



**L'Égalité des Genres,
l'Autonomisation des
Femmes et le VIH en
Afrique:**
L'impact des enjeux
croisés et les priorités
continentales



AVANT-PROPOS

L'interaction complexe de facteurs sociaux, économiques et structurels, notamment la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, l'inégalité des rapports de force, la violence sexiste, l'isolement social et l'accès limité à la scolarité, accroît la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH. En outre, ces facteurs les privent de la possibilité de s'exprimer et de prendre des décisions concernant leur vie, réduisent leur capacité à accéder aux services qui répondent à leurs besoins, augmentent les risques de violence ou d'autres pratiques néfastes et entravent leur capacité à atténuer l'impact du SIDA.

Les adolescentes et les jeunes femmes sont deux fois plus susceptibles de contracter le VIH que leurs homologues masculins. Les maladies liées au SIDA restent l'une des principales causes de décès des femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 44 ans) en Afrique. En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes et les adolescentes représentaient une nouvelle infection sur quatre en 2019, alors qu'elles constituent environ 10 % de la population totale. En outre, seul un tiers environ des jeunes femmes d'Afrique subsaharienne ont des connaissances précises et complètes sur le VIH. Près de 30 % des femmes âgées de 15 ans et plus ont subi des violences sexistes, les violences entre partenaires intimes variant de 13 % à 97 %. Pendant les déplacements et les périodes de crise, le risque de violence à caractère sexiste augmente considérablement pour les femmes et les filles.

Quarante années de lutte contre le VIH ont appris à la communauté internationale qu'une approche fondée sur les droits humains est essentielle pour créer des environnements propices à la réussite des réponses au VIH et pour affirmer la dignité des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH. Ce rapport arrive à point nommé et s'inscrit dans le contexte de plusieurs engagements mondiaux et régionaux qui traitent des inégalités systémiques et de ceux qui répondent au VIH, notamment l'Agenda 2063 de l'Afrique, la Déclaration et le Programme d'Action de Pékin, le Plan d'Action de Maputo et la Déclaration Politique sur le SIDA de 2021. Il met en évidence la façon dont l'appartenance sexuelle s'articule avec d'autres facteurs d'inégalités tels que le revenu, l'âge, la violence à caractère sexiste, la stigmatisation, la discrimination et le mariage des enfants pour exacerber la vulnérabilité et la susceptibilité des femmes à l'infection par le VIH et influencer également les résultats en matière de santé.

Les demandes d'approches transformatrices sur le plan social et de l'égalité des sexes se multiplient alors que la riposte au VIH franchit une étape déterminante et s'achemine vers la dernière ligne droite. Les pays ont mis en œuvre plusieurs programmes complets de meilleures pratiques axés sur le renforcement de l'autonomisation, l'émancipation économique et l'amélioration de l'accès des adolescentes et des jeunes femmes aux services liés au VIH et à la Santé Sexuelle et Reproductive & Droits en matière de Reproduction (SSR&DR), tels que DREAMS, « SASA ! », le programme HER et She Conquers, avec des résultats positifs. Des investissements plus importants dans ces innovations qui ont fait leurs preuves sont nécessaires pour soutenir et accélérer les progrès vers les objectifs de 2030. Les États membres ont fait preuve de volonté politique et de leadership pour lutter contre le VIH. L'Afrique orientale et australe a fait preuve de leadership en augmentant de 26 % les ressources nationales allouées aux programmes de lutte contre le VIH entre 2010 et 2019.

Si les progrès réalisés en matière de réduction de l'infection par le VIH et de mise sous traitement des personnes porteuses du VIH ont été louables dans la plupart des pays, la pandémie de COVID-19 a aggravé la situation. Elle a révélé des inégalités sociétales profondément enracinées et a menacé de réduire à néant les progrès accomplis vers les objectifs de 2020, qui étaient déjà hors trajectoire.

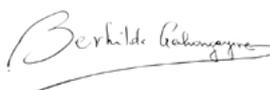
Pour atteindre les objectifs du Cadre catalytique de l'Union Africaine (UA) visant à mettre fin au SIDA d'ici 2030, il faudra changer les normes sociales néfastes, réduire la discrimination et les inégalités à caractère sexiste, promouvoir l'autonomisation des femmes et réaliser les objectifs de SSR&DR des femmes.

Grâce à ce partenariat, la CUA, ONUSIDA et ONU Femmes visent à promouvoir une action cohérente et coordonnée au sein de l'UA et de l'ONU pour une approche de la lutte contre la pandémie de SIDA basée sur les droits humains et tenant compte de la dimension de genre, par le biais de politiques, de processus et d'initiatives aux niveaux national, régional et continental. En outre, la collaboration souligne l'importance d'investir dans la création et le renforcement de partenariats multisectoriels et dans la production de données ventilées par sexe en tant que facteurs clés et accélérateurs de solutions durables et de réponses réussies au VIH. Nous appelons donc toutes les parties prenantes à se rallier aux recommandations audacieuses de ce rapport pour colmater les failles des inégalités entre les sexes et les enjeux interconnectés qui maintiennent les femmes et les filles vulnérables au VIH et les empêchent de jouir de leur droit à la santé. Engageons-nous tous à investir collectivement des ressources suffisantes et à accélérer les efforts pour mettre fin au SIDA d'ici 2030.



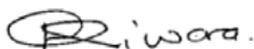
Victoria Lehau Maloka

Directrice par intérim de la Direction Femmes
Genre et Jeunesse



Berthilde Gahongayire

Directrice pays de l'ONUSIDA pour l'Éthiopie et
directrice par intérim du Bureau de Liaison de l'Union Africaine et la CEA



Letty Chiwara

Représentante de l'ONU Femmes en Éthiopie, auprès de l'Union Africaine et la CEA



NOS REMERCIEMENTS

Le document de politique générale intitulé « L'Égalité des Sexes, l'Autonomisation des Femmes (ESAF) et le VIH en Afrique : l'impact des enjeux interconnectés et les principales priorités continentales » a été élaboré par la Direction Femmes, Genre et Jeunesse (DFGJ) de la Commission de l'Union Africaine (CUA) avec le soutien et en partenariat avec l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).

Les partenaires expriment leur gratitude aux co-chercheurs, le Dr Mary Nyikuri et M. Jacob Awolaja, pour le rôle déterminant qu'ils ont joué dans l'élaboration de ce document qui fournit une analyse complète et un excellent aperçu des questions et des priorités pour une riposte au VIH/SIDA tenant compte des spécificités de chaque sexe en Afrique.

L'étude a bénéficié des contributions de l'équipe technique et de direction qui a soutenu le processus de recherche, à savoir:

LA DIRECTION FEMMES, GENRE ET JEUNESSE (DFGJ) DE LA COMMISSION DE L'UNION AFRICAINE

Victoria Lehau Maloka, Tapiwa Uchizi Nyasulu Rweyemamu (PhD),
Hilina Wassihun et Inas Mubarak Yahia Abbas (Département de la Santé, des Affaires Humanitaires et du Développement Social (DSAHDS)) de la CUA).

ONUSIDA

Netseht Tadeseh, Irene Maina et Kreeneshni Govender.

ONU FEMMES

Marie Goretti Nduwayo, Tikikel Tadele Alemu, Amen Deneke et Dukaye Amare Mergia (Liaison ONU Femmes auprès de l'UA et de la CAE).

Jacqueline Utamuriza-Nzisabira (Bureau multi-pays d'ONU Femmes en Afrique du Sud), Addisalem Befekadu (Bureau de pays d'ONU Femmes en Éthiopie) Jack Onyisi Abebe (ONU Femmes ESARO), Nazneen Damji et Elena Kudravnseva (Siège d'ONU Femmes).



SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	3
NOS REMERCIEMENTS	5
ABRÉVIATIONS	8
DÉFINITIONS ET CONCEPTS CLÉS UTILISÉS DANS LE RAPPORT	10
SOMMAIRE EXÉCUTIF 12	
INTRODUCTION	12
OBJET	12
MÉTHODOLOGIE	13
CONSTATATIONS	13
RECOMMANDATIONS	15
1. INTRODUCTION ET VUE D'ENSEMBLE	17
1.1 LES FEMMES SONT LES PLUS TOUCHÉES PAR LE VIH/SIDA EN AFRIQUE	17
1.2 LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES SONT PARTICULIÈREMENT VULNÉRABLES	17
1.3 LES FACTEURS DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH	17
2. IMPORTANCE DES ENJEUX	19
2.1 L'ÉPIDÉMIE DE VIH CHEZ LES FEMMES ET LES ADOLESCENTES : FAITS ET CHIFFRES CLÉS	20
3. MÉTHODOLOGIE	25
4. RECOUPEMENTS ENTRE L'ÉPIDÉMIE DE VIH ET L'ESAF	26
4.1 LES PREUVES DES LIENS ENTRE LE VIH ET LA VCS	26
4.2 LE MARIAGE DES ENFANTS	29
4.3 LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES ET LE VIH	32
4.4 LE VIH, LE LEADERSHIP ET LA PRISE DE DÉCISION	33
4.5 LE VIH ET L'AUTONOMISATION ÉCONOMIQUE	35
4.6 LE VIH ET L'ÉDUCATION DES FILLES	38
4.7 DES CADRES JURIDIQUES DISCRIMINATOIRES	39
4.8 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION LIÉES AU VIH	41
4.9 LE VIH, LE HANDICAP, LE STATUT DE RÉFUGIÉ, LA TOXICOMANIE ET D'AUTRES SITUATIONS DE CRISE, Y COMPRIS LA COVID-19	47
5. POLITIQUE MONDIALE ET OBLIGATIONS JURIDIQUES RELATIVES À L'ESAF ET AU VIH	48
6. POLITIQUE CONTINENTALE ET OBLIGATIONS JURIDIQUES RELATIVES À L'ESAF ET AU VIH	50
6.1 AGENDA 2063	50
6.2 STRATÉGIE AFRICAINE EN MATIÈRE DE SANTÉ (SAS) 2016-2030	51
6.3 LE CADRE CATALYTIQUE POUR METTRE FIN AU SIDA, À LA TUBERCULOSE ET ÉLIMINER LE PALUDISME EN AFRIQUE D'ICI 2030	51
6.4 LA STRATÉGIE DE L'UA EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ DES SEXES ET DE L'AUTONOMISATION DES FEMMES	52
6.5 LA COMMISSION AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES (CADHP), CHARTE DE BANJUL	53

6.6	LE PROTOCOLE DE MAPUTO	53
6.7	LA DÉCLARATION SOLENNELLE SUR L'ÉGALITÉ DES SEXES EN AFRIQUE	54
6.8	LE PLAN D'ACTION DE MAPUTO	55
6.9	LA CHARTE AFRICAINE DES DROITS ET DU BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT	55
6.10	LA CHARTE AFRICAINE DE LA JEUNESSE	56
6.11	LA DÉCENNIE DE LA FEMME AFRICAINE (DFA)	56
6.12	ACTIONS PRIORITAIRES CLÉS POUR LA RÉALISATION DU PROGRAMME D'ACTION DE PÉKIN	57
6.13	CAMPAGNES DE L'UA ET MÉCANISMES DE RESPONSABILITÉ RELATIVES À L'ESAF ET AU VIH	57
7.	SÉLECTIONNER LES PRATIQUES PROMETTEUSES EN MATIÈRE D'INITIATIVES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA TENANT COMPTE DE LA DIMENSION DE GENRE ET DES ENJEUX MAJEURS	60
7.1	PRATIQUES PROMETTEUSES	60
7.2	LES ENJEUX MAJEURS	67
8.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	68
9.	RECOMMANDATIONS	71
	LES RÉFÉRENCES	75

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 -	SCHÉMA ILLUSTRANT LES ENJEUX INTERCONNECTÉS ENTRE LE VIH/SIDA ET LE GENRE	26
FIGURE 2 -	RÉSUMÉ DES FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES	28
FIGURE 3 -	FACTEURS DANS LE MARIAGE PRÉCOCE QUI AUGMENTENT LE RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH	30
FIGURE 4 -	POURCENTAGE DE FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI ONT ÉTÉ MARIÉES OU EN UNION LIBRE POUR LA PREMIÈRE FOIS AVANT L'ÂGE DE 18 ANS	31
FIGURE 5 -	POURCENTAGE DE FILLES ET DE FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI ONT SUBI DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES	32
FIGURE 6 -	POURCENTAGE DE FEMMES QUI PENSENT QU'UNE FEMME A LE DROIT DE DEMANDER L'UTILISATION D'UN PRÉSÉRATIF SI ELLE SAIT QUE SON MARI A UNE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE, 18 PAYS D'AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE	34
FIGURE 7 -	POURCENTAGE DE FEMMES QUI PENSENT QU'UNE FEMME A LE DROIT DE DEMANDER L'UTILISATION D'UN PRÉSÉRATIF SI ELLE SAIT QUE SON MARI A UNE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE, 13 PAYS D'AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE	35
FIGURE 8 -	TEMPS CONSACRÉ AU TRAVAIL RÉMUNÉRÉ ET NON RÉMUNÉRÉ POUR UNE PERSONNE EMPLOYÉE ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES DANS 23 PAYS EN DÉVELOPPEMENT (DERNIÈRES DONNÉES DISPONIBLES)	37
FIGURE 9 -	PARTICIPATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL SUR L'ÉCART ENTRE LES SEXES, POINTS DE POURCENTAGE, 2018	37
FIGURE 10 -	PAYS D'AFRIQUE OÙ EXISTENT DES LOIS SPÉCIFIQUES AU VIH	40
FIGURE 11 -	POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI DÉCLARENT AVOIR DES ATTITUDES DISCRIMINATOIRES ENVERS LES PERSONNES PORTEUSES DU VIH, PAYS POUR LESQUELS DES DONNÉES SONT DISPONIBLES, 2014–2019	42
FIGURE 12 -	POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI N'ACHÈTERAIENT PAS DE LÉGUMES À UN COMMERÇANT PORTEUR DU VIH, PAYS POUR LESQUELS DES DONNÉES SONT DISPONIBLES, AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE, 2014–2019	44
FIGURE 13 -	POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI N'ACHÈTERAIENT PAS DE LÉGUMES À UN COMMERÇANT PORTEUR DU VIH, PAYS POUR LESQUELS DES DONNÉES SONT DISPONIBLES, AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE, 2014–2018	45
FIGURE 14 -	POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI N'ACHÈTERAIENT PAS DE LÉGUMES À UN COMMERÇANT PORTEUR DU VIH, PAYS POUR LESQUELS LES DONNÉES SONT DISPONIBLES, 2000–2019	45

