes hommes et des adolescents. Bien que des médicaments antirétroviraux soient disponibles, les causes liées au SIDA demeurent la principale cause de décès en Afrique des adolescentes et les femmes en âge de procréer.

Ces jeunes femmes et filles sont pour la majorité nées et grandissent dans des communautés où elles ne sont pas traitées en égales. Beaucoup ne peuvent réduire leur vulnérabilité au VIH car elles sont dans l'incapacité de prendre des décisions quant à leurs propres soins de santé et car elles ne sont pas en mesure de choisir à quel âge ou avec qui se marier, quand avoir des relations sexuelles et comment se protéger ou décider du nombre d'enfants qu'elles ont.

Les conséquences de l'inégalité des sexes sont d'une portée considérable. L'égalité des sexes est intrinsèquement importante car la capacité de faire des choix affectant la vie

d'un individu est un droit humain de base et devrait être égale pour tous, indépendamment du genre. L'égalité des sexes est toutefois également importante sur le plan instrumental, car elle contribue aux économies et aux principaux objectifs du développement(7).

Pour être efficace, tout programme de santé et de développement doit cibler la cause profonde de l'écart hommes-femmes. La riposte au SIDA n'est pas différente.

Il existe toutefois également de bonnes nouvelles sur lesquelles nous appuyer. Ces dernières vingt années, l'écart hommes-femmes s'est comblé dans de nombreux domaines, notamment dans l'enseignement primaire, où il s'est comblé dans la plupart des pays. En outre, l'espérance de vie des femmes dans les pays à faible revenu est maintenant de 20 ans plus longue en moyenne qu'en 1960 et, au cours des 30 dernières années, la participation des femmes au travail rémunéré s'est accrue dans la majeure partie du monde en voie de développement (7).

On note également un engagement politique significatif de la part du Continent Africain, qui s'investit dans l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes avec des objectifs et des cibles spécifiques en matière de riposte au VIH et de santé et droits sexuels et reproductifs. Il vaut la peine d'énumérer ces engagements. Les dirigeants africains ont entériné les priorités de l'égalité des sexes et les droits dans (entre autres) l'Agenda 2063 de l'Union Africaine; le Protocole relatif à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relative aux Droits de femmes en Afrique (Déclaration de Maputo 2003); la Déclaration Solennelle sur l'Égalité des Sexes en Afrique (2004); la Stratégie de Santé Sexuelle et Reproductive pour la Région de la communauté de développement de l'Afrique australe (2006–2015); L'Engagement ministériel 2013 sur l'éducation sexuelle complète et la santé et les droits sexuels et reproductifs en Afrique orientale et en Afrique australe; la Stratégie Arabe de la lutte contre le SIDA 2014 et l'Initiative Arabe de lutte contre le SIDA 2012; la Déclaration Addis Abeba sur la Population et le Développement en Afrique après 2014. La Déclaration 2013 du Sommet Spécial de l'Union Africaine sur le VIH/ SIDA, la Tuberculose et la Malaria, etc.

La profondeur et l'amplitude de cette plateforme politique et le potentiel d'action de transformation des vies des jeunes femmes et adolescentes en Afrique ne peuvent être sous-estimées.

L'objectif de ce plaidoyer est de guider la sensibilisation régionale et mondiale et d'inspirer le dialogue politique au cours de l'année à venir, notamment dans les contextes de l'Agenda 2063 de l'Union Africaine et du programme de développement durable au-delà de 2015. Par cet engagement, nous pouvons attendre nos objectifs d'accélération (Fig. 1) pour mettre fin au SIDA en tant que menace à la santé jusqu'en 2030.

Le plaidoyer expose les grandes lignes :

- Des progrès en cours, des disparités et des conséquences du VIH chez les jeunes femmes et les adolescentes en Afrique ;
- De la façon dont nous devons nous adapter au vu du contexte dynamique du continent africain et ce dont nous devons tenir compte dans la riposte ;
- De la façon dont nous tirons parti des engagements des dirigeants africains pour mettre fin au SIDA et transformer les vies des jeunes femmes et des adolescentes sur le continent.

Fig. 1

Objectifs d'accélération

Jusqu'en 2020

90-90-90

Traitement du VIH

500 000

Nouvelles infections par le VIH

ZERO

Discrimination

Jusqu'en 2030

95-95-95

Traitement du VIH

200 000

Nouvelles infections par le VIH

ZERO

Discrimination

i.e. maximum 500 000 nouvelles infections jusqu'en 2020 et 200 000 nouvelles infections jusqu'en 2030.

74%

Pourcentage des nouvelles infections par le VIH chez les adolescents en 2013 en Afrique survenant chez des filles

3x

Prévalence du VIH parmi les jeunes femmes et les adolescents par rapport aux jeunes hommes et adolescents

HIV

Principale cause de décès chez les adolescents africains

15%

Pourcentage des jeunes femmes entre 15 et 24 ans en Afrique subsaharienne

LA RIPOSTE AU SIDA EN AFRIQUE : JEUNES FEMMES ET ADOLESCENTES LAISSÉES POUR COMPTE

Dans le monde entier, et en Afrique, les nouvelles sont bonnes. Les efforts que nous avons fait, tous ensemble, pour mettre fin au SIDA sont payants. Un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH suit un traitement, davantage de personnes connaissent leur statut sérologique et le nombre de décès liés au SIDA baisse. Les taux d'infection à VIH chez les jeunes, dans le monde et en Afrique, entre 15 et 24 ans sont également en déclin (459 000 nouvelles infections en 2013 par rapport à presque 715 000 nouvelles infections dix ans plus tôt).

Ce progrès, toutefois, dissimule une dangereuse réalité: les jeunes femmes et les adolescentes africaines sont particulièrement vulnérables au VIH.

Malgré le déclin du taux d'infection à VIH, on compte tous les ans approximativement 250 000 nouvelles infections par le VIH chez les adolescents (garçons et filles), dont 64% touchant des filles (Figures 2 et 3) (11). En Afrique, 74% des infections touchant des adolescents concernent des filles. De plus, la première cause de mortalité adolescente sont les causes liées au VIH (12) qui demeurent, bien que des traitements soient disponibles, la deuxième cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer.