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 - DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES DANS LES INDICATEURS CLÉS DU VIH EN AFRIQUE CHEZ LES ADULTES ET LES JEUNES - DONNÉES DES ESTIMATIONS 2019 D'ONUSIDA

19

TABLEAU 2 - L'ÉPIDÉMIE DE VIH CHEZ LES FEMMES ET LES ADOLESCENTES : FAITS ET CHIFFRES CLÉS

20

ABRÉVIATIONS

AAM	Agence Africaine des Médicaments
AEA	Afrique de l'Est et Australe
AJF	Adolescentes et Jeunes Femmes
AJH	Adolescents et Jeunes Hommes
AOC	Afrique Occidentale et Centrale
ARV	Antirétroviraux
AWA	AIDS Watch Africa
BAD	Banque Africaine de Développement
CADBE	Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant
CADHP	Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
CAE	Communauté de l'Afrique de l'Est
CCF	Commission de la Condition de la Femme
CDA	Communauté de Développement de l'Afrique Australe
CEDAF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CEDEAO	Communauté Économique des États d'Afrique de l'Ouest
CEME	Campagnes sur l'Élimination du Mariage des Enfants
CENUA	Commission Économique des Nations Unies pour l'Afrique
CER	Communautés Économiques Régionales
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CMMV	Circoncision Masculine Médicale Volontaire
CPVD	Centre pour la Prévention de la Violence Domestique
CRAMM	Campagne pour une Réduction Accélérée de la Mortalité Maternelle
CRPAS	Centre de Recherche sur la Population Africaine et la Santé
CUA	Commission de l'Union Africaine
DFGJ	Direction Femmes, Genre et Jeunesse
DREAMS	Femmes Déterminées, Résilientes, Autonomes, Libérées du SIDA, Encadrées et en Sécurité
ESAF	Égalité des Sexes et Autonomisation des Femmes
FM	Fonds Mondial
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FPVIH	Femmes Porteuses du VIH
GIMAC	Campagne « Le Genre : Mon Agenda »
MGF	Mutilations Génitales Féminines
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique

ONU FEMMES	Entité des Nations Unies pour l'Égalité des Sexes et l'Autonomisation des Femmes
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPDAS	Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le VIH/SIDA
OSC	Organisations de la Société Civile
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PAdM	Plan d'Action de Maputo
PCP	Plan Cadre Pharmaceutique
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PrEP	Prophylaxie Pré-exposition
RCSNU	Résolution du Conseil de Sécurité des Nations Unies
SSR&DR	Santé Sexuelle et Reproductive & Droits en matière de Reproduction
TASAF	Fonds d'Action Sociale de la Tanzanie
UA	Union Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VCS	Violence à Caractère Sexiste
VCSF	Violence à caractère sexiste à l'égard des femmes
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



“Donner aux femmes et aux filles les moyens de revendiquer leurs droits, de recevoir une éducation de qualité, de mener une vie saine et de prendre des mesures pour se protéger du VIH est une composante requise de la combinaison de prévention du VIH et de changements structurels qui reflètent la nature interconnectée du développement durable. Buts.”

Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directrice exécutive, ONU Femmes





DÉFINITIONS ET CONCEPTS CLÉS UTILISÉS DANS LE RAPPORT

Genre/Sexes: Désigne les différences socialement et culturellement construites entre les hommes et les femmes, les garçons et les filles, qui leur confèrent une valeur, des opportunités et des chances de vie inégales. Il fait également référence aux caractéristiques et capacités typiquement masculines et féminines, ainsi qu'aux attentes concernant le comportement des femmes et des hommes dans la société. Ces caractères sont limités dans le temps et changeants.¹

L'inégalité entre les sexes: Fait référence à l'inégalité des chances liée au sexe, aux rôles des hommes et des femmes et aux attentes en matière d'obtention et de contrôle des ressources sociales, économiques et politiques, y compris la protection de la loi (comme les services de santé, l'éducation et le droit de vote). Il est important de noter que l'inégalité entre les sexes détermine souvent de manière spécifique des résultats différents, inégaux et négatifs en matière de développement et de santé pour les femmes et les hommes, ainsi que pour les filles et les garçons.^{2,3}

L'égalité des sexes: Il s'agit de l'égalité des droits, des responsabilités et des chances entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons. L'égalité ne signifie pas que les femmes et les hommes deviendront identiques, mais que les droits, les responsabilités et les opportunités des femmes et des hommes ne dépendront pas du fait qu'ils soient nés hommes ou femmes.⁴

Sexospécificités: Les sexospécificités sont des idées sur la façon dont les hommes et les femmes devraient être et agir. Nous intériorisons et apprenons ces « règles » très tôt dans la vie. Cela met en place un cycle de vie de socialisation et de stéréotypes liés au genre.⁵

Les rôles de genre: Les rôles de genre font référence aux normes sociales et comportementales qui, dans une culture spécifique, sont largement considérées comme socialement appropriées pour les hommes, les femmes, les garçons et les filles.⁶

Violence à caractère sexiste (VCS): La violence à caractère sexiste est un terme générique désignant tout acte préjudiciable perpétré contre la volonté d'une personne et fondé sur des différences socialement attribuées entre les femmes et les hommes. La nature et l'ampleur de certains types de VCS varient selon les cultures, les pays et les régions. Les exemples incluent la violence sexuelle, le mariage précoce et les mutilations génitales féminines.⁷

Sexotransformateur/sexotransformatrice: Qui transforme les relations inégales entre les sexes pour promouvoir le partage du pouvoir, le contrôle des ressources, la prise de décision et le soutien à l'autonomisation des femmes⁸. S'attaque aux causes des inégalités fondées sur le sexe et s'efforce de transformer les normes, les rôles, les comportements, les pratiques et les relations de pouvoir néfastes entre les sexes.⁹

Santé sexuelle et reproductive et droits en matière de reproduction (SSR&DR): La santé sexuelle et reproductive et droits en matière de reproduction s'inscrivent dans le contexte du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo), qui garantit le respect et la promotion du droit à la santé des femmes, y compris le droit des femmes de contrôler leur fertilité ; le droit de décider d'avoir des enfants, le nombre d'enfants et l'espacement des naissances ; le droit de choisir toute méthode de contraception ; le droit à l'autoprotection et à la protection contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ; le droit d'être informée sur son état de santé et sur celui de son partenaire, en particulier s'il est atteint d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux meilleures pratiques reconnues au niveau international ; et le droit de recevoir une éducation en

matière de planification familiale. En conséquence, les États parties sont tenus de prendre toutes les mesures appropriées pour fournir des services de santé adéquats, abordables et accessibles, y compris des programmes d'information, d'éducation et de communication à l'intention des femmes, en particulier celles des zones rurales ; mettre en place et renforcer les services de santé et de nutrition prénatals, obstétricaux et postnatals existants pour les femmes pendant la grossesse et l'allaitement ; et protéger les droits en matière de reproduction des femmes en autorisant l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus¹⁰.

Santé reproductive: Tel que défini par le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo), « c'est un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et ses processus. La santé reproductive implique donc que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante et sûre et qu'elles aient la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et à quelle fréquence elles le feront. Cette dernière condition implique le droit des hommes et des femmes d'être informés et d'avoir accès à des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale de leur choix, ainsi qu'à d'autres méthodes de leur choix de régulation de la fertilité qui ne sont pas contraires à la loi, et le droit d'accès à des services de soins de santé appropriés qui permettront aux femmes de mener à bien leur grossesse et leur accouchement en toute sécurité et donneront aux couples les meilleures chances d'avoir un enfant en bonne santé »¹¹.

Déterminants sociaux et VIH: Pour mettre fin à l'épidémie de SIDA en tant que menace pour la santé publique, il est essentiel de s'attaquer aux déterminants de la vulnérabilité et de répondre aux besoins globaux des personnes porteuses du VIH ou exposées à un risque élevé d'infection par le VIH.¹²





SOMMAIRE EXÉCUTIF

INTRODUCTION

Les filles et les femmes africaines supportent une part disproportionnée de la charge mondiale de la pandémie de VIH/SIDA. Les femmes représentent plus de la moitié des personnes porteuses du VIH (63 %) et 60 % des nouvelles infections chez les adultes (15 ans et plus) en Afrique. Les jeunes femmes sont touchées de manière disproportionnée, puisqu'elles représentent plus du double du nombre de personnes porteuses du VIH (1,9 million contre 0,85 million) et plus de 70 % des nouvelles infections à VIH dans leur tranche d'âge. Cela se traduit par plus de 4 600 nouvelles infections au VIH par semaine chez les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique. Les adolescentes et les jeunes femmes sont deux fois plus susceptibles de contracter le VIH que leurs homologues masculins. Les maladies liées au SIDA restent l'une des principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 44 ans) en Afrique.

Le VIH chez les filles et les femmes africaines est alimenté par de multiples inégalités entre les sexes qui s'interconnectent aux niveaux individuel, socioculturel, économique et systémique. Ces inégalités entre les sexes, notamment la violence à caractère sexiste et la violence conjugale, exacerbent la vulnérabilité physiologique des femmes et des filles au VIH et bloquent leur accès aux services, au dépistage, au traitement et aux soins liés au VIH. Si le VIH est alimenté par les inégalités entre les sexes, il les renforce également, rendant les femmes plus vulnérables à ses effets. Le déséquilibre des pouvoirs entre les hommes et les femmes signifie que de nombreuses jeunes femmes ne peuvent pas prendre de décisions concernant leur santé. Ces inégalités sont plus prononcées pour les femmes marginalisées, migrantes et handicapées en raison de leur risque accru de discrimination et de violence. Certaines des inégalités entre les sexes qui alimentent l'épidémie de VIH sont : la violence à caractère sexiste, y compris le mariage des enfants et les mutilations génitales féminines, les inégalités de pouvoir et de prise de décision, le manque d'autonomisation économique des femmes, le manque d'accès des filles à l'éducation, les facteurs juridiques et politiques tels que des cadres juridiques discriminatoires, la stigmatisation et la discrimination, la crise humanitaire et la COVID 19 comme facteur transversal.

Ce document d'orientation arrive à un moment opportun au niveau mondial et continental. L'année 2020 marque un tournant décisif pour le calendrier de l'Union Africaine (UA) en matière d'égalité entre les sexes. Il s'agit du 10ème anniversaire et de la fin de la première Décennie de la Femme Africaine (DFA) sur l'approche de base de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes 2010-2020. Elle marque également les célébrations du 20ème anniversaire de la Résolution 1325 du Conseil de Sécurité des Nations unies (RCSNU) et du 25ème anniversaire de la Déclaration et du Programme d'Action de Pékin. L'année 2020 marque également le début de la décennie d'action décisive des Objectifs de développement durable (ODD). Elle marque également les 5 premières années de l'adoption par l'UA du Cadre catalytique pour mettre fin au SIDA, à la tuberculose et éliminer le paludisme d'ici à 2030 afin de suivre les progrès accomplis pour mettre fin au VIH/SIDA d'ici à 2030.

OBJET

Dans ce contexte, le rapport vise, premièrement, à fournir un aperçu de la manière dont le genre et d'autres inégalités interconnectées ont un impact sur le risque et la vulnérabilité au VIH des femmes et des filles en Afrique. Deuxièmement, l'examen doit fournir des recommandations clés à l'UA et à ses partenaires sur l'intégration de l'égalité des sexes, de l'autonomisation des femmes et de la SSR&DR dans l'architecture existante de l'UA, par le biais de processus stratégiques, de planification, de budgétisation et de mise en œuvre, afin de s'attaquer aux obstacles et aux défis liés au genre dans la riposte au VIH. Troisièmement, fournir des preuves qui peuvent servir d'outil de plaidoyer pour les décideurs politiques, les organes de l'UA, les bailleurs de fonds, la société civile et les organisations communautaires dans la conception de programmes nationaux et continentaux.

MÉTHODOLOGIE

Une approche basée sur l'égalité des sexes, la SSR&DR et les droits humains a été utilisée pour examiner les instruments, les politiques et les cadres de l'UA afin d'identifier les lacunes et de s'assurer que la riposte au VIH en Afrique soit sexotransformatrice et réponde aux besoins multiples, interconnectés et changeants des femmes et des filles. Les données ont été collectées à partir de sources secondaires par le biais d'une étude documentaire menée par deux consultants internationaux travaillant sous la direction de la Commission de l'Union Africaine (CUA)-DFGJ, de l'ONUSIDA et d'ONU Femmes - conformément aux principes de respect et de protection des droits humains des femmes et des filles - par le biais d'une approche éclairée par les faits.

CONSTATATIONS

L'examen montre qu'à l'échelle du continent, l'UA a fait preuve d'un leadership exceptionnel en unissant les dirigeants africains pour tirer parti du pouvoir des politiques et des mécanismes de responsabilité en tant qu'outils efficaces de lutte contre le SIDA sur le continent. Voici quelques-uns de ces engagements et l'accent qu'ils mettent sur le VIH et l'ESAF.