Fig. 2

Prévalence du VIH parmi les jeunes entre 15 et 24 ans en Afrique - 2001-2013

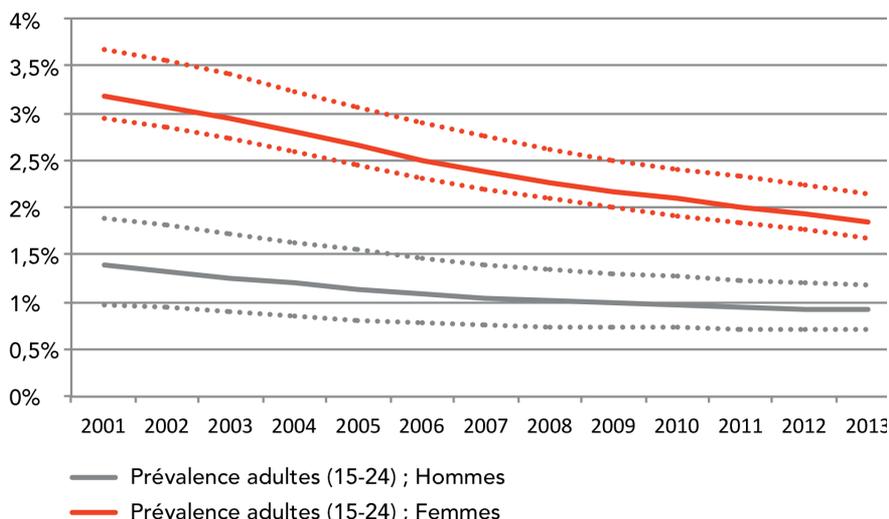
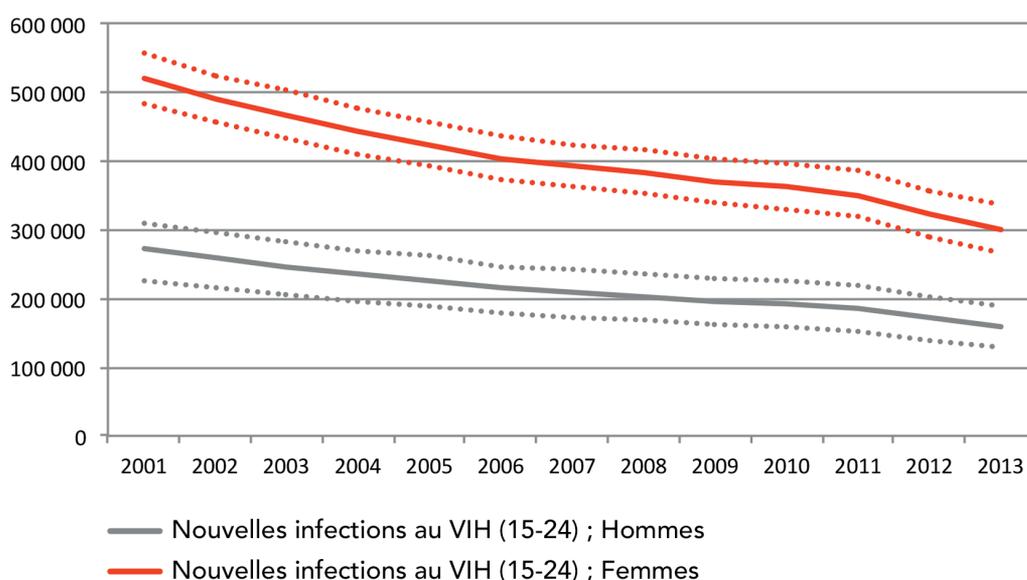


Fig. 3

Nouvelles infections par le VIH parmi les jeunes entre 15 et 24 ans en Afrique - 2001-2013



Les jeunes femmes et adolescentes ne profitent pas non plus de l'amélioration de l'accessibilité au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH. Seuls 15% des jeunes femmes et des adolescentes entre 15 et 24 ans connaissent leur statut sérologique (42) et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, seules cinq personnes sur cinq vivant avec le VIH ont accès au traitement.

Les jeunes femmes et les adolescentes issues de groupes socialement marginalisés telles que les populations clés encourent un risque accru de contracter le VIH, car elles font face à de nombreux défis. La stigmatisation, la discrimination, les lois répressives et le manque de protection sociale augmentent leur risque de contracter le VIH, surtout chez les jeunes professionnelles du sexe, les jeunes femmes transgenres, les jeunes migrantes et les jeunes femmes consommatrices de drogues (10). Au Kenya, la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe à Nairobi était de 29%, approximativement 3 fois la prévalence du virus des autres femmes de Nairobi (64)

Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et maintenir la mère en vie

Les progrès réalisés dans la prévention des nouvelles infections par le VIH chez les enfants et le maintien de leur mère en vie a été l'une des réalisations les plus impressionnantes à ce jour de la riposte au SIDA. En 2013, pour la première fois

depuis les années 1990, le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants dans les 21 pays prioritaires du Plan Mondial¹ en Afrique subsaharienne est tombé à moins de 200 000 (fourchette 170 000–230 000), ce qui représente un déclin de 43% du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants dans ces pays depuis 2009.

Les progrès chez les jeunes femmes et les adolescentes mères sont toutefois difficiles. Le taux de natalité adolescent moyen en Afrique est de 115 pour 1000 filles, plus du double de la moyenne mondiale qui est de 49 pour 1000 filles (6). En Afrique occidentale et centrale, 28% des femmes entre 20 et 24 ans ont rapporté une naissance avant l'âge de 18 ans, le pourcentage le plus élevé des régions en voie de développement. Au Tchad, en Guinée, au Mali, au Mozambique et au Niger, 1 fille sur 10 a un enfant avant l'âge de 15 ans (9). En Afrique subsaharienne, approximativement 36 000 femmes et jeunes filles meurent tous les ans à cause des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et des millions souffrent de maladies ou handicaps à long terme.(9)

De nombreuses jeunes femmes qui ont été mariées (ou qui ont noué un partenariat) précocement n'ont pas les connaissances ou n'ont pas le pouvoir d'action les permettant de se protéger du VIH (elles ne peuvent négocier le moment où elles ont des relations sexuelles ou exiger de leurs partenaires qu'ils utilisent un préservatif).

L'une des principales stratégies de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est de prévenir les grossesses chez les jeunes femmes ou les adolescentes ne voulant pas avoir un enfant à ce moment. Selon le Fonds des Nations Unies pour la Population, 33 millions de femmes entre 15 et 24 ans ont, dans le monde, un besoin non satisfait en matière de contraception, avec d'importantes variations en fonction des régions. Pour les adolescentes mariées entre 15 et 19 ans, les chiffres vont de 8,6% de besoin non satisfait au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, à 30,5% en Afrique occidentale et centrale – en d'autres termes 1 fille mariée sur 3 (25). Parmi les adolescentes sexuellement actives mais non mariées, le besoin non satisfait en contraception en Afrique subsaharienne est de 46-49%, aucune donnée n'étant disponible pour l'Afrique du Nord (1).