1. L'Agenda 2063 sert de plan directeur et de schéma directeur à l'Afrique pour transformer le continent en une puissance mondiale de l'avenir. Adopté en 2013 en tant que vision à cinquante ans, ce cadre vise à accélérer la réalisation du développement et de la croissance durables, de la paix et de la sécurité, de la gouvernance, de la démocratie, du respect des droits humains, de la justice et de l'État de droit en Afrique.
2. La stratégie africaine pour la santé (2016-2030) a pour objectif de garantir une vie saine et de promouvoir le bien-être de tous en Afrique dans le cadre de « l'Agenda 2063 ». L'objectif stratégique 2 de ladite stratégie met l'accent sur « l'élimination du SIDA, de la tuberculose et du paludisme, dans le cadre de la réduction de la morbidité et de l'élimination de la mortalité évitable ».
3. Le Cadre catalytique de l'UA pour mettre fin au SIDA, à la tuberculose et au paludisme fixe un objectif pour mettre fin au SIDA en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Le cadre a identifié les lacunes, les défis et les opportunités qui ont existé sur le continent africain en vue de mettre fin au SIDA, à la tuberculose et au paludisme dans le contexte des objectifs d'Abuja +12. En ce qui concerne le VIH, le Cadre catalytique 2016-2030 a été adopté avec la vision de créer une « Afrique sans SIDA, tuberculose et paludisme ». On s'attend à ce que le continent africain, par le biais du cadre catalytique qui est cohérent avec l'Agenda 2063 et l'Agenda 2030, mette fin à ces trois maladies d'ici 2030.
4. En 2018, l'UA a adopté sa première Stratégie pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (2018-2028) afin de réaffirmer son engagement à faire progresser l'égalité des sexes. La Stratégie pour l'égalité des sexes contribue à renforcer/catalyser l'intégration du genre dans l'UA, conformément à l'Agenda 2063, au Protocole de Maputo et aux Objectifs de développement durable (ODD). La stratégie pour l'égalité des sexes contribue plus précisément à la concrétisation de l'Aspiration 6 de l'Agenda 2063 par la réalisation de la « pleine égalité des sexes dans tous les domaines de la vie ». Elle requiert, entre autres, la ratification, l'intégration et la mise en œuvre intégrale du Protocole de Maputo.
5. La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP) a élaboré des observations générales ainsi que des directives sur des sujets spécifiques, afin de fournir aux États membres des orientations interprétatives sur les dispositions du Protocole de Maputo et la réponse requise de l'État en matière de droits des femmes et des filles. Elle reconnaît que les personnes porteuses du VIH et les personnes à risque, qui constituent l'un des groupes les plus vulnérables, sont exposées à de graves violations des droits humains en Afrique.
6. La Charte africaine de la jeunesse a été adoptée en 2006 en réponse à la nécessité de donner la priorité au développement et à l'autonomisation des jeunes. Elle réitère la nécessité de protéger et de réaliser les droits fondamentaux des jeunes et des filles à l'éducation, à l'information, à la communication et à la sensibilisation au VIH et à la santé reproductive. La charte appelle à l'élimination de toutes les formes de discrimination, de pratiques culturelles préjudiciables et de violence à l'égard des filles et des jeunes femmes et à la protection de leurs droits en leur garantissant un accès égal aux soins de santé, à l'éducation et aux opportunités économiques. Elle appelle les États membres à fournir en temps utile un traitement aux jeunes infectés par le VIH/SIDA, y compris la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la prophylaxie après le viol et la thérapie antirétrovirale, et à créer des services de santé spécifiques pour les jeunes.

7. La Décennie de la femme africaine (DFA), une approche populaire de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, favorise la mise en œuvre accélérée des engagements mondiaux et régionaux en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes par le biais d'approches descendantes et ascendantes, incluant la participation populaire.
8. Le Protocole de Maputo sur les droits des femmes et des filles, qui a fait date, a été adopté en 2003 et est entré en vigueur en 2005. En juillet 2004, les États membres de l'UA ont adopté la Déclaration solennelle sur l'égalité des sexes en Afrique, réaffirmant ainsi leur engagement en faveur de l'égalité des sexes, de la parité entre les sexes et des droits fondamentaux des femmes et des filles - tels qu'ils sont consacrés par l'Article 4(L) de l'Acte constitutif de l'UA ainsi que d'autres engagements internationaux, régionaux et nationaux.
9. Le Plan d'Action de Maputo (PAdM) a mis l'accent sur l'intégration de la santé sexuelle et reproductive et des droits en matière de reproduction (SSR&DR) dans les programmes de lutte contre les IST/VIH/SIDA au cours de la prestation de services.
10. La Charte africaine sur les enfants est un cadre normatif important concernant les enfants qui a été adopté en 1990 et est entré en vigueur en 1999. Il s'agit de l'instrument juridique régional le plus important en matière de droits de l'enfant. Le plan d'action met l'accent sur l'allocation de ressources pour la mise en œuvre complète des programmes pour les enfants, l'amélioration des chances de vie des enfants, la prévention du VIH et du SIDA pour assurer le développement et la survie des enfants, le développement du potentiel des enfants en réalisant leur droit à l'éducation et en assurant la participation des enfants.

Au cours des deux dernières décennies, l'UA a lancé des campagnes et des mécanismes de responsabilisation sur l'ESAF et le VIH, qui comprennent notamment:

1. La campagne pour une réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CRAMM) : Cette campagne s'inscrit dans la vision de l'UA visant à éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants et à maintenir leurs mères en vie. En 2009, la CRAMM a été adoptée par l'UA comme une réponse à la crise des mortalités maternelles élevées, plaçant fermement celles-ci dans l'agenda continental. L'objectif principal de la CRAMM est de développer la disponibilité et l'utilisation de services de santé de qualité universellement accessibles, y compris ceux liés à la SSR.
2. La campagne Free to Shine (« Naître libre pour briller ») : le principal objectif de cette campagne est de mettre fin au SIDA chez les enfants en sensibilisant à l'épidémie de VIH chez les enfants et en soulignant l'importance de supprimer les obstacles qui empêchent les femmes et les mères d'accéder aux services de santé liés au VIH et au SIDA pour elles-mêmes et leurs enfants.
3. La campagne de l'Union Africaine pour mettre fin au mariage des enfants : L'objectif principal de cette campagne est d'accélérer la fin du mariage des enfants en Afrique en sensibilisant le continent aux effets du mariage des enfants. La campagne vise à promouvoir, protéger et défendre les droits des femmes et des filles en Afrique.
4. AIDS Watch Africa (AWA) : AIDS Watch Africa a été créé pour mener les efforts de plaidoyer, de mobilisation des ressources et de responsabilisation afin de faire progresser une riposte continentale solide et harmonisée pour mettre fin au SIDA, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030.

Parmi les autres initiatives/programmes qui ont été mis en œuvre à travers l'Afrique et qui ont enregistré d'excellents résultats, citons les suivants :

1. La formation des organismes nationaux de coordination de la lutte contre le SIDA en matière d'égalité des sexes en 2018-2019. Dix-sept organes nationaux de coordination de la lutte contre le SIDA et d'autres institutions gouvernementales responsables de la coordination de la riposte nationale au VIH ont accru leurs connaissances, leurs compétences et leurs capacités à lutter contre les inégalités entre les sexes dans les politiques et programmes de lutte contre le VIH, avec le soutien d'ONU Femmes.
2. La participation des femmes porteuses du VIH dans 30 pays dans les processus de prise de décision autour de la riposte au VIH, avec pour résultat une amélioration des compétences en matière de plaidoyer et de leadership, une participation accrue aux espaces de prise de décision dans la réponse au VIH et un meilleur accès aux services liés au VIH.
3. Il a été reconnu que les inégalités structurelles sous-jacentes entre les sexes qui entraînent et augmentent la vulnérabilité des femmes et des filles ne sont pas suffisamment prises en compte. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Résolution 60/2, la Communauté de développement de l'Afrique australe (CDA) a élaboré un programme d'action pour mettre en œuvre la Résolution 60/2 de la Commission de la condition de la

femme. Ce plan d'action a aidé les États membres à suivre leurs progrès et à rendre compte régulièrement au Secrétaire général des lacunes et des plans pour les combler.

4. Les gouvernements nationaux, en collaboration avec leurs partenaires onusiens et autres, ont fait preuve d'un engagement et d'un élan multisectoriels forts en engageant un large éventail de parties prenantes par le biais de processus participatifs et décentralisés. Outre l'engagement des donateurs en faveur d'interventions multisectorielles, des dispositifs de gestion et de financement innovants, tels que des services contractuels, des financements communs et des canaux de financement communautaires conçus pour renforcer la réponse multisectorielle, ont également vu le jour. Par exemple, en Ouganda, la création de la Commission ougandaise sur le SIDA, avec le soutien d'organismes donateurs internationaux et bilatéraux, et la mise en œuvre d'interventions en matière de VIH aux niveaux national, régional, institutionnel et communautaire, ont permis de réduire l'incidence du VIH. La Commission ougandaise du SIDA a établi un tableau de bord central avec des indicateurs sensibles au genre pour suivre les progrès des principales priorités en matière d'égalité des sexes dans la mise en œuvre du plan stratégique national sur le VIH et le SIDA.
5. Les programmes spécifiques aux adolescentes et aux jeunes femmes comprennent le programme pour les filles au Malawi, le programme HER en Tanzanie, le programme PEPFAR-DREAMS, la campagne She Conquers en Afrique du Sud et le projet SASA !

Bien que les États membres aient accompli des progrès considérables dans la réduction du nombre de nouvelles infections et de décès liés au VIH au cours de la dernière décennie, l'examen montre que ces progrès n'ont pas été réalisés de manière cohérente dans toutes les régions et tous les pays d'Afrique. La stigmatisation et la discrimination restent des obstacles majeurs à la lutte contre le SIDA. La recherche est limitée en Afrique du Nord, ce qui entrave les efforts déployés sur le continent pour lutter contre les inégalités entre les sexes et le VIH dans la région. En outre, le manque de données ventilées par sexe sur la réponse au VIH est une lacune notable dans les États membres.

Bien que des lois, des politiques et des cadres existent, ils ne parviennent pas à permettre les droits, les services ou l'accès équitable dans la pratique en raison d'une mise en œuvre médiocre et fragmentée. Les financements et l'engagement politique pour la mise en œuvre des programmes nationaux sont limités : par exemple, l'examen de l'état d'avancement du premier PAdM réalisé en 2015 a souligné l'engagement et le leadership politiques limités, l'insuffisance du financement national pour la santé et la forte dépendance vis-à-vis des donateurs. Les évaluations de genre en Tanzanie et en Éthiopie soulignent une forte dépendance à l'égard du financement des donateurs et le risque de non-durabilité en cas de diminution de ce financement. Le maintien des filles dans l'enseignement supérieur reste un défi et la pandémie de COVID-19 a exacerbé et continue d'exacerber la vulnérabilité des femmes et des filles.

RECOMMANDATIONS

L'UA, la CUA et les États membres doivent tirer parti de la dynamique et des synergies mondiales et continentales actuelles pour promouvoir un programme sexotransformatif de lutte contre le VIH. Conformément aux paragraphes 1 et 12 de la Déclaration solennelle sur l'égalité des sexes en Afrique (DSESA), les États membres s'engagent à accélérer la mise en œuvre de mesures économiques, sociales et juridiques sexospécifiques visant à lutter contre la pandémie de VIH/SIDA ; à mettre en œuvre efficacement les Déclarations d'Abuja et de Maputo sur le VIH/SIDA ; à rendre compte chaque année des progrès réalisés dans la parité hommes-femmes ; et à traiter toutes les questions (y compris le VIH/SIDA) soulevées dans la Déclaration.

La DFGJ, les autres organes et partenaires de l'UA doivent travailler avec AIDS Watch Africa et le Département de la santé, des affaires humanitaires et du développement social de la CUA (DSAHDS) pour collecter et présenter régulièrement aux Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique) des chiffres annuels sur le VIH/SIDA ventilés par sexe à l'échelle du continent. Ces données sont importantes pour galvaniser l'engagement politique au plus haut niveau, car elles donnent une image plus précise des progrès réalisés en matière d'égalité des sexes.

La CUA et ses organes devraient être impliqués dans le développement et la révision des politiques de couverture de santé universelle (CSU) nationales, régionales et continentales afin de s'assurer que les besoins des filles et des femmes soient pleinement pris en compte dans leur conception et leur mise en œuvre. À cet égard, la

DFGJ, avec le soutien d'ONUSIDA, peut faire appel aux services de spécialistes des systèmes de santé pour cet exercice. La prise en compte de l'égalité des sexes dans la conception, le financement et la mise en œuvre des systèmes de santé, ainsi que dans le personnel de santé, contribuera au succès de la santé universelle. En outre, les États membres devraient procéder à une évaluation nationale de leur riposte au VIH/SIDA en fonction du sexe, afin de la rendre plus sexotransformatrice, équitable et fondée sur les droits et, par conséquent, plus efficace.

Les États membres, en collaboration avec les partenaires concernés tels que l'ONUSIDA et ONU Femmes, devraient commander des recherches supplémentaires pour mieux comprendre les recoupements entre le VIH/SIDA et l'ESAF pour les filles et les femmes africaines ; et pour évaluer dans quelle mesure les filles et les femmes sont affectées par ces facteurs interconnectés. L'accent devrait être mis sur les États membres d'Afrique du Nord, où les données sont actuellement limitées.

Le nombre croissant de crises humanitaires en Afrique - qui sont souvent liées à des déplacements, à des perturbations des services sanitaires et sociaux, à l'insécurité alimentaire et à la pauvreté, accroît la vulnérabilité au VIH et a un impact négatif sur la vie des personnes porteuses du VIH. Les États membres, les OSC et les défenseurs des droits des personnes porteuses du VIH doivent s'assurer que les services liés au VIH (prévention, traitement, soins et services de soutien) sont effectivement intégrés à toutes les étapes de la réponse humanitaire (évaluation rapide, programmes, etc.), en particulier pour les victimes de violences à caractère sexiste et de violences sexuelles liées aux conflits.

L'importance de l'éducation pour la prévention du VIH ne peut être sous-estimée. Par conséquent, les OSC doivent travailler avec les organisations communautaires pour demander aux gouvernements nationaux de rendre des comptes sur l'amélioration de l'accès et le maintien dans une éducation de qualité pour les adolescentes et les jeunes femmes à travers l'Afrique et promouvoir l'intégration de l'éducation sur le VIH/SIDA dans les programmes scolaires.