Selon les données de 2013, seulement huit préservatifs masculins étaient disponibles par an par personne sexuellement active en Afrique

1 Plan Mondial tendant à prévenir les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2015 et maintenir les mères en vie.

subsaharienne. L'accès aux préservatifs est limité et leur usage reste faible chez les jeunes, surtout chez les jeunes femmes, bien qu'ils assurent une double protection, contre le VIH et les grossesses non désirées (14). Conséquence malheureuse, l'Afrique subsaharienne rend compte de 44% de tous les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions chez les adolescentes entre 15 et 19 ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire (à l'exception de l'Asie de l'Est) (41).

Les gouvernements africains ont pris dans ce domaine d'importants engagements dont il est possible de tirer profit. L'Engagement ministériel 2013 en Afrique orientale et australe pour une éducation sexuelle complète et le développement de la santé sexuelle et reproductive compte parmi les importants. Il comprend des mesures pour « Réduire les grossesses précoces et non désirées chez les jeunes de 75% ».

Fournir un accès à une éducation sexuelle complète, faire en sorte que les filles poursuivent leur scolarité, et utiliser des programmes de transfert d'espèces, sont des mesures qui se sont révélées efficaces dans la réduction du nombre de nouvelles infections chez les jeunes femmes et les adolescentes.

Mettre fin au mariage des enfants et à la grossesse précoce est une mesure primordiale à la réussite du projet. Dans toute l'Afrique, 41% des filles d'Afrique occidentale et centrale, 34% des filles d'Afrique orientale et australe et 12% des filles des Etats Arabes sont mariées alors qu'elles sont encore enfants (18). Le mariage des enfants a été associé à une plus grande exposition à la violence entre partenaires intimes et à l'exploitation sexuelle à des fins commerciales (18).

La violence entre partenaires intimes et son association avec le VIH

Le mariage des enfants est une forme de violence et de nombreuses preuves se sont fait jour, ces dix dernières années, qui ont mis en évidence la relation entre la violence entre partenaires intimes et le VIH (16, 39, 30, 57). Il existe des preuves toutes aussi fortes de l'efficacité de certaines stratégies communautaires dans la prévention de la violence entre partenaires intimes.

Dans les environnements à forte prévalence du VIH, les femmes exposées à la violence entre partenaires intimes ont 50% plus de risques de contracter le VIH que celles qui ne le sont pas. Les adolescentes et les jeunes femmes présentent aussi la plus forte incidence de violence entre partenaires intimes (11). Au Zimbabwe, par exemple, la prévalence de la violence entre partenaires intimes chez les jeunes femmes entre 15 et 24 ans est de 35%, par rapport à 24% pour les femmes entre 25 et 49 ans; et au Gabon, la prévalence de la violence entre partenaires intimes chez les jeunes femmes est de 42% par rapport à 28% pour les femmes plus âgées. Dans certains environnements, 45% des adolescentes rapportent que leur première expérience sexuelle était forcée, autre facteur de risque connu du VIH (Figure 4) (17). Selon le Fonds des Nations Unies pour

1,5
Fois plus de possibilités
d'être infecté par le VIH
- femmes exposées à la
violence entre partenaires
intimes dans les
environnements à grande
prévalence du VIH

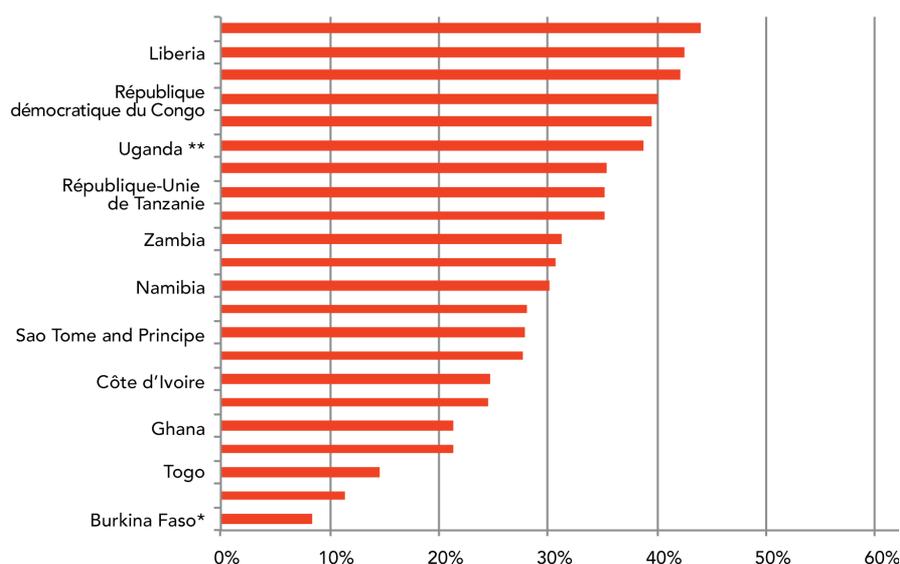
45%
Pourcentage des
filles dans certains
environnements
rapportant que leur
première expérience
sexuelle était forcée

30
Nombre de pays africains
où 30% ou plus des filles
sont mariées avant l'âge
de 18 ans

l'enfance (UNICEF), 120 millions de filles - 1 sur 10 - sont dans le monde entier victimes de viol ou d'agression sexuelle avant l'âge de 20 ans (15).

Fig. 4

Prévalence de la violence entre partenaires intimes parmi les femmes jamais mariées ou en partenariat entre 15 et 24 ans, pendant les 12 derniers mois



Source : le dernier DSI

Les femmes et les filles continuent également à faire face à des risques et des vulnérabilités au VIH sans équivalent pendant les périodes de conflit, d'urgence et de post-conflit. Le viol est utilisé comme arme de guerre dans les situations de conflit, ce qui augmente le risque de transmission du VIH car les taux de VIH chez les militaires sont généralement supérieurs à ceux de la population générale (18). Les adolescentes sont particulièrement vulnérables et, dans certains cas, sont enlevées et exploitées sexuellement par des groupes armés (15). La Résolution 1983 du Conseil de Sécurité des Nations Unies (ONU) de 2011 reconnaît que les conséquences du VIH se font le plus gravement sentir par les femmes et les filles dans les situations de conflit et de post-conflit, en raison à la fois de la violence sexuelle et de l'accès réduit, voire à l'absence d'accès, aux services (19). Comme l'a toutefois mis en évidence la résolution, il est également possible que les opérations de maintien de la paix protègent les populations civiles en les protégeant de la violence sexuelle liée au conflit.