La COVID-19 a révélé la nature sexospécifique de la crise sanitaire et le besoin crucial de réponses sexotransformatrices. Les partenaires de développement et les médias doivent travailler avec les autres organes et partenaires de l'UA pour certifier que toutes les réponses à la COVID-19 sont sensibles au genre et transformatrices afin de s'assurer que les besoins des filles et des femmes soient effectivement pris en compte. Le financement de la lutte contre le VIH dans toute l'Afrique est en perte de vitesse. Entre 2017 et 2019, le financement national de la lutte contre le VIH/SIDA a diminué en Afrique orientale et australe (baisse de 14 %) et en Afrique occidentale et centrale (baisse de 12 %) – deux régions à forte prévalence de VIH. Les États membres

1

INTRODUCTION ET VUE D'ENSEMBLE

1.1 LES FEMMES SONT LES PLUS TOUCHÉES PAR LE VIH/SIDA EN AFRIQUE

Les filles et les femmes africaines supportent une part disproportionnée de l'épidémie de VIH/SIDA. Les femmes représentent plus de la moitié du nombre de personnes porteuses du VIH en Afrique. En Afrique orientale et australe, la région la plus touchée par le VIH/SIDA, les femmes et les filles représentent plus de 12 millions des 20,7 millions de personnes porteuses du VIH. En Afrique occidentale et centrale, on estime que 4,9 millions d'adultes et d'enfants sont porteurs du VIH, dont 2,8 millions de femmes âgées de 15 ans et plus. Bien que le nombre d'hommes porteurs du VIH dans la région de l'Afrique du Nord soit supérieur au nombre de femmes, les nouvelles infections sont en augmentation chez les femmes.

1.2 LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES SONT PARTICULIÈREMENT VULNÉRABLES

Les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) sont particulièrement vulnérables au VIH. Elles sont deux fois plus susceptibles de contracter le VIH que les jeunes hommes du même âge. L'ONUSIDA a souligné en 2019 que les infections au VIH chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont 60 % plus élevées dans le monde que chez les jeunes hommes du même âge.¹³ Les infections au VIH chez les 15 à 24 ans représentent en moyenne 5 500 nouvelles infections chaque semaine en Afrique. La plupart de ces nouvelles infections hebdomadaires concernent les filles et les jeunes femmes en Afrique subsaharienne. En 2019, elles constituaient 72 % des nouvelles infections au VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans en Afrique de l'est et australe (AEA) et 70 % en Afrique occidentale et centrale (AOC). Quarante-six (46 %) des nouvelles infections à VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans en Afrique du Nord concernaient des adolescentes et des jeunes femmes.

1.3 LES FACTEURS DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH

Les femmes et les filles sont souvent confrontées à des défis individuels, sociaux, culturels, économiques et sanitaires multiples et qui s'interconnectent. On a émis l'hypothèse que le VIH et l'inégalité entre les sexes ont un lien bidirectionnel, plus particulièrement par le biais de normes, croyances et pratiques néfastes. Les inégalités entre les sexes, notamment la violence à caractère sexiste et la violence conjugale, exacerbent la vulnérabilité physiologique des femmes et des filles au VIH et bloquent leur accès aux services, au dépistage, au traitement et aux soins liés au VIH. Le VIH n'est pas seulement alimenté par les inégalités entre les sexes, mais il les renforce également, rendant les femmes plus vulnérables à ses effets.¹⁴ Le déséquilibre des pouvoirs entre les sexes signifie également que de nombreuses jeunes femmes ne sont pas en mesure de prendre des décisions concernant leur propre vie. Ces inégalités sont plus graves pour les femmes marginalisées, notamment les femmes migrantes et les femmes handicapées, qui sont également exposées à un risque accru de discrimination et de violence.

Le VIH et l'inégalité entre les sexes s'interconnectent dans la pratique néfaste et maligne de la violence à caractère sexiste (VCS). Le VIH et la VCS, qui se renforcent mutuellement, sont comme les deux faces d'une même pièce, mais sont rarement analysés, planifiés et programmés conjointement. Le VIH est également alimenté par des vulnérabilités telles que la pauvreté, les caractéristiques socioculturelles et démographiques. Les inégalités entre les sexes et la VCS sont parmi les facteurs clés de la vulnérabilité des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et reproductive et de droits en matière de reproduction (SSR&DR)¹⁵; en même temps, les problèmes de SSR&DR tels que l'infection par le VIH ou les grossesses non désirées peuvent accroître les risques de VCS et servir à aggraver les effets d'autres aspects de la discrimination sexospécifique.¹⁶

La vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes (AJF) au VIH est multiforme, façonnée par une série de facteurs biologiques et comportementaux proximaux, ainsi que par des facteurs sociaux et structurels plus distaux tels que les normes de genre.¹⁷ Par exemple, l'incidence du VIH est plus élevée lorsque les jeunes femmes ont également des infections sexuellement transmissibles (IST).¹⁸ Sur le plan comportemental, les relations sexuelles transactionnelles, les partenariats multiples, la toxicomanie et l'utilisation limitée du préservatif contribuent également au risque de VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (AJF).^{19,20} En outre, des facteurs structurels, comme la perte des parents et le fait d'être non scolarisé, sont associés à l'acquisition du VIH.²¹

Les réponses durables et complètes au VIH et à l'ESAF dépendent de politiques et de programmes à plusieurs niveaux qui s'attaquent aux inégalités entre les sexes ainsi qu'à d'autres facteurs de stratification sociale tels que la race/ethnicité, l'âge, le lieu de résidence, le statut socio-économique, ainsi que les structures plus larges de discriminations systémiques qui façonnent les sociétés.²² Il est essentiel de comprendre les facteurs sous-jacents qui s'interconnectent et qui contribuent à la fois aux inégalités entre les sexes et au VIH dans diverses communautés afin de s'attaquer aux risques, aux résultats et aux obstacles différentiels en matière d'accès aux services et d'exercice des droits humains. Les réponses intégrées s'orientent vers une analyse de la VCS et du VIH davantage axée sur les personnes, en recherchant les éléments et les déterminants communs pour se rapprocher des causes et des solutions communes^{23,24}.

L'intégration implique également de faire évoluer la recherche et la programmation vers une approche qui identifie et tire parti des femmes touchées par le VIH et des atouts communautaires qui favorisent l'égalité, la justice sociale et les droits humains.²⁵ La déclaration politique du vingt-cinquième anniversaire de la quatrième conférence mondiale sur les femmes (Déclaration et Programme d'Action de Pékin) s'inquiète du fait que de nombreuses femmes et filles subissent des formes multiples et interconnectées de discrimination, de vulnérabilité et de marginalisation tout au long de leur vie. Les progrès les moins importants ont été réalisés pour s'attaquer, en particulier, aux obstacles auxquels sont confrontées les femmes atteintes du VIH et du SIDA, les femmes en milieu rural, les femmes handicapées, les femmes migrantes et les femmes âgées.²⁶ Comme le souligne le rapport Lancet, « pour mettre fin à l'épidémie de VIH, il faut mettre fin à l'inégalité entre les sexes ».²⁷

“

“Nous devons tenir compte des barrières culturelles qui entravent la mise en œuvre efficace d'un changement de comportement et dans les États membres de l'UA... C'est un moment stratégique pour exprimer les questions culturelles que l'Afrique doit aborder pour mettre fin au SIDA d'ici 2030.”

H.E. Amira Elfadil Mohammed Commissaire à la Santé, aux Affaires Humanitaires et au Développement Social

”

2 | IMPORTANCE DES ENJEUX

S'attaquer à l'impact disproportionné du VIH sur les femmes et les filles est une priorité urgente. L'inégalité entre les sexes et les niveaux épidémiques de violence à caractère sexiste sont des déterminants sociaux et structurels clés qui affectent de manière disproportionnée les femmes et les filles. L'autonomisation des femmes par le biais de stratégies, de politiques, de budgets, d'institutions et de cadres de responsabilité est donc primordiale.

Il est tout aussi important d'autonomiser les femmes que de travailler avec les communautés pour lutter contre les normes sociales discriminatoires afin qu'elles puissent se protéger des infections, surmonter la stigmatisation et avoir un meilleur accès aux choix de prévention du VIH, au dépistage, au traitement, aux soins et au soutien. Il est nécessaire de mettre en œuvre des initiatives visant à éliminer les barrières sociales, même parmi les prestataires de services, afin de garantir l'accès aux services sociaux et de santé de base. Les initiatives visant à amplifier la voix des femmes vivant avec le VIH en encourageant leur leadership et leur participation significative à toutes les décisions et actions de lutte contre l'épidémie doivent être fondées sur des preuves. Ces stratégies servent de base à l'analyse de la question de savoir « ce qu'il faut faire du point de vue de l'égalité des sexes » pour accélérer la mise en œuvre des réponses au VIH et au SIDA en fonction des sexes, conformément aux étapes et aux objectifs définis dans le cadre catalytique.

Les infographies suivantes indiquent les différences entre les sexes en matière de prévalence du VIH et, de fait, les inégalités entre les adolescentes et les jeunes femmes et les hommes et les femmes adultes à l'échelle du continent.

TABEAU 1 - DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES DANS LES INDICATEURS CLÉS DU VIH EN AFRIQUE CHEZ LES ADULTES ET LES JEUNES - DONNÉES DES ESTIMATIONS 2019 D'ONUSIDA²⁸

PARAMÈTRE	HOMMES ADULTES ÂGÉS DE 15 ANS ET PLUS	FEMMES ADULTES ÂGÉES DE 15 ANS ET PLUS	JEUNES HOMMES ÂGÉS DE 15 À 24 ANS	JEUNES FEMMES ÂGÉES DE 15 À 24 ANS
Nouvelles infections au VIH	340 000 [250 000 à 490 000]	510 000 [380 000 à 700 000]	94 000 [19 000 à 150 000]	240 000 [130 000 à 360 000]
Personnes porteuses du VIH	9 000 000 [7 800 000 à 10 500 000]	15 100 000 [13 300 000 à 17 200 000]	850 000 [430 000 à 1 300 000]	1 900 000 [890 000 à 2 800 000]
Décès liés au sida	230 000 [170 000 à 310 000]	220 000 [160 000 à 300 000]	180 000 [140 000 à 250 000]	180 000 [130 000 à 240 000]

PROGRÈS VERS LES OBJECTIFS 90-90-90			
	Pourcentage de personnes porteuses du VIH qui connaissent leur statut	Pourcentage de personnes porteuses du VIH qui reçoivent une thérapie antirétrovirale	Pourcentage de personnes porteuses du VIH dont la charge virale est supprimée
Hommes adultes âgés de 15 ans et plus	80 [69 à 93]	62 [53 à 72]	54 [47 à 63]
Femmes adultes âgées de 15 ans et plus	88 [77 à 100]	76 [67 à 86]	67 [59 à 77]

2.1 L'ÉPIDÉMIE DE VIH CHEZ LES FEMMES ET LES ADOLESCENTES : FAITS ET CHIFFRES CLÉS

Les femmes et les filles supportent une charge disproportionnée due au VIH/SIDA dans toute la région africaine.

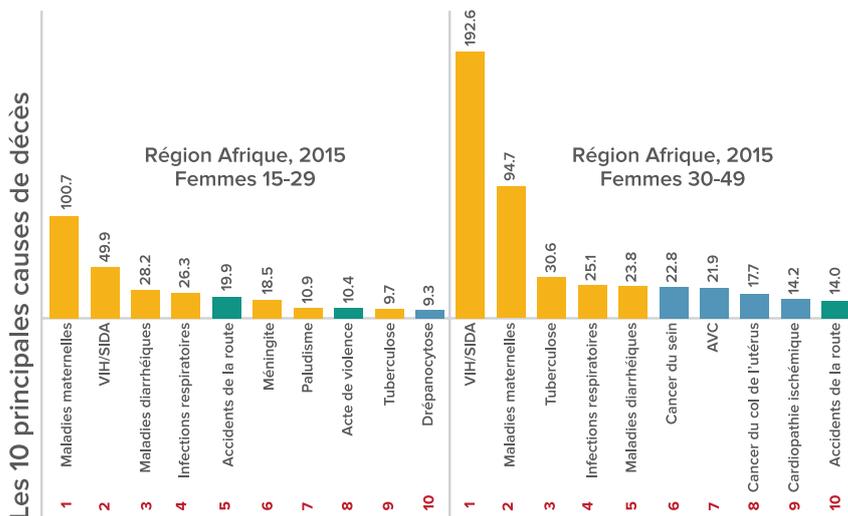
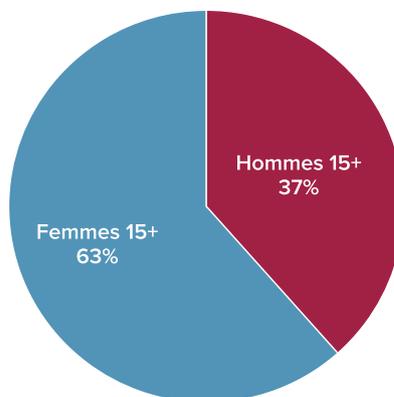
TABLEAU 2 – L'ÉPIDÉMIE DE VIH CHEZ LES FEMMES ET LES ADOLESCENTES : FAITS ET CHIFFRES CLÉS

En Afrique: **15,1 millions de femmes** sont porteuses du VIH, contre **9,0 millions d'hommes** en 2019.²⁹

En 2015, les maladies liées au SIDA étaient l'une des principales causes de décès des femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 44 ans) en Afrique.³⁰

Les femmes représentent **60% des nouvelles infections chez les adultes** (15 ans et plus) dans la région, une part qui n'a pratiquement pas changé depuis 1995 (données 2019).²⁹

En Afrique, les jeunes femmes et adolescentes ont représenté **240 000** nouvelles infections par le VIH en 2019. En Afrique subsaharienne, où l'épidémie est concentrée, elles ont représenté **une nouvelle infection sur quatre** en 2019, ce qui se traduit par 5 500 nouvelles infections par semaine chez les adolescentes et les jeunes femmes.²⁹



Nouveau VIH infections



Hommes adultes de 15 ans et plus

40%



Femmes adultes de 15 ans et plus

60%

Nouveau VIH infections sub-saharienne Afrique



Femmes adultes de 15 ans et plus



Une nouvelle infection sur quatre

L'Afrique orientale et australe est la région la plus touchée par le VIH. Les adolescentes et les jeunes femmes y représentent **30 % des nouvelles infections**.²⁹

En Afrique, les facteurs sexospécifiques qui alimentent l'épidémie sont particulièrement marqués : **les adolescentes et les jeunes femmes** sont **deux fois plus susceptibles de contracter le VIH** que leurs homologues masculins.²⁹

À l'échelle mondiale, **près d'un tiers (30 %) des femmes** qui ont été en couple déclarent avoir **subi une forme de violence physique et/ou sexuelle** de la part de **leur partenaire au cours de leur vie**. Des études indiquent que **plus de 40 % des femmes** ont été victimes de violence conjugale en Afrique.³⁸

Les femmes qui subissent des violences sexuelles et/ou physiques perpétrées par un partenaire ont **1,5 fois plus de risques de contracter le VIH**.³¹

Dans certains contextes, jusqu'à **45 %** des adolescentes déclarent que leur première expérience sexuelle était forcée.³²

Les normes juridiques ont une incidence directe sur le risque de contracter le VIH pour les femmes. Dans de nombreux pays où les femmes sont les plus exposées, **les lois destinées à les protéger sont faibles**. **L'absence de droits légaux** renforce le **statut de subordination des femmes**, notamment en ce qui concerne leurs droits de divorcer, de posséder des biens et d'en hériter, de conclure des contrats, d'intenter un procès et de témoigner, de consentir à un traitement médical et d'ouvrir un compte bancaire.³³

Nouveau VIH infections
L'Afrique orientale et australe



Femmes adultes de 15 ans et plus
30%

Probabilité de contracter le VIH en Afrique



Jeunes hommes de 15 à 24 ans
28%



Jeunes femmes de 15 à 24 ans
72%

Pourcentage de femmes ayant subi des violences conjugales en Afrique



Femmes tous âges
40%

Probabilité de femmes éprouvant VPI acquérant le VIH



Femmes tous âges
1.5X
plus susceptibles de contracter le VIH

Pourcentage d'adolescentes ayant déclaré que leur première expérience sexuelle avait été forcée



Filles adolescentes
45%

Les normes juridiques affectent directement le risque de contracter le VIH pour les femmes



Les lois protégeant les femmes
Faible

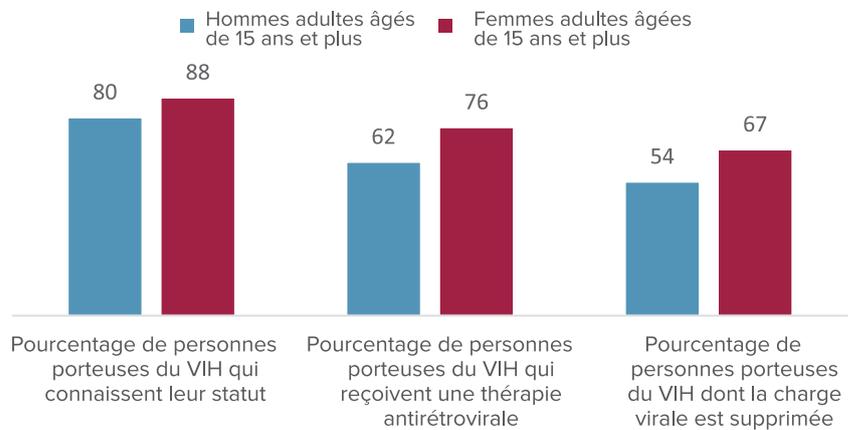
Les résultats des enquêtes sur la santé de la population montrent que l'utilisation du préservatif chez les jeunes est en baisse dans les pays du continent.³⁴

Utilisation du préservatif chez les jeunes

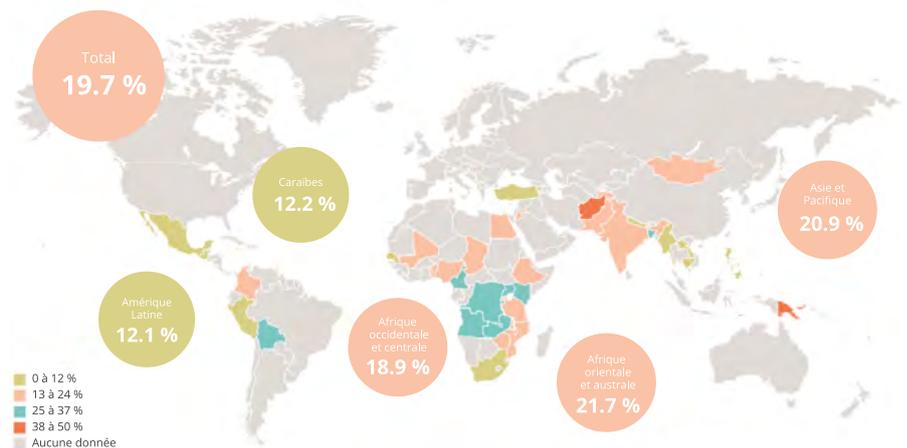


Dans toute l'Afrique, les femmes porteuses du VIH sont plus susceptibles d'avoir accès au dépistage du VIH et à la thérapie antirétrovirale que les hommes, elles sont également plus susceptibles d'être sous suppression virale. Cette lacune en matière de traitement chez les hommes porteurs du VIH contribue au nombre plus élevé de nouvelles infections par le VIH chez les femmes en Afrique subsaharienne.

Progrès vers les objectifs 90-90-90 pour les hommes et les femmes en Afrique (ONUSIDA, 2019)



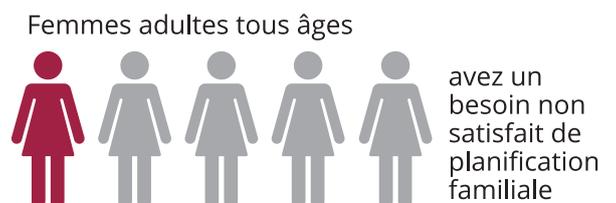
Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, jamais mariées ou en couple, ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, 2014-2018



Source: Enquêtes auprès de la population, (2014-2018)

En Afrique, pas moins d'une femme sur cinq a un besoin non satisfait de planification familiale.³⁵ En Afrique, parmi les femmes mariées ou en union libre en âge de procréer, la proportion de la demande de planification familiale qui a été satisfaite par des méthodes contraceptives modernes (la proportion de femmes utilisant actuellement une méthode moderne parmi toutes les femmes qui ont un besoin de planification familiale) était de 65%.

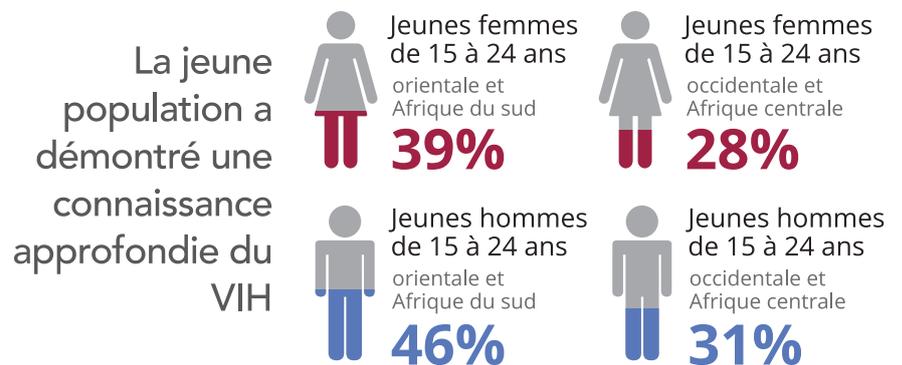
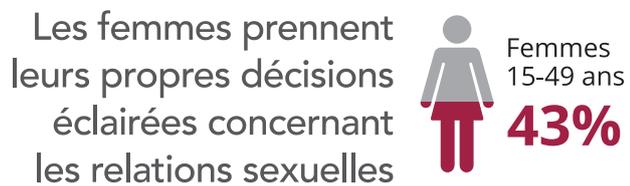
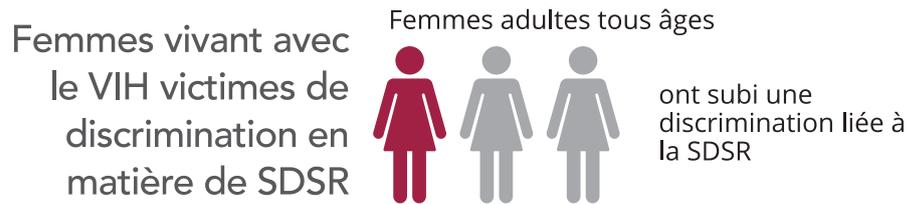
Femmes ayant des besoins non satisfaits de planification familiale en Afrique



Pas moins d'**une femme sur trois vivant avec le VIH** a déclaré avoir **été victime** d'au moins une forme de **discrimination liée à sa santé sexuelle et reproductive et à ses droits en matière de reproduction** dans un **établissement de soins de santé** au cours des 12 derniers mois, les abus documentés comprenant la divulgation non autorisée de son statut, le fait de se voir conseiller de ne pas avoir d'enfants, la stérilisation ou l'interruption de grossesse forcée et contrainte, le refus de services de santé sexuelle et reproductive et de droits en matière de reproduction, et les violences psychologiques qui y sont liées.

En moyenne, **43 % des femmes** âgées de 15 à 49 ans **prennent leurs propres décisions éclairées** concernant les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et leurs propres soins de santé (dans les pays pour lesquels les données sont disponibles, dans toute l'Afrique)³⁶

Parmi les enquêtes auprès de la population menées entre 2011 et 2018, seulement **39 % des jeunes femmes** (âgées de 15 à 24 ans) en **Afrique orientale et australe** — et **28 % en Afrique occidentale et centrale** — ont fait preuve d'une connaissance complète du VIH, contre **46 % et 31 % des jeunes hommes** de la même tranche d'âge, respectivement. Les données de l'Afrique du Nord n'étaient pas disponibles.



“

“L'éducation, la sensibilisation et la prévention sont la clé, mais la stigmatisation et l'exclusion de la famille sont ce qui fait le plus souffrir les gens”

Ralph Fiennes

”

****Les données suivantes concernent principalement l'Afrique subsaharienne. C'est dans cette région que l'épidémie de VIH est la plus concentrée, c'est pourquoi il y a plus de recherches et d'informations sur le VIH dans cette région. Bien que la prévalence du VIH en Afrique du Nord soit assez faible, les taux d'infection augmentent et les épidémies sont concentrées dans certaines sous-populations. ****

52 % des adolescentes et des jeunes femmes des zones rurales ne sont pas en mesure de prendre des décisions concernant leur propre santé, contre 47 % dans les zones urbaines³⁷.

Environ 86 % de tous les enfants nouvellement infectés par le VIH en 2018 se trouvaient en Afrique subsaharienne, où l'épidémie de VIH est principalement concentrée.

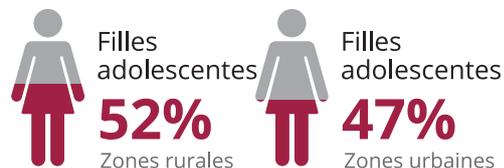
Entre 2013 et 2019, **35 % des jeunes femmes** d'Afrique subsaharienne ont été **mariées avant l'âge de 18 ans**.

En Afrique subsaharienne, **42 %** des femmes vivant en milieu urbain et âgées de 15 à 24 ans ont eu une grossesse avant l'âge de 18 ans.

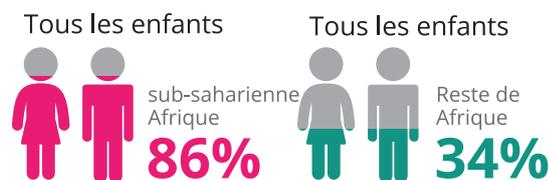
Dans les zones **rurales**, plus de **50 %** des femmes âgées de 15 à 24 ans ont eu une grossesse avant l'âge de 18 ans.

Les connaissances des adolescentes et des jeunes femmes en matière de santé sexuelle et reproductive, de droits en matière de reproduction et de prévention du VIH et des IST sont également faibles : **seul un tiers environ des femmes** âgées de 15 à 24 ans en **Afrique subsaharienne ont des connaissances adéquates sur le VIH**

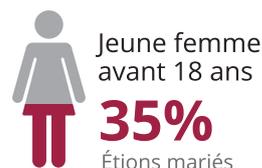
Pourcentage d'adolescentes incapables de prendre des décisions concernant leur propre santé



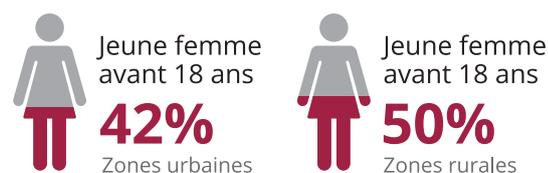
Pourcentage d'enfants nouvellement infectés par le VIH en 2018



Femmes mariées avant l'âge de 18 ans Afrique sub-saharienne 2013 - 2019



Pourcentage de femmes enceintes avant la âge de 18 ans Afrique sub-saharienne



Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont des connaissances adéquates sur le VIH Afrique sub-saharienne



Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus fréquent chez les femmes vivant avec le VIH. La probabilité qu'une femme porteuse du VIH développe un cancer invasif du col de l'utérus est jusqu'à **cinq fois plus élevée** que pour une femme qui ne vit pas avec le VIH. Chaque année, environ 528 000 femmes reçoivent un diagnostic de cancer du col de l'utérus et environ 311 000 femmes meurent de cette maladie. Près de 90 % des femmes qui meurent de cette maladie hautement évitable et curable sont issues de pays à revenu faible ou intermédiaire. La plupart des pays présentant des taux élevés de cancer du col de l'utérus se trouvent en Afrique subsaharienne. Au total, **11 pays d'Afrique subsaharienne** déclarent disposer de **programmes de dépistage** du cancer du col de l'utérus en 2019, avec une couverture allant de 10 % à 70 %.