Principales raisons expliquant que les jeunes femmes et les adolescentes sont vulnérables au VIH

Toutes les heures, environ 34 jeunes femmes africaines sont nouvellement infectées par le VIH. Les raisons de ces taux relativement élevés d'infection et de la faible amélioration de l'accès aux services pour les jeunes femmes en Afrique sont complexes et étroitement liées les unes aux autres. Changer le cours de l'épidémie nécessite de s'occuper des causes profondes et de comprendre les conditions fondamentales qui exacerbent la vulnérabilité. Sept conditions fondamentales se sont démarquées, notamment :

- L'inadéquation de l'accès à des informations de qualité sur la santé sexuelle et reproductive, sur les produits de base et les services, dans une certaine mesure en raison de l'âge légal d'accès à ces services;
- Un faible pouvoir d'action signifiant que les femmes sont incapables de faire des choix et de prendre des décisions quant à leur propre santé et bien-être;
- Les normes nuisibles relatives au genre, notamment le mariage des enfants, le mariage précoce et le mariage forcé entraînant des grossesses précoces;
- Les relations sexuelles transactionnelles et non protégées entre des personnes d'âges différents dues souvent à la pauvreté, au manque de perspectives ou de biens matériels;
- Manque d'accès à l'enseignement secondaire et à une éducation sexuelle complète et adaptée à l'âge;
- La violence entre partenaires intimes, qui a des conséquences sur les risques encourus et l'aptitude à rechercher des soins de santé;
- Violence dans les situations de conflit et de post-conflit;

Individuellement ou en association, ces facteurs entravent gravement la capacité des jeunes femmes et des adolescentes à se protéger du VIH, de la violence et des grossesses accidentelles ou non désirées. L'inégalité des sexes et le manque d'émancipation ou la capacité d'agir des femmes sont les principaux thèmes communs à ces facteurs moteurs.

La capacité d'agir ou l'émancipation des femmes est la capacité à faire des choix et à les transformer en actions et en résultats désirés. Il existe, dans tous les pays et toutes les cultures, des différences entre la capacité des hommes et des femmes à faire ces choix. La capacité des femmes influence leur aptitude à construire leur capital humain et lorsque les femmes ont un plus grand contrôle des ressources du ménage, l'investissement dans le capital humain des enfants est plus important, façonnant ainsi les chances de la génération suivante (3). Plus de la moitié des adolescentes et des jeunes femmes qui sont mariées dans les pays subsahariens dont les données sont disponibles n'ont pas le dernier mot en ce qui concerne leurs propres soins de santé et ont un faible pouvoir de décision dans le ménage (20).

La pauvreté est un autre facteur primordial qui augmente le risque de mariage des enfants.

La pauvreté pousse également les filles dans des relations avec un partenaire présentant une grande différence d'âge, un facteur de risque VIH pour les jeunes femmes et les adolescentes. Par exemple, en Afrique australe, 34% des adolescentes sexuellement actives rapportent avoir été dans une relation avec un homme d'au moins 5 ans leur aîné. Ce type de relations expose les jeunes femmes et les jeunes filles à des comportements sexuels présentant un risque, une faible utilisation de préservatif et un risque accru d'infections sexuellement transmissibles (57). Le risque de trafic et d'exploitation sexuelle est également plus élevé chez les jeunes femmes et les adolescentes vivant dans la pauvreté (21).

Les filles du quintile économique le plus défavorisé ont ainsi 2,5 fois plus de risques d'être mariées alors qu'elles sont encore enfants que les filles dans le quintile le plus aisé (21). En 2010, 67 millions de femmes entre 20 et 24 ans ont été mariées alors qu'elles étaient encore enfants, dont un cinquième en Afrique (14).

En mai 2014, après de nombreux engagements au niveau national et régional visant à s'occuper du problème du mariage des enfants (notamment le Protocole de Maputo de 2005, Article 6c), la Commission de l'Union Africaine a lancé une campagne de 2 ans, débutant dans 10 pays africains,² pour accélérer la fin du mariage des enfants sur le continent en promouvant la sensibilisation, en influençant la politique, en préconisant la mise en place des lois et en garantissant l'obligation de rendre compte des actions. Prévenir le mariage des enfants va faire diminuer le risque des filles africaines d'être victimes de violence entre partenaires intimes, de grossesses précoces et des complications que celles-ci entraînent, et de contracter des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH.

Ces solutions semblent prometteuses, mais les solutions d'aujourd'hui ne sont pas celles d'hier et la clé de l'accélération de la riposte réside dans la flexibilité et la prise en compte de la rapide transition à laquelle nous assistons aujourd'hui sur le continent, en tenant compte des nouveaux risques mais également des nouvelles chances.

² Burkina Faso, Cameroun, Tchad, Ethiopie, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Sierra Leone et Zambie.

AFRIQUE : UNE RIPOSTE DYNAMIQUE POUR UN CONTINENT DYNAMIQUE EN RAPIDE TRANSITION

Trois changements dynamiques centraux ont lieu sur le continent et ont revêtu une importance particulière pour l'accélération de la fin du SIDA chez les jeunes femmes et jeunes filles.

L'Afrique connaît une croissance économique rapide

L'Afrique subsaharienne compte parmi les zones économiques à plus forte croissance du monde. En 2015 le produit intérieur brut (PIB) de l'Afrique subsaharienne devrait augmenter de 4,5%, et on prévoit que, d'ici 2020 la part du continent dans le PIB mondial augmentera de 4% contre 1,4% en 2015 (22, 23). Cette croissance économique peut être un moteur clé de la réduction de la pauvreté, en particulier si la fertilité décline et produit un dividende démographique, ce que la génération de travail rémunéré décent et une protection sociale, ainsi que des services sociaux tenant compte du genre, peut appuyer. La création de travail décent pour garantir que les femmes et leurs familles ont un moyen de sortir de la pauvreté revêt une importance particulière car les femmes sont surreprésentées sur le marché du travail informel, notamment dans les soins de santé non rémunérés et l'emploi faiblement rémunéré. Empêcher les femmes de participer à l'économie formelle et d'y contribuer a des conséquences d'une portée considérable et négatives et pourtant, 61% des économies de l'Afrique subsahariennes et 93% des économies du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord soumettent les emplois que peuvent exercer les femmes à des restrictions (24).

Bien que la pauvreté diminue et que le PIB augmente lorsque les femmes participent à l'économie (3). Une augmentation de seulement 1% de la fréquentation en enseignement secondaire des filles entraîne une augmentation du PIB de 0,3% (4), ce qui montre bien qu'un investissement précoce et judicieux de la sorte est payant. Les bénéfices en matière de santé de la participation des femmes et des jeunes filles à l'économie de la nation sont énormes, non seulement en ce qui concerne leur propre émancipation économique et leurs choix de santé mais également en termes d'amélioration de la santé de leurs enfants et communautés.

La population de l'Afrique est jeune et croît rapidement

L'Afrique est un continent diversifié fort d'une population dynamique et de plus en plus jeune. Utiliser les capacités et le potentiel des jeunes d'Afrique va représenter une chance immense pour la croissance.