Probabilité des femmes de développer un cancer invasif du col de l'utérus



Femmes adultes vivre avec le VIH

5X

Plus susceptibles de développer un cancer du col de l'utérus

Femmes adultes ne pas vivre avec le VIH

Probabilité normale de développer un cancer du col de l'utérus

③ MÉTHODOLOGIE

Ce rapport donne un aperçu de la manière dont le genre et d'autres inégalités interconnectées influencent le risque et la vulnérabilité au VIH des femmes et des filles en Afrique. Une approche fondée sur l'égalité des sexes, la santé sexuelle et reproductive et les droits en matière de reproduction (SSR&DR), ainsi que les droits humains, a été utilisée pour examiner les instruments, les politiques et les cadres de l'UA afin d'identifier les lacunes et de s'assurer que la riposte au VIH en Afrique soit sexotransformatrice et réponde aux besoins multiples, interconnectés et changeants des femmes et des filles.

Cette étude visait à :

- Évaluer l'épidémie de VIH et la riposte à celle-ci, ainsi que d'autres questions liées et interconnectées en matière d'égalité des sexes et de SSR&DR (telles que la violence à caractère sexiste affectant les femmes et les filles du point de vue de l'égalité des sexes, de la SSR&DR et des droits humains, ainsi que l'autonomisation économique et la participation des femmes à la riposte, qui sont cruciales pour l'égalité des sexes et la prévention du VIH) ;
- Mettre en évidence la prévalence disproportionnée du VIH/SIDA chez les femmes et les filles et les difficultés qu'elles rencontrent pour accéder aux services de VIH et de SSR ;
- Examiner les instruments, les politiques, les organes, les mécanismes, les chartes et les cadres de l'UA pour les engagements en faveur de l'ESAF et pour mettre fin au VIH/SIDA en tant que menace pour la santé publique ;
- Fournir des recommandations clés à l'UA et aux États membres sur l'intégration de l'égalité des sexes, de l'autonomisation des femmes et de la SSR&DR dans d'autres processus stratégiques, de planification, de budgétisation et de mise en œuvre afin d'aborder les obstacles et les défis sexospécifiques dans la riposte au VIH ;
- Fournir des recommandations fondées sur des preuves à l'UA et aux États membres sur les points d'action prioritaires clés ainsi que sur les objectifs pour la prochaine décennie des femmes ;

- Servir d'outil de plaidoyer pour les décideurs politiques, les bailleurs de fonds, la société civile et les organisations communautaires dans la conception des programmes nationaux.

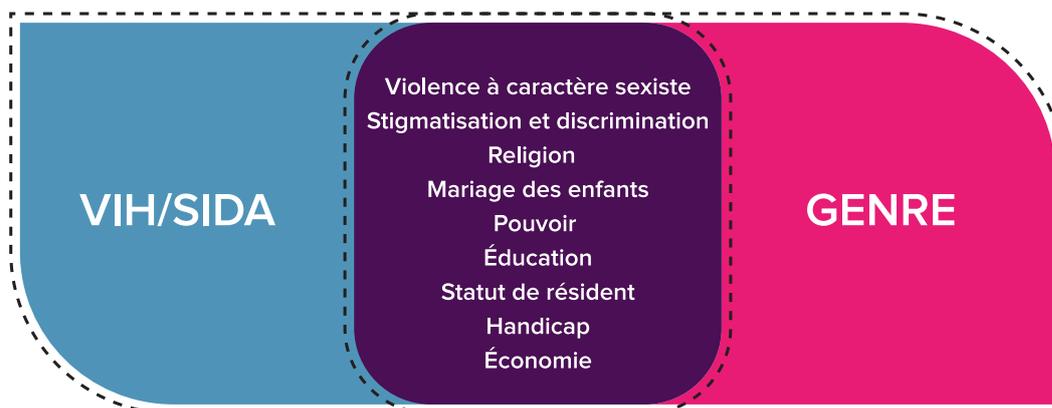
Les données ont été collectées à partir de sources secondaires par le biais d'une étude documentaire guidée par les principes suivants :

- Le respect et la protection des droits fondamentaux des femmes et des filles ;
- Une approche fondée sur des données probantes.

L'étude a été menée sous la direction de la DFGJ de la CUA, d'ONUSIDA et d'ONU Femmes. Une liste de sites Internet présentant les politiques, les cadres juridiques et les engagements pertinents de l'UA a été examinée, ainsi que les bases de données des Nations Unies et autres pour la collecte de données ventilées par sexe sur divers indicateurs du VIH dans différents groupes géographiques et socio-économiques. Une recherche documentaire utilisant PubMed, JAMAevidence, PopLine, ScienceDirect, Scopus, et Google Scholar pour les données sur l'inégalité entre les sexes et le VIH a également été effectuée.

Les données provenant des multiples sources indiquées ci-dessus ont été examinées tout en les interprétant afin de fournir un aperçu plus approfondi des dimensions interconnectées de l'égalité des sexes dans l'épidémie de VIH, le contexte et la riposte. Pour répondre efficacement aux inégalités entre les sexes et au VIH, il faut tenir compte des circonstances multidimensionnelles et complexes des hommes et des femmes.

FIGURE 1 – SCHÉMA ILLUSTRANT LES ENJEUX INTERCONNECTÉS ENTRE LE VIH/SIDA ET LE GENRE



4 RECOUPEMENTS ENTRE L'ÉPIDÉMIE DE VIH ET L'ESAF

Cette section établit le lien entre l'épidémie de VIH et les différentes formes d'inégalités entre les sexes. Il s'agit de la violence à caractère sexiste, y compris le mariage des enfants et les mutilations génitales féminines, des inégalités en matière de pouvoir et de prise de décision, de l'autonomisation économique, de l'accès des filles à l'éducation, des facteurs juridiques et politiques tels que les cadres juridiques discriminatoires, de la stigmatisation et de la discrimination, des femmes handicapées, des femmes réfugiées et des femmes toxicomanes, de la crise humanitaire et de la COVID 19 en tant que facteur transversal.

4.1 LES PREUVES DES LIENS ENTRE LE VIH ET LA VCS

La violence à caractère sexiste varie dans sa définition, mais elle est généralement définie comme une violence sexospécifique perpétrée contre un individu. L'expression « violence à caractère sexiste » (VCS) est souvent utilisée de manière interchangeable avec « violence à l'égard des femmes ». ³⁹ Il s'agit d'abus physiques, sexuels,

psychologiques/émotionnels et de privations économiques ou éducatives.⁴⁰ La violence peut être perpétrée par une variété d'acteurs, y compris les partenaires intimes (on parle alors de violence conjugale), les membres de la famille, les membres de la communauté et les représentants de l'État (exemple:⁴¹).

La violence à caractère sexiste (VCS) est un problème de santé et de droits humains à l'échelle mondiale, les estimations suggérant qu'une femme sur trois subit une forme de VCS au cours de sa vie, principalement de la part d'un partenaire intime.⁴²

Les statistiques mondiales montrent que :

- 35 % des femmes dans le monde ont subi au cours de leur vie une violence physique ou sexuelle de la part d'un partenaire intime ou une violence sexuelle provenant d'une tierce personne.⁴³
- Près d'un tiers (30%) des femmes ayant vécu une relation amoureuse déclarent avoir subi une forme de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie.⁴²
- Dans le monde, pas moins de 38 % des meurtres de femmes sont commis par un partenaire masculin intime.⁴³

En Afrique, la violence à caractère sexiste, en particulier la violence conjugale, est très répandue³⁸. Les résultats d'une récente analyse comparative entre différentes régions d'Afrique ont révélé une prévalence moyenne de la violence conjugale de 31 %⁴⁴. Ce chiffre est conforme à celui d'une autre étude menée dans d'autres pays africains, qui fait état d'une prévalence de la violence conjugale d'environ 30 % chez les adolescentes et les jeunes femmes⁴⁵. D'autres études menées dans des pays du continent ont fait état d'une prévalence de la violence conjugale allant de 13 % à 97 %^{46,47,48,49,38,50}. Bien que les chiffres relatifs à la violence conjugale varient, en réalité, ces chiffres pourraient être encore plus élevés puisque de nombreux faits associés à la VCS sont passés sous silence,⁵¹ en raison de facteurs liés à la stigmatisation, à la victimisation, aux représailles violentes, à la peur du divorce, entre autres raisons.^{38,17,52,53,54}

La synthèse des statistiques et des chiffres sur la violence à caractère sexiste (VCS) en Afrique montre que :

- La prévalence de la violence conjugale varie de 13 % à 97 % sur le continent³⁸.
- Seuls 22 pays africains ont adopté des lois interdisant la VCS^{38,35}.
- Selon le Rapport sur l'indice d'égalité entre les hommes et les femmes, 27 des 30 pays du monde qui présentent des indices d'inégalité entre les sexes se trouvent en Afrique⁵⁶.
- Dans toute l'Afrique, les croyances culturelles et les traditions promeuvent le rôle hiérarchique des hommes dans les relations sexuelles et surtout dans le mariage^{57,58,59,60,61,62}.
- Près des deux tiers (63 %) de la population africaine vivent dans des zones rurales reculées et sont éloignées de l'influence du gouvernement central ou des lois qui interdisent la violence à caractère sexiste^{40,63}.

Un grand nombre de preuves ont démontré le lien inextricable entre la violence à caractère sexiste (VCS) et le VIH chez les femmes^{64,65,66}. Les études révèlent les fortes corrélations en amont et en aval entre la VCS et le VIH ; l'infection du VIH est un facteur de risque de VCS et vice-versa⁶⁷. Les femmes victimes de VCS sont quatre fois plus exposées au risque de contracter le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST)^{67,68}. La violence sexuelle peut conduire directement à l'infection par le VIH, car le traumatisme augmente le risque de transmission. Plus important encore, la VCS accroît indirectement le risque de VIH⁶⁵. Les victimes d'abus sexuels dans l'enfance sont plus susceptibles d'être séropositives et d'avoir des comportements à haut risque⁶⁹.

Les auteurs de VCS sont exposés au risque d'infection par le VIH, car leurs victimes ont souvent été victimisées auparavant et présentent un risque élevé d'infection⁶⁹. Les normes sociales et sexospécifiques, introduites dès l'enfance et renforcées tout au long de la vie, sont à l'origine de cette violence. Dans 24 des 43 pays disposant de données récentes issues d'enquêtes démographiques, plus de 40 % des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) ont déclaré qu'un mari était en droit de frapper ou de battre sa femme⁷⁰.

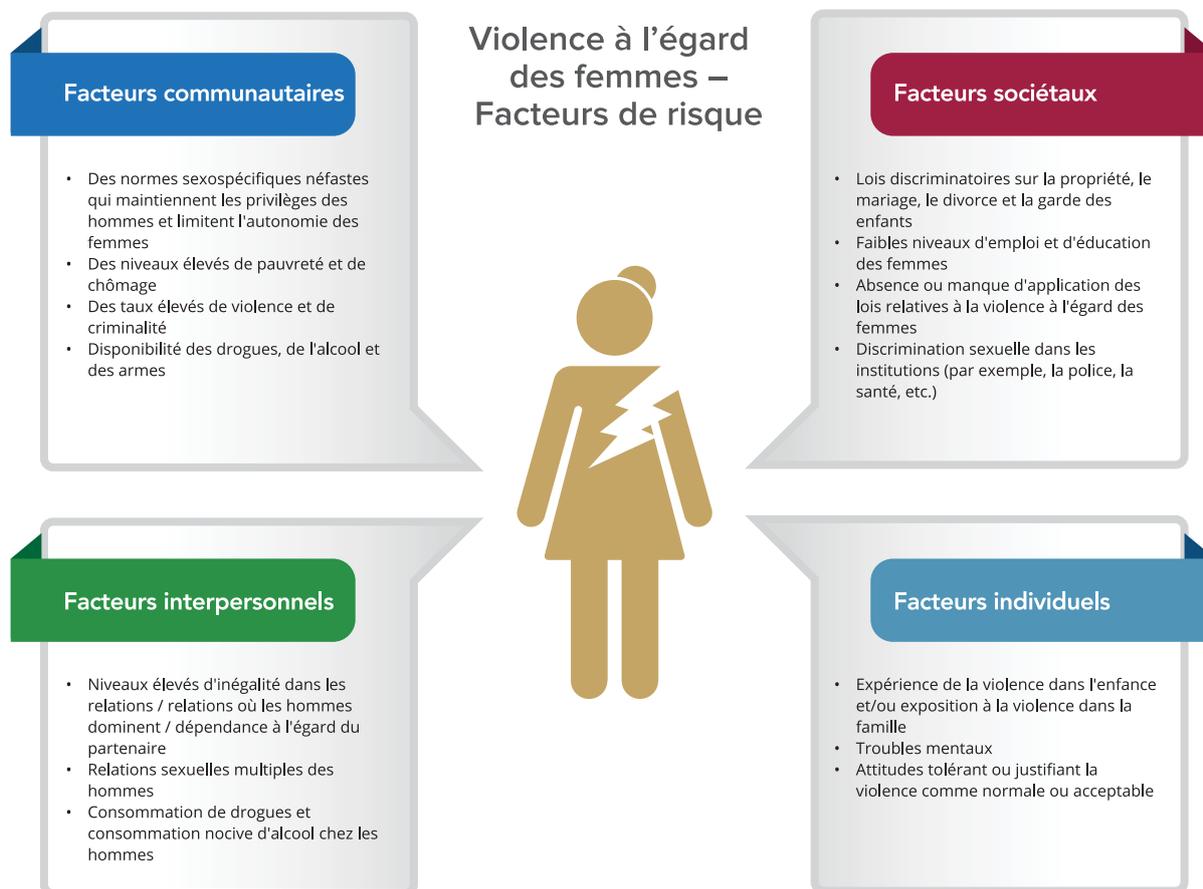
Il a été démontré que la VCS entrave la capacité des femmes à accéder aux traitements et aux soins et à suivre une thérapie antirétrovirale⁷¹. Plusieurs études démontrent que la peur de la VCS (abus et abandon) conduit de nombreuses femmes à dissimuler leur statut VIH, leur traitement et leur comportement en matière de recherche de soins à leur partenaire, ce qui a un impact sur l'adhésion au traitement^{72,45,73,74}. Par exemple, une étude sur

l'accès aux antirétroviraux et l'observance du traitement dans cinq districts de Zambie a démontré que 66 % des femmes ne révélaient pas leur séropositivité à leur partenaire par « peur du blâme, de l'abandon et de la perte du soutien économique de leur partenaire », et que 76 % des femmes ne respectaient pas leur thérapie antirétrovirale telle que prescrite parce qu'elles essayaient de cacher leurs médicaments⁷⁵.

D'autres études montrent que, par crainte d'une réaction violente, les femmes n'ont pas du tout accès aux services de traitement et de soins, y compris ceux destinés à prévenir la transmission verticale du VIH^{72,76,77,78}. Une étude réalisée en 2012 en Afrique du Sud a montré que les femmes peuvent regretter d'avoir recours aux services de santé en raison de la VCS qu'elles subissent par la suite^{72,79}. Dans l'ensemble, ces résultats confirment que la VCS reste un obstacle majeur à l'accès et au respect du traitement⁷².

La violence est enracinée dans la discrimination et l'inégalité qui sont soutenues par les attitudes, les croyances et les pratiques individuelles, les normes sociales plus larges concernant le genre et la violence, et les systèmes et structures qui reproduisent et même codifient cette inégalité et cette discrimination. En plus de ces causes profondes, il existe plusieurs facteurs de risque qui augmentent la probabilité que la violence se produise. Ils sont résumés dans la figure ci-dessous.⁸⁰

FIGURE 2 – RÉSUMÉ DES FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES⁸¹



La crainte de conséquences négatives chez les femmes porteuses du VIH n'est pas infondée. Plusieurs études montrent que les femmes peuvent être confrontées à des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination, y compris la violence physique et les abus après la divulgation^{72,54,82,83}. La violence conjugale est associée à des résultats cliniques négatifs liés au VIH, peut-être en raison d'une diminution des soins, de l'observance et de la rétention du VIH, et d'une augmentation de la dépression et de l'anxiété.^{72,79,84}

La riposte à la pandémie de COVID-19 semble amplifier les inégalités de genre existantes et les vulnérabilités qui contribuent à la violence à caractère sexiste^{36,85}. La prolongation des mesures de confinement et les restrictions de mouvement - aggravées par les tensions économiques et sociales engendrées par la pandémie - ont coïncidé

avec l'augmentation du nombre de femmes et de filles victimes d'abus dans de nombreux pays.^{36,85,86} Dans toute l'Afrique, la fermeture des écoles à l'échelle nationale pour lutter contre la propagation du virus a conduit à la déscolarisation d'apprenants, dont des millions de filles.^{87,88} L'impact de cette période d'interruption de l'éducation sera considérable, et il est probable que les filles marginalisées seront celles les plus durement touchées⁸⁹.

4.2 LE MARIAGE DES ENFANTS

Le mariage des enfants est un mariage formel ou une union informelle où l'une ou les deux personnes ont moins de 18 ans.⁹⁰ Le mariage avant l'âge de 18 ans est une violation fondamentale des droits humains. De nombreux facteurs interagissent pour exposer un enfant au risque de mariage, notamment la pauvreté, l'idée que le mariage apportera une « protection », l'honneur de la famille, les normes sociales, les lois coutumières ou religieuses qui tolèrent cette pratique, les cadres législatifs inadéquats et l'état du système d'état civil d'un pays⁹¹. Bien que cette pratique soit plus courante chez les filles que chez les garçons, elle constitue une violation des droits indépendamment du sexe.

Dans le monde, plus de 650 millions de femmes ont été mariées dans leur enfance et, chaque année, 12 millions de filles deviennent des épouses enfants⁹². Dans toute l'Afrique, environ une fille sur trois se marie avant l'âge de 18 ans. Dans certains pays, le taux est beaucoup plus élevé.

- En Afrique occidentale et centrale, au moins deux tiers des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans en République centrafricaine (68 %), au Tchad (67 %) et au Niger (76 %) ; environ la moitié des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans au Burkina Faso (52 %) et au Mali (54 %).
- De nombreux pays d'Afrique orientale et australe - la région où la charge de morbidité du VIH est la plus élevée - présentent également une prévalence très élevée du mariage des enfants. Les chiffres les plus élevés sont ceux du Malawi (42 %), du Mozambique (53 %), du Sud-Soudan (52 %) et de l'Éthiopie (40 %).
- En Afrique du Nord, le pourcentage de femmes mariées avant l'âge de 18 ans a diminué de moitié environ, passant de 34 % à 13 %, au cours des trois dernières décennies. Néanmoins, les mariages d'enfants sont encore fréquents. Les chiffres les plus élevés de la région sont ceux de la Mauritanie (37 %), de l'Égypte (17 %) et du Maroc (13 %)⁹³.
- La plupart des mariages d'enfants ont lieu entre 15 et 18 ans, mais au Tchad et au Niger, plus d'un tiers des jeunes de 20 à 24 ans ont été mariés avant l'âge de 15 ans.
- Selon les prévisions, le nombre de jeunes en Afrique doublera d'ici 2050 ; en raison des taux de croissance démographique élevés, le nombre de filles mariées augmente dans certains pays comme le Burkina Faso et le Nigeria.⁹⁴

Les épouses enfants africaines se trouvent le plus souvent dans les zones rurales et dans le segment le plus pauvre de la population⁹⁵. Les filles des zones rurales sont deux fois plus susceptibles de devenir des épouses enfants que les filles des zones urbaines. De même, les filles des ménages les plus pauvres sont deux fois plus susceptibles de se marier avant l'âge de 18 ans comparativement aux filles des ménages les plus riches.⁹⁵

Bien que le profil mondial du mariage d'enfants soit en train de changer, une population infantine croissante combinée à un lent déclin de la pratique du mariage d'enfants en Afrique mettra des millions de filles supplémentaires en danger. Si les tendances actuelles se poursuivent, près de la moitié des épouses enfants dans le monde en 2050 seront africaines.⁹⁶

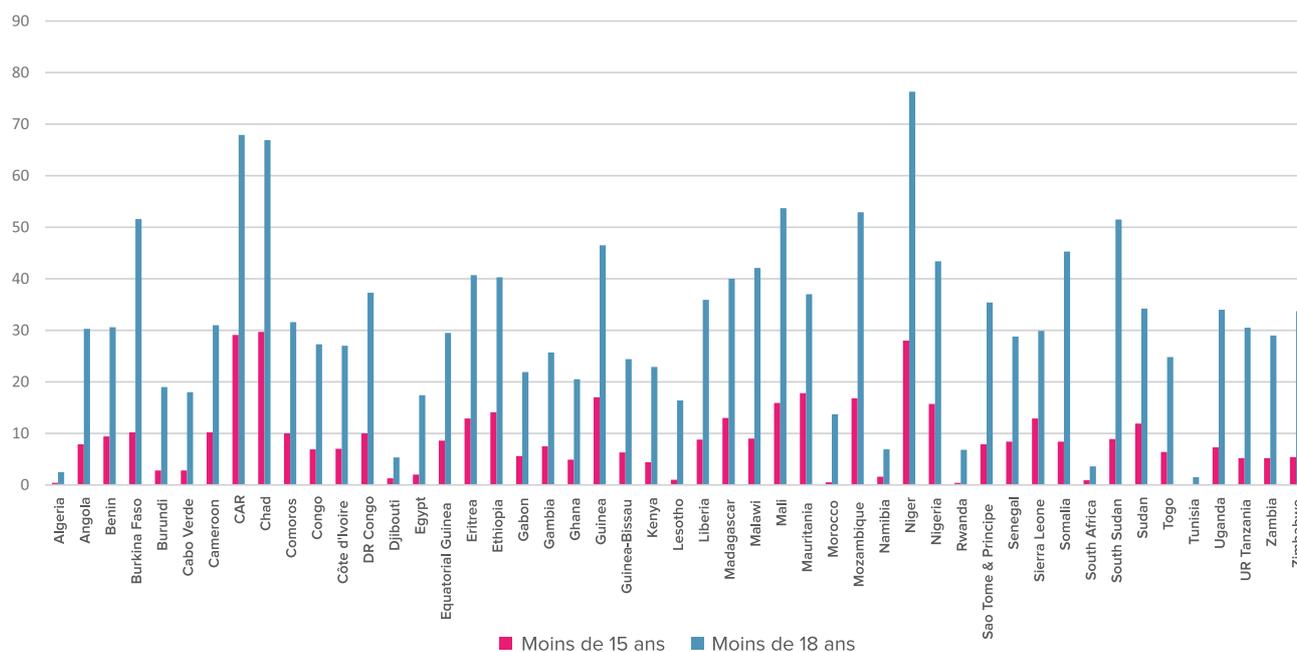
Si les facteurs et les conséquences du mariage des enfants diffèrent selon les contextes, les études montrent que les épouses enfants sont généralement plus susceptibles que les filles non mariées de connaître des grossesses et des accouchements précoces, des taux de fécondité élevés, un faible niveau d'éducation, des violences physiques, la pauvreté et des revenus inférieurs au cours de leur vie^{97,98}. Les preuves indiquent également que les épouses enfants sont souvent limitées dans leur mobilité physique et dans leur capacité à prendre des décisions concernant leur santé et leur foyer.⁹⁹ Des preuves plus récentes suggèrent que le mariage des enfants peut avoir un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être des personnes mariées dans l'enfance.^{100,101}

Même si des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre la relation entre le mariage des enfants et le VIH, il est clair que certains des facteurs qui exposent les filles à un risque accru d'infection par le VIH sont les mêmes que ceux qui les exposent au mariage des enfants. Parmi ces facteurs de risque figurent les inégalités entre les sexes, la pauvreté et le faible niveau d'éducation, qui limitent la capacité des filles à prendre des décisions concernant leur propre santé ¹⁰². Une fois mariées, plusieurs facteurs peuvent rendre les épouses enfants particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH. Ces facteurs, résumés dans la Figure 3, sont les suivants : grossesse précoce ; partenaires sexuels plus âgés, plus expérimentés et non monogames ; déséquilibre des pouvoirs et absence de libre arbitre au sein de la relation conjugale ; expérience de la violence conjugale ; accès limité à l'éducation, à l'information et aux services ; et manque de stratégies de prévention appropriées conçues pour répondre aux besoins et aux priorités des filles mariées. ^{103,104,105,106,107,108,109,110,111,112,113,114,115}

FIGURE 3 - FACTEURS DANS LE MARIAGE PRÉCOCE QUI AUGMENTENT LE RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH⁹⁷



FIGURE 4 – POURCENTAGE DE FEMMES ÂGÉES DE 20 À 24 ANS QUI ONT ÉTÉ MARIÉES OU EN UNION LIBRE POUR LA PREMIÈRE FOIS AVANT L'ÂGE DE 18 ANS



Source: Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2020, basées sur les EDS (Enquêtes démographiques et sanitaires), les EGIM (Enquêtes en grappes à indicateurs multiples) et autres enquêtes nationales, 2013-2019. Note : les données du Botswana, de la Libye, de Maurice, des Seychelles et de la République Arabe Sahraouie Démocratique n'étaient pas disponibles.

L'impact du mariage des enfants sur les droits et le bien-être de l'enfant a été bien documenté,¹¹⁶ et son élimination est devenue une priorité internationale et régionale.¹¹⁷ Le mariage des enfants est interdit par la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (CADBE) et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo). La CADBE et le Protocole relatif aux droits des femmes en Afrique dans le cadre de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (Protocole de Maputo) précisent que « l'âge minimum du mariage est de 18 ans » et stipulent que « le consentement libre et entier à un mariage ne peut être complété ou corrigé par l'ajout du consentement parental donné au nom de l'enfant ».¹¹⁸

En 2015, les États membres de l'UA ont adopté une position commune africaine sur l'élimination du mariage des enfants, qui demande instamment la promulgation et la mise en œuvre de lois fixant l'âge minimum légal du mariage à 18 ans ou plus, sans exception, et applicables dans tous les systèmes juridiques, ainsi que la mise en œuvre d'une législation et de politiques appropriées qui interdisent, préviennent, punissent, et apportent une protection et une réparation efficace aux victimes du mariage des enfants. Les mouvements transfrontaliers des filles à des fins de mariage en font également l'objet.

Néanmoins, en 2020, tous les États membres n'avaient pas encore pleinement ratifié et mis en œuvre ces engagements. Malgré les normes juridiques et les directives existantes, le mariage des enfants continue d'être pratiqué en Afrique, avec de graves conséquences sur le bien-être des adolescentes et des jeunes femmes.

Un examen récent, mené par l'UA, de la législation et des lois sur le mariage des enfants dans les 55 pays de l'Union Africaine a indiqué que le mariage des enfants est toujours légalisé dans 39 des 55 États membres de l'Union Africaine. Les conclusions du recueil de textes de l'UA sur le mariage des enfants ont identifié les points suivants¹¹⁸:

- Quarante-trois (43) des 55 États membres de l'Union Africaine (78 %) ont des cadres juridiques qui fixent l'âge minimum du mariage à 18 ans ou plus pour les filles et les garçons, cependant 27 (63 %) de ces États membres ont des exceptions qui légalisent le mariage des enfants soit avec le consentement des parents/tuteurs, l'approbation d'un juge, l'approbation du tribunal/de l'État et d'autres exemptions permettant à un enfant de se marier légalement avant l'âge de 18 ans.

- Onze (11) États membres (20 %) n'ont pas de cadre juridique fixant l'âge minimum à 18 ans et plus pour les garçons et les filles et dix États membres (91 %) ont prévu d'autres exceptions réduisant légalement l'âge du mariage à 10 ans uniquement pour les filles.
- Dix (10) États membres (18 %) ont des lois sur l'âge minimum du mariage inégales pour les garçons et les filles, allant jusqu'à 14 ans pour les filles et 15 ans pour les garçons, et un État membre (2 %) n'a pas d'âge minimum pour le mariage.
- Cela porte le nombre total d'États où le mariage des enfants est légalisé à 39 (71 %). (États membres sans âge minimum pour le mariage, États sans cadre juridique fixant l'âge minimum à 18 ans et plus, et États où des cadres fixant l'âge minimum pour le mariage à 18 ans et plus existent, avec des exceptions autorisant le mariage d'enfants ou avec des contradictions entre le droit coutumier, religieux et civil).

Pour combler ces lacunes, une approche holistique est nécessaire, associée à des actions appropriées, notamment la promulgation de lois, l'harmonisation des lois civiles, coutumières et religieuses et l'application des lois, afin de garantir l'élimination du mariage des enfants en Afrique¹¹⁸.