Plus de 30% de la population africaine a entre 10 et 24 ans et la moitié de la population a moins de 18 ans dans 15 pays d'Afrique subsaharienne (10). Dans certains pays, la fertilité diminue à peine tandis que le nombre de femmes en âge de procréer augmente

sensiblement, ce qui rend difficile l'exploitation du potentiel de croissance économique.

Si l'Afrique a fait de grands progrès en matière de développement des services de maternité et est passée d'une couverture de 40% en 1990 à 53% en 2014, les femmes enceintes nécessitant des soins prénataux et des services de maternité a doublé entre 1990 et 2014, de 9 millions à 18 millions.

Les services de prévention de la transmission de mère à enfant vont devoir significativement augmenter alors que l'on prévoit que la population de femmes en âge de procréer augmentera de 65% d'ici 2030, ce qui dépasserait les capacités des services à l'attention des jeunes femmes et des adolescentes destinés empêcher la transmission verticale du VIH à leur enfant.

Si les tendances actuelles de la croissance de la population se poursuivent, d'ici 2030 presque une adolescente sur quatre vivra en Afrique subsaharienne, alors que l'on prévoit que le nombre total de mères adolescentes âgées de moins de 18 ans passera de 10,1 millions en 2010 à 16,4 millions en 2030 (9).

Si la nature juvénile de la population d'Afrique constitue un défi en termes d'accès aux services d'informations sur le VIH, cette jeunesse en pleine croissance est également le plus grand atout d'Afrique. Atteindre et mobiliser les jeunes femmes et les adolescentes, et les émanciper pour qu'elles puissent faire leur propres choix de santé, peut modifier la trajectoire de l'épidémie de VIH au niveau de la région.

L'Afrique est un continent à urbanisation rapide

La plupart des pays africains sont soumis à une rapide urbanisation, nécessitant des solutions innovantes pour s'adapter à ces changements. On prévoit que le continent sera 56% plus urbain d'ici 2050. En termes de portée des services, d'ici 2020, 52% des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne vivront en zones urbaines. La majorité des personnes en ville vivant avec le VIH (62%) vivront toutefois dans des logements insalubres (26).

L'urbanisation croissante devrait améliorer la proximité et l'accès aux services, mais ce n'est pas toujours le cas. Les zones non loties ou les logements insalubres souvent n'ont pas de services publics ou ont des services privés de qualité médiocre.

Ce contexte, associé aux autres aspects de la pauvreté urbaine, tels que l'exposition à la violence, augmente le risque encouru par les jeunes femmes et les adolescentes de contracter le VIH. La corrélation de la violence, de l'insécurité et du sexe transactionnel signifie que les jeunes femmes vivant dans des logements insalubres ont 23% plus de risques que les autres jeunes femmes vivant en ville de vivre avec le VIH. Elles ont également 3,4 fois plus de risques que les jeunes hommes du même âge de vivre avec le VIH. La pauvreté urbaine et la localisation semblent avoir de plus fortes conséquences sur la vulnérabilité au VIH des jeunes femmes par rapport aux hommes et aux femmes plus âgées (26). Cette situation, qui évolue rapidement, exige une riposte au SIDA tenant compte des changements, notamment l'intégration de services vitaux en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, de violences sexistes et de VIH, pour s'occuper des vulnérabilités et des besoins spécifiques des jeunes filles et jeunes femmes dans les environnements de plus en plus urbanisés et surpeuplés.

En 2014 UNISIDA et ONU-HABITAT ont lancé l'initiative contre le VIH « Les Villes » avec les maires du monde pour s'engager à accélérer la riposte dans les zones urbaines, démontrant ainsi le plus grand engagement politique à l'approche des besoins spécifiques requis par le VIH, qui apparaissent dans un environnement avec un développement rapide.

5 RECOMMANDATIONS CLÉ POUR ACCÉLÉRER LA RIPOSTE AU VIH ET LA FIN DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA, CHEZ LES JEUNES FEMMES ET LES JEUNES FILLES EN AFRIQUE D'ICI 2030

La Déclaration politique 2011 de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH /SIDA a promis d'éliminer les inégalités entre les sexes et les abus et violences sexistes, et d'augmenter la capacité des femmes et des adolescentes à se protéger du risque d'infection à VIH, mais l'amélioration de l'accès à des interventions éclairées et disposant de ressources suffisantes n'a pas été assez rapide. Bien que l'inclusion de l'égalité des sexes dans les ripostes nationales au VIH soit reconnue pour pouvoir changer la donne, une enquête menée dans 104 comtés a démontré que seulement 57% avaient une stratégie VIH comprenant un budget spécifique pour les femmes en 2014 (27). De plus, les facteurs moteurs de l'inégalité des sexes structurelle sous-jacente qui exacerbent la vulnérabilité physiologique des jeunes femmes et jeunes filles au VIH sont souvent ignorés. Cinq des principales recommandations sont exposées dans leurs grandes lignes ci-dessous.

1. Capacité d'agir, participation et leadership des femmes

La capacité d'agir collective des femmes est *transformationnelle* pour la société. Elle façonne les institutions, les marchés et les normes sociales qui limitent les chances. Emanciper les femmes en tant qu'acteurs politiques et sociaux peut faire changer les choix politiques et rendre les institutions plus représentatives d'un grand nombre de points de vue (3). On a noté des progrès dans la participation politique. Au Rwanda, les femmes représentent 63% de tous les membres du parlement, et plus de 30% des membres de la Chambre basse dans 11 autres pays de la région (28).

En plus des changements que l'émancipation des femmes peut engendrer dans l'ensemble, les jeunes femmes vivant avec le VIH et infectées par le virus doivent être impliquées et représentées à tous les niveaux de la politique et de la prise de décision, notamment en tant que membres du parlement, en tant que représentantes des groupes consultatifs pour la mise au point de politique, et doivent être présentes dans la mise en place, la surveillance et l'évaluation des politiques en matière de VIH. Les jeunes femmes devraient être reconnues et comprises en tant que décideurs, et pas seulement considérées comme des victimes ou des bénéficiaires d'assistance. Ce n'est que par des améliorations notables dans la représentation et la participation judicieuse des jeunes femmes dans ces

processus que les politiques et les programmes VIH se fonderont véritablement sur les droits humains.

Sur tout le continent, des groupes de femmes se sont mobilisées dans leur lutte contre le VIH. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, MENA-Rosa, lancé en 2010, est le premier groupe régional consacré aux femmes vivant avec le VIH. Ses membres se recrutent parmi les premières femmes vivant avec le VIH à s'exprimer ouvertement dans la région sur leur vécu. La structure fournit aux femmes vivant avec le VIH la possibilité et la plateforme pour se mobiliser et axer leur campagne sur des questions clés liées à la santé et aux droits sexuels et reproducteurs, au VIH et à l'émancipation. En 2011, MENA-Rosa a sollicité le point de vue de 200 femmes vivant avec le VIH dans 10 pays dans toute la zone MENA, certaines parties de leurs histoires et points de vue étant racontées dans un rapport « ONUSIDA », *Se lever et prendre la parole : Femmes et VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord*.

La participation des femmes aux situations humanitaires est de même importante et réalisable. Même si les femmes sont d'une importance capitale dans les efforts de réconciliation et de reconstruction, elles ont été sous-représentées dans les processus de paix et peu impliquées dans l'établissement des cadres post-conflit (3). Pourtant, lorsque les femmes ont été incluses dans la consolidation de la paix, comme au Soudan et au Burundi, les besoins spécifiques et les droits des femmes, notamment le soutien aux victimes de violence sexuelle, les services aux veuves, et l'éducation et la santé, se sont vus reflétés dans les cadres (2).

2. Les stratégies pour réduire la violence entre partenaires intimes font diminuer la vulnérabilité au VIH

Les stratégies et les mesures mises en place au niveau de la communauté pour s'occuper du problème de la violence entre partenaires intimes sont essentielles pour réduire la vulnérabilité des jeunes femmes et des adolescentes au VIH. Deux essais contrôlés ont eu des résultats positifs.

Par exemple, Raising Voices, SASA kit a été conçu pour inspirer, permettre et structurer une mobilisation efficace au niveau de la communauté pour prévenir la violence contre les femmes et le VIH (29). Les activistes de la communauté ont été le fer de lance d'une large gamme d'activités dans leurs propres voisinages pour faire diminuer l'acceptabilité sociale de la violence en influençant la connaissance, les attitudes, les compétences et les comportements relatifs au genre, au pouvoir et à la violence. Lors de sa mise en place dans quatre communautés à Kampala, en Ouganda, le programme était associé à une acceptation sociale sensiblement plus faible de la violence entre partenaires intimes chez les hommes comme chez les femmes. Il était également associé à une moindre incidence de la violence entre partenaires intimes et à plus de réactions de soutien de

la part de la communauté aux femmes victimes de violence (59). SASA! A été mis en place par plus de 25 structures en Afrique subsaharienne dans divers environnements, tels que les communautés religieuses, rurales, urbaines et pastorales.

Une évaluation du projet Safe Homes and Respect for Everyone (SHARE), à Rakai, en Ouganda, qui visait à réduire l'incidence physique et sexuelle de la VPI (violence entre partenaires intimes) et du VIH au recourait à deux approches principales: mobilisation se fondant sur la communauté pour changer les attitudes et les normes sociales qui contribuent au risque de VPI et de VIH, et un dépistage et une rapide intervention pour réduire la violence liée à la déclaration du statut sérologique et le risque sexuel qu'encourt les femmes à la recherche de conseils et de test VIH. L'évaluation montre une nette diminution à la fois de la violence entre partenaires intimes et de l'incidence du VIH. En effet, le modèle SHARE pourrait inspirer d'autres efforts de programmes anti-VIH s'occupant des problèmes de VPI et de VIH et pourrait être adopté, au moins en partie, en tant que référence pour les autres programmes VIH en Afrique (30).

Dans les deux approches, mobiliser les hommes et les garçons a été essentiel pour s'attaquer au problème des comportements masculins nocifs et corriger les déséquilibres en termes de pouvoir dans la sphère privée comme dans la sphère publique. Ces interventions contribuent également à l'objectif plus large qui est de remettre en cause les normes culturelles et sociales nuisibles aux femmes et aux jeunes filles et aux communautés dans leur ensemble. Par exemple, MenCare+ - intervention se fondant sur la communauté au Rwanda et en Afrique australe - mobilise les jeunes hommes et les jeunes femmes ensemble dans des sessions de groupe sur l'égalité des sexes, la santé et les droits sexuels et reproductifs, la santé de la mère et de l'enfant, la paternité et les soins, ainsi que dans des groupes de réflexion avec les hommes ayant fait usage de violence envers leurs partenaires. La campagne One Man Can, lancée par Sonke Gender Justice, est un autre exemple de mobilisation des hommes dans le plaidoyer de l'élimination de la violence sexiste et de l'égalité des sexes, tout en ripostant en même temps au VIH.

3. Améliorer l'accès à la protection sociale et transferts en espèces pour réduire la vulnérabilité des jeunes filles au VIH

Les jeunes filles des familles touchées par le VIH sont plus susceptibles d'abandonner l'école pour prendre soin de leurs parents malades

ou apporter un revenu à leur famille. A ce titre, dans le contexte des politiques et programmes sociaux exhaustifs, les ménages touchés par le VIH sont une cible appropriées pour les programmes de transfert d'espèces visant à réduire la pauvreté.

On estime que les transferts en espèces, tels que le programme Zomba au Malawi, ont atteint plus d'un milliard de personnes dans les pays à revenu faible et intermédiaire dans le monde entier. L'approche a été utilisée dans toute la région, notamment au Kenya, au Malawi, en Afrique du Sud, en Ouganda, en République Unie de Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe (31,32). Les transferts en espèces peuvent avoir de nombreux résultats simultanés, notamment le déclin du nombre de mariages précoces et de grossesses chez les adolescentes. Introduire un programme de transfert d'espèces ayant pour cible primaire la prévention du VIH chez les adolescentes, ou ajouter une dimension VIH à un programme de transfert d'espèce existant, peut montrer cette mesure de protection sociale sous un nouveau jour, en la faisant passer d'une dépense en un investissement rentable dans le développement humain. Les transferts en espèces ciblant les adolescentes sont une des rares interventions VIH s'étant révélée être un moyen de prévention du VIH et d'autonomisation extrêmement efficace (61).

4. Faire en sorte que les filles poursuivent leur scolarité et pourquoi une éducation sexuelle complète est importante

L'éducation confère une meilleure connaissance du VIH, de la santé et des droits sexuels et reproductifs et donne lieu à de meilleurs résultats en matière de santé pour les jeunes femmes et les adolescentes (32,33). Elle fait diminuer l'exposition à la violence sexiste et augmente les chances des femmes et des filles d'être financièrement en sécurité et indépendantes. Par rapport aux filles qui ont au moins 6 ans de scolarité, les filles n'ayant pas reçu d'instruction ont deux fois plus de risques de contracter le VIH et de ne pas chercher d'aide en cas de violence, ce qui, selon une étude sud-africaine, peut accroître le risque d'infection à VIH de 50% (60,16).

Plus une fille reste longtemps à l'école, plus ses chances sont grandes de recourir à une contraception moderne si elle a effectivement des rapports sexuels, et plus faibles sont ses risques de devenir mère à l'âge adolescent (9).

Certaines des interventions structurelles les plus puissantes visant la réduction du risque de VIH parmi les adolescentes dans toute l'Afrique sont celles visant à faire en sorte que les filles poursuivent leur scolarité (34,35,36,37). Ces interventions comprennent la gratuité de l'éducation des filles (38), le soutien aux orphelins et aux autres enfants vulnérables pour qu'ils restent scolarisés (39,40), et des transferts en espèces conditionnels récompensant les parents faisant en sorte que leurs filles poursuivent leur scolarité (41).

Lorsque les jeunes femmes et les adolescentes reçoivent une éducation sexuelle appropriée à leur âge avant de devenir sexuellement actives, elles sont plus susceptibles de prendre des décisions avisées au sujet de leur sexualité et approchent les relations avec une plus grande confiance en elles (42,43,44). Fait très important, l'éducation sexuelle en milieu scolaire complète et appropriée à l'âge scolaire est également connue pour augmenter le recours des jeunes filles aux préservatifs, augmenter le nombre de tests volontaires du dépistage VIH chez les jeunes femmes, réduire les grossesses adolescentes et la stigmatisation à l'encontre des personnes vivant avec le VIH (45,46,47).

L'engagement ministériel 2013 d'Afrique orientale et australe en matière de services complets d'éducation sexuelle et de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes a réaffirmé l'engagement des dirigeants africains pour assurer que tous les adolescents sont équipés « d'une éducation sur le VIH et la sexualité se fondant sur les compétences et des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes », prouvant de la sorte se dévouer entièrement au traitement des besoins spécifiques des jeunes et à leur droit à avoir leur propre capacité d'agir, dans le contexte du VIH et de la santé sexuelle et reproductive.

5. Amélioration de l'accès aux soins et intégration du VIH dans les services de santé sexuelle et de santé reproductive

Une massive amélioration de l'accès à des services complets de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes femmes et les adolescentes devrait être planifiée de sorte à prendre en compte la rapide croissance de la population. Au vu des prévisions d'urbanisation, ces services doivent également se concentrer de plus en plus sur les zones urbaines et atteindre en particulier les femmes et filles pauvres vivant en ville. Le type de service proposé est également important. Les programmes de distribution de préservatifs conçus pour atteindre les jeunes, comme ceux organisés au niveau des écoles, peuvent améliorer l'accessibilité de la protection et la confiance de jeunes sexuellement actifs et les encourager ainsi à se procurer et à utiliser des préservatifs (48,49). En outre, la suppression des barrières telles que le consentement parental et celui de l'époux - consentement qui institutionnalise plus encore les violations des droits sexuels et reproductifs, est essentielle pour améliorer l'accès aux services et le garantir.

Pour les jeunes femmes vivant avec le VIH, l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes - notamment dépister et traiter les cancers de l'appareil reproducteur, prévenir et s'occuper du problème de la violence, et la prévention du VIH, son traitement, ses soins et le soutien - s'est révélé sauver des vies. Des études en Afrique australe ont montré que l'accès à ces services et les groupes de soutien par les pairs ont aidé les jeunes à respecter le traitement antirétroviral (50,51). Il est essentiel de garantir que les jeunes femmes et les adolescentes ont accès à des services contraceptifs de bonne qualité et à des soins prénataux afin de réduire le nombre de grossesses non désirées et la transmission verticale du VIH (52,53).

Conclusion

Accélérer la fin de l'épidémie de SIDA d'ici 2030 nécessite un engagement politique fortement concerté afin d'arrêter les nouvelles infections et les décès parmi les jeunes filles et les adolescentes, éliminer la transmission du VIH de la mère vers l'enfant. Cette action nécessite la création et l'expansion des engagements de l'Afrique en ce qui concerne les droits et la santé sexuelle et reproductive, l'expansion des engagements ministériels liés à une éducation sexuelle complète et à l'arrêt des mariages précoces, des grossesses chez les adolescentes et à élargir la couverture des services de traitement.

Les solutions techniques et programmatiques sont à notre portée. Une riposte efficace et durable doit inclure à la réduction de la pauvreté et des programmes de protection sociale qui permettent aux jeunes filles de poursuivre leur scolarité et réduire la vulnérabilité devant le VIH ; des programmes qui engagent les hommes et les garçons et éliminent la violence entre partenaires intimes et font avancer l'égalité de genre ; s'assurer que les jeunes femmes et les filles ont accès à des informations complètes relatives à la santé sexuelle et reproductive qui répondent à leurs besoins spécifiques.

RÉFÉRENCES

1. UNFPA. The State of World Population 2014, The Power of 1.8 Billion: Adolescents, Youth and the Transformation of the Future . 2014
2. UN Habitat/UNAIDS DHS meta-analysis, Unpublished 2014.
3. Africa is the horizon: 2015 African business outlook survey. Economist Corporate Network; 2015.
4. No ceilings: the full participation report. New York: Clinton Foundation and Bill & Melinda Gates Foundation; 2015.
5. Paying the price: the economic cost of failing to educate girls. Woking, UK: Plan International; 2008.
6. Women and girls, HIV/AIDS and conflicts: situation analysis of 11 selected conflict and post-conflict countries in Africa. Addis Ababa: African Union Commission; 2013.
7. United Nations Security Council Resolution 1983. Geneva: United Nations; 2011.
8. World development report: gender equality and development. Washington, DC: World Bank; 2012.
9. Review and appraisal of the implementation and the outcomes of the twenty-third special session of the General Assembly Report of the Secretary-General. Geneva: United Nations; 2015.
10. Are women organizations accessing funding for HIV/AIDS? Kampala: International Community of Women Living with HIV & AIDS Eastern Africa; 2014.
11. Advancing young women's sexual and reproductive health and rights in the context of HIV. Geneva: Global Coalition on Women and AIDS; 2014.
12. All in! Towards ending the AIDS epidemic among adolescents. United Nations Children's Fund and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
13. Health for the world's adolescents. Geneva: World Health Organization; 2014.
14. Holmquist G. HIV and income inequality: if there is a link, what does it tell us? Working paper. Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth United Nations Development Programme; 2009.
15. The gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
16. Women, business and the law. Washington, DC: World Bank; 2014 (<http://wbl.worldbank.org/data>).
17. Women and poverty. New York: UN Women (<http://www.unwomen.org/en/news/in-focus/end-violence-against-women/poverty>).
18. Ending child marriage: progress and prospects. New York: United Nations Children's Fund; 2014 (http://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf).
19. Marrying too young: end child marriage. New York: United Nations Population Fund; 2012.
20. Cash transfers and HIV prevention. New York: United Nations Development Programme; 2014.
21. Cash transfers literature review. London: Department for International Development; 2011.

22. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Population Fund, United Nations Development Fund for Women. Women and HIV/AIDS: confronting the crisis. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2004 (<http://www.unfpa.org/hiv/women/report/index.htm>).
23. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.
24. Goal: promote gender equality and empower women. New York: United Nations Children's Fund; (http://www.unicef.org/mdg/index_genderequality.htm).
25. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai M. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2010;376:41–48.
26. The power of 1.8 billion. New York: United Nations Population Fund; 2014.
27. Progress for children: a report card on adolescents. New York: United Nations Children's Fund; 2012 (http://www.unicef.org/publications/files/Progress_for_Children_-_No._10_EN_04272012.pdf).
28. Hargreaves JR, Slaymaker E, Fearon E, Howe LD. Changes over time in sexual behaviour among young people with different levels of educational attainment in Tanzania. *J Int AIDS Soc*. 2012;15(suppl. 1):1–7.
29. Hargreaves JR, Bonell CP, Boler T, Boccia D, Birdthistle I, Fletcher A, et al. Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2008;22:403–414.
30. Hargreaves JR, Morison LA, Kim JC, Bonell CP, Porter JD, Watts C, et al. The association between school attendance, HIV infection and sexual behaviour among young people in rural South Africa. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:113–119.
31. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol*. 2008;37:1266–1273.
32. World Bank, UNICEF. Abolishing school fees in Africa: lessons from Ethiopia, Ghana, Kenya, Malawi, and Mozambique. Washington, DC: World Bank; 2009.
33. Hallfors D, Cho H, Rusakaniko S, Iritani B, Mapfumo J, Halpern C. Supporting adolescent orphan girls to stay in school as HIV risk prevention: evidence from a randomized controlled trial in Zimbabwe. *Am J Public Health*. 2011;101:1082–1088.
34. Cho H, Hallfors DD, Mbai II, Itindi J, Milimo BW, Halpern CT, Iritani BJ. Keeping adolescent orphans in school to prevent human immunodeficiency virus infection: evidence from a randomized controlled trial in Kenya. *J Adolesc Health*. 2011;48:523–526.
35. Baird SJ, Garfein RS, McIntosh CT, Ozler B. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial. *Lancet*. 2012;379:1320–1329.
36. Kirby D, Obasi A, Laris BA. The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2006;938:103–150, 317–341.
37. Short guide to the essential characteristics of effective HIV prevention. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2010 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001885/188528e.pdf>).
38. Girls decide: choices on sex and pregnancy. London: International Planned Parenthood Federation; 2011 (http://ippf.org/sites/default/files/girls_decide_2011.pdf).

39. Temin M, Levine R. Start with a girl: a new agenda for global health. Washington, DC: Center for Global Development; 2009 (http://www.cgdev.org/files/1422899_file_Start_with_a_Girl_FINAL.pdf).
40. Gay J, Croce-Galis M, Hardee K. What works for women and girls: evidence for HIV/AIDS interventions, 2nd edn. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2012 (www.whatworksforwomen.org).
41. Agbemenu K, Schlenk EA. An integrative review of comprehensive sex education for adolescent girls in Kenya. *J Nurs Scholarsh.* 2011;43:54–63.
42. UN Radio, 2010.
43. Wagnman. J Effectiveness of an integrated intimate partner violence and HIV prevention intervention in Rakai, Uganda: analysis of an intervention in an existing cluster randomised cohort. *Lancet.* 2015
44. Adolescents: health risks and solutions. Fact sheet 345. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>).
45. Motherhood in childhood. New York: United Nations Population Fund; 2013.
46. Neukom J, Ashford L. Changing youth behavior through social marketing: program experiences and research findings from Cameroon, Madagascar, and Rwanda. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2003 (http://www.prb.org/pdf/ChangYouthBehavior_Eng.pdf).
47. Papo J, Bauni E, Sanders E, Brocklehurst P, Jaffe H. Exploring the condom gap: is supply or demand the limiting factor – condom access and use in an urban and a rural setting in Kilifi district, Kenya. *AIDS.* 2011;25:247–255.
48. Lamb M, Fayorsey R, Nuwagaba-Biribonwhoa H, Viola V, Mutabazi V, Alwar T, et al. High attrition before and after ART initiation among youth (15–24 years of age) enrolled in HIV care. *AIDS.* 2014;28:559–568.
49. Bygrave H, Mtangirwa J, Ncube K, Ford N, Kranzer K, Munyaradzi D. Antiretroviral therapy outcomes among adolescents and youth in rural Zimbabwe. *PLoS One.* 2012;7:e52856.
50. Cruz MLS, Cardoso CA, João EC, Gomes IM, Abreu TF, Oliveira RH, et al. Pregnancy in HIV vertically infected adolescents and young women: a new generation of HIV-exposed infants. *AIDS.* 2010;24:2727–2731.
51. Landolt NTK, Lakhonphon S, Ananworanich J. Contraception in HIV positive female adolescents. *AIDS Res Ther.* 2011;8:1–17.
52. Iqbal Z, Zorn C. Violent conflict and the spread of HIV/AIDS in Africa. *J Politics.* 2010;72:149–162.
53. Miller C. Economic impact report of the Mchinji social cash transfer pilot. Unpublished report. Boston, MA: Center for International Health and Development, Boston University School of Public Health; and Zomba: Center for Social Research, University of Malawi.
54. Handa S, Halpern CT, Pettifor A, Thirumurthy H. The government of Kenya’s cash transfer program reduces the risk of sexual debut among young people age 15–25. *PLoS One.* 2014;9:e85473.

55. Demographic and Health Surveys. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2010–2012 (<http://www.dhsprogram.com/>).
56. Female genital mutilation/cutting: what might the future hold? New York: United Nations Children's Fund; 2014 (http://www.unicef.org/media/files/FGM-C_Report_7_15_Final_LR.pdf).
57. Female genital mutilation (FGM): frequently asked questions. New York: United Nations Population Fund; 2010 (<http://www.unfpa.org/resources/promoting-gender-equality>).
58. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us? *Lancet*. 2015;3:e34–e43.
59. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. Geneva: United Nations Children's Fund; 2014.
60. WDR 2006 Equity and Development
61. Inter-Parliamentary Union website updated 1st May 2015.
62. Youngpeopletoday.net Accountability Framework for Ministerial commitment2014.pdf
63. Unveiling evidence for Most and Risk Populations in Kenya to Accelerate action. March 2012 Ministry of Health Kenya.