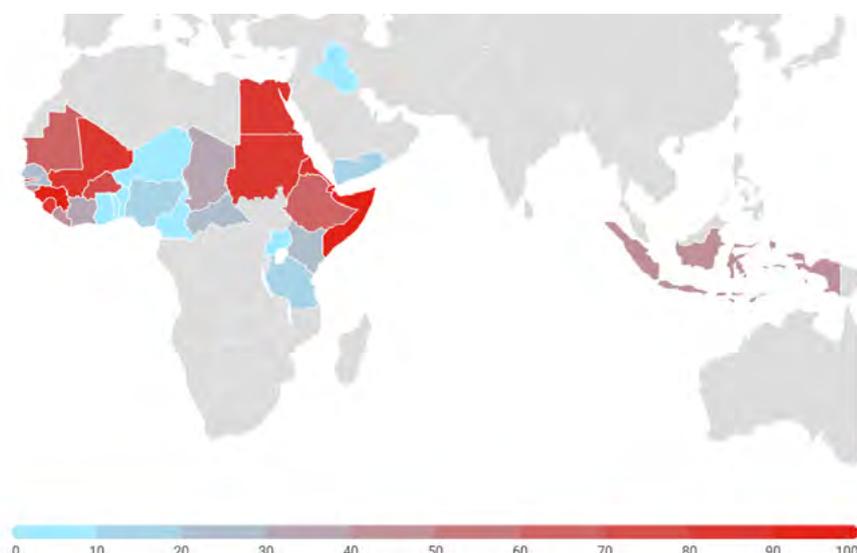
4.3 LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES ET LE VIH

Les mutilations génitales féminines (MGF) désignent « toutes les procédures impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pour des raisons non médicales. »¹¹⁹ Les MGF sont reconnues au niveau international comme une violation des droits humains des filles et des femmes. Elles reflètent une inégalité entre les sexes profondément ancrée et constituent une forme extrême de discrimination à l'égard des femmes. Les mutilations génitales féminines sont presque toujours pratiquées sur des mineures et constituent une violation des droits de l'enfant. La pratique viole également le droit à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique, le droit de ne pas être soumis à la torture et à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, et le droit à la vie lorsque la pratique entraîne la mort.¹²⁰

Les mutilations génitales féminines ne présentent aucun avantage pour la santé, mais elles ont de graves répercussions sur la santé sexuelle et reproductive et sur les droits en matière de reproduction des filles et des femmes.¹²¹ Les conséquences à long terme comprennent des complications lors de l'accouchement, l'incontinence urinaire et un risque accru de transmission du VIH, ainsi que des effets psychologiques.

Si le nombre exact de filles et de femmes ayant subi des MGF dans le monde reste inconnu, on estime qu'au moins 200 millions de filles et de femmes en vie aujourd'hui ont été soumises à cette pratique dans 31 pays disposant de données représentatives sur la prévalence. Comme l'illustre la figure ci-dessous, la majorité des pays où les mutilations génitales féminines sont répandues se trouvent en Afrique.¹²² Avec l'augmentation de la population jeune en Afrique, le FNUAP et l'UNICEF estiment que 50 millions de filles en Afrique risquent de subir des mutilations génitales avant 2030 si des mesures concertées ne sont pas prises dès maintenant¹²³.

FIGURE 5 – POURCENTAGE DE FILLES ET DE FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI ONT SUBI DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES



Bien que les MGF semblent avoir une corrélation négative avec l'infection par le VIH en Afrique si l'on compare la distribution géographique, certaines études suggèrent que les MGF peuvent augmenter le risque de VIH^{124,125,126}. Au niveau individuel, il existe un certain nombre de mécanismes proposés par lesquels les MGF peuvent influencer le risque d'infection au VIH pour les femmes.¹²⁶ Sur le plan physiologique, l'utilisation d'instruments d'excision contaminés ou la réutilisation continue d'un même instrument sans stérilisation lors de cérémonies de groupe augmente le risque de transmission du VIH.¹²⁶

En revanche, les mécanismes comportementaux peuvent être protecteurs dans certains cas et augmenter le risque de VIH dans d'autres. Par exemple, dans certains contextes, les MGF peuvent retarder les premiers rapports sexuels¹²⁷, ce qui peut être associé à un risque moindre d'infection par le VIH. D'un autre côté, les MGF augmentent l'aptitude des filles au mariage et le prix de la fiancée et peuvent contribuer à des mariages précoces avec des hommes plus âgés qui sont plus susceptibles d'avoir été exposés au VIH.¹²⁸

Bien que les données soutenant le lien entre le VIH et les MGF soient limitées, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour fournir des preuves de meilleure qualité de la relation entre les MGF et le VIH, en particulier dans les endroits où la prévalence des MGF et le risque d'infection au VIH par les femmes sont importants¹²⁶.

Les États membres de l'UA ont pris fait et cause pour la lutte contre les mutilations génitales féminines aux niveaux national, régional et international. Il existe des exemples extraordinaires de dirigeants - y compris de nombreuses femmes dirigeantes, comme la première dame du Burkina Faso, Madame Sika Kaboré - qui ont apporté des changements considérables dans leurs pays.¹²⁹ En 2019, l'UA, en partenariat avec le FNUAP et l'UNICEF, a lancé une Initiative continentale pour mettre fin aux mutilations génitales féminines (l'Initiative Saleema), qui marque un engagement renforcé en faveur de l'élimination des MGF en Afrique. L'Initiative Saleema vise à galvaniser l'action politique pour faire appliquer une législation forte, augmenter l'allocation de ressources financières et renforcer les partenariats pour mettre fin aux mutilations génitales féminines, en particulier au sein des communautés les plus impactées par cette pratique néfaste¹³⁰.

4.4 LE VIH, LE LEADERSHIP ET LA PRISE DE DÉCISION

L'autonomisation des femmes se réfère généralement à la reconnaissance du fait que les femmes peuvent et doivent participer efficacement aux processus décisionnels qui façonnent leur propre vie et leur société.¹³¹ Un aspect important de l'autonomisation des femmes est l'autonomie, définie comme la capacité de fixer ses propres objectifs ou de faire ses propres choix et d'agir en conséquence.¹³² L'autonomisation des femmes implique à la fois le développement de leur propre autonomie et la suppression des obstacles - politiques, juridiques et sociaux - à l'exercice de cette autonomie¹³¹.

La santé et les droits en matière de reproduction sont essentiels à l'autonomisation des femmes et des adolescentes et à la création de sociétés et d'économies égalitaires entre les sexes¹³³. Pour ce qui est de la santé sexuelle et reproductive et de droits en matière de reproduction, l'emprise des femmes est grandement influencée par leur capacité à exercer leurs droits humains. En ce qui concerne l'autonomisation des femmes et l'infection par le VIH, les femmes doivent avoir la capacité de prendre des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle et reproductive et leurs droits en matière de reproduction afin de réduire le risque d'infection par le VIH¹³¹.

Pourtant, en Afrique, beaucoup de femmes n'ont pas la capacité de prendre des décisions concernant leur propre santé sexuelle et reproductive et leurs droits en matière de reproduction. Dans de nombreuses communautés du continent, les relations inégales de pouvoir entre les femmes et les hommes limitent la prise de décision des femmes en matière de sexualité^{134,135,136,137} et la capacité des femmes à choisir des mesures de protection, ce qui contribue à accroître le risque d'infection par le VIH chez les femmes^{138,139,140,141}.

Par exemple, une étude réalisée en 2019 au Mozambique a montré que les hommes prennent la plupart des décisions concernant la fécondité et la taille de la famille, et les personnes enquêtées ont déclaré que les normes sexospécifiques profondément patriarcales limitent l'agencement et la participation des femmes dans la prise de décision, notamment en ce qui concerne leur propre santé sexuelle et reproductive et leurs droits en matière de reproduction. Tant les femmes que les hommes ont indiqué que les femmes doivent obtenir la permission de leur partenaire masculin avant de recourir à des services de santé.¹⁴²

Il existe une multitude de preuves qui démontrent que l'inégalité des niveaux de pouvoir entre les hommes et les femmes dans les relations intimes empêche les femmes, y compris les femmes vivant avec le VIH, de prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive et leurs droits en matière de reproduction^{143,144,145,146}.

Dans toute l'Afrique, les inégalités en matière d'éducation, d'emploi et d'accès aux ressources se traduisent par un statut socio-économique inférieur pour les femmes, ce qui entraîne un déséquilibre du pouvoir entre les hommes et les femmes.^{147,148} Cela restreint l'accès des femmes à l'information sur leur santé reproductive et leurs droits en matière de reproduction.¹⁴⁹

En outre, dans de nombreuses sociétés, les hommes ont tendance à être beaucoup plus âgés que les femmes dans leurs relations, ce qui renforce le déséquilibre du pouvoir, en particulier dans les sociétés patriarcales, où l'âge et l'ancienneté sont importants dans les interactions sociales.¹⁴⁹ Par conséquent, les hommes ont tendance à avoir un statut social plus élevé que les femmes et à contrôler les ressources économiques. Le contrôle des ressources économiques par les hommes leur confère un plus grand pouvoir de décision dans leurs relations¹⁴⁹. Cela empêche les femmes de négocier des mesures contraceptives, ce qui les rend plus vulnérables au VIH¹⁵⁰. La Figure 6 ci-dessous présente les résultats d'enquêtes démographiques menées en Afrique occidentale et centrale. Les résultats montrent qu'environ 1 femme sur 4 ne pense pas qu'une femme soit en droit de demander à son mari d'utiliser un préservatif même si elle sait qu'il est atteint d'une infection sexuellement transmissible.

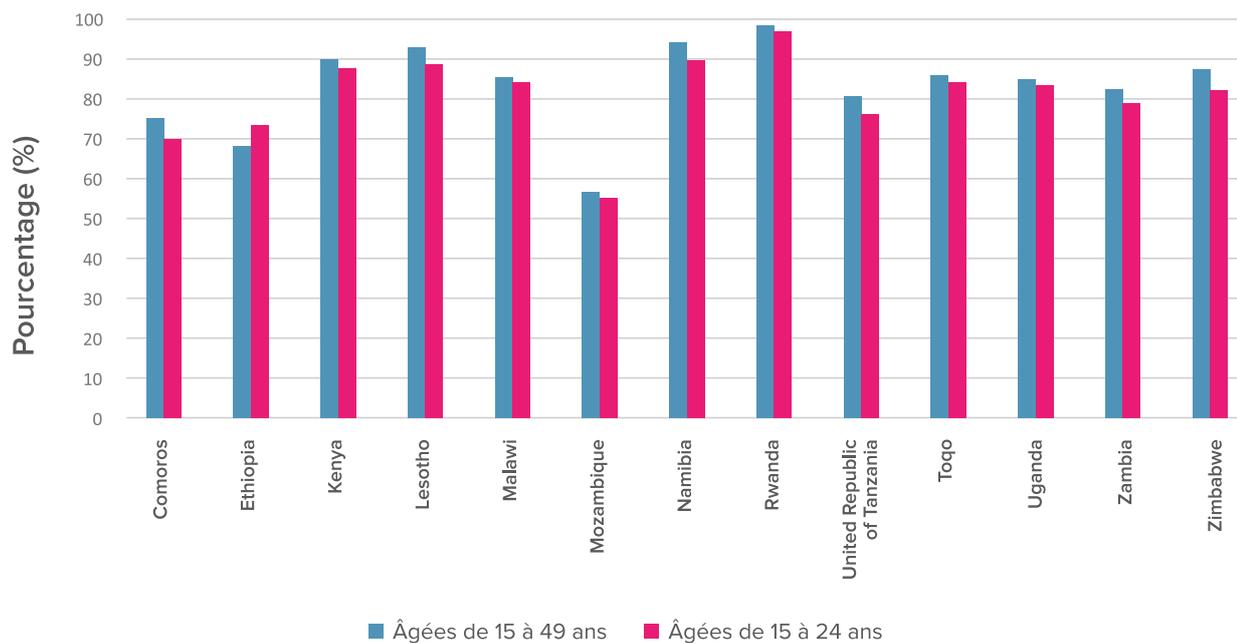
Les informations mesurant l'autonomie et le pouvoir des jeunes femmes dans la prise de décision concernant leur propre santé sont tout aussi préoccupantes. Dans 11 pays d'Afrique orientale et australe, 62 % des jeunes femmes mariées âgées de 15 à 19 ans et vivant en milieu urbain déclarent avoir le dernier mot dans les décisions relatives à leur santé, contre 53 % dans les zones rurales. Dans dix pays d'Afrique occidentale et centrale, le résultat est beaucoup plus faible : le pourcentage de jeunes femmes mariées âgées de 15 à 19 ans qui déclarent avoir le dernier mot dans les décisions relatives à leur santé est de 29 % en zone urbaine et de 25 % en zone rurale.^{151,152}

FIGURE 6 – POURCENTAGE DE FEMMES QUI PENSENT QU'UNE FEMME A LE DROIT DE DEMANDER L'UTILISATION D'UN PRÉSERVATIF SI ELLE SAIT QUE SON MARI A UNE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE, 18 PAYS D'AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE¹⁵⁷



Source: Enquêtes démographiques et sanitaires, 2010 – 2015.

FIGURE 7 - POURCENTAGE DE FEMMES QUI PENSENT QU'UNE FEMME A LE DROIT DE DEMANDER L'UTILISATION D'UN PRÉSERVATIF SI ELLE SAIT QUE SON MARI A UNE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE, 13 PAYS D'AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE¹⁵³



Source: Enquêtes démographiques et sanitaires, 2010 – 2015.

Dans le monde entier, ainsi qu'en Afrique, le leadership et la participation politique des femmes sont limités. Les femmes sont sous-représentées en tant qu'électrices, ainsi qu'aux postes de direction, que ce soit dans les fonctions électorales, la fonction publique, le secteur privé ou le milieu académique.¹⁵⁴ Cela se produit en dépit de leurs capacités avérées en tant que leaders et agents du changement, et de leur droit à participer de manière égale à la gouvernance démocratique¹⁵⁴.

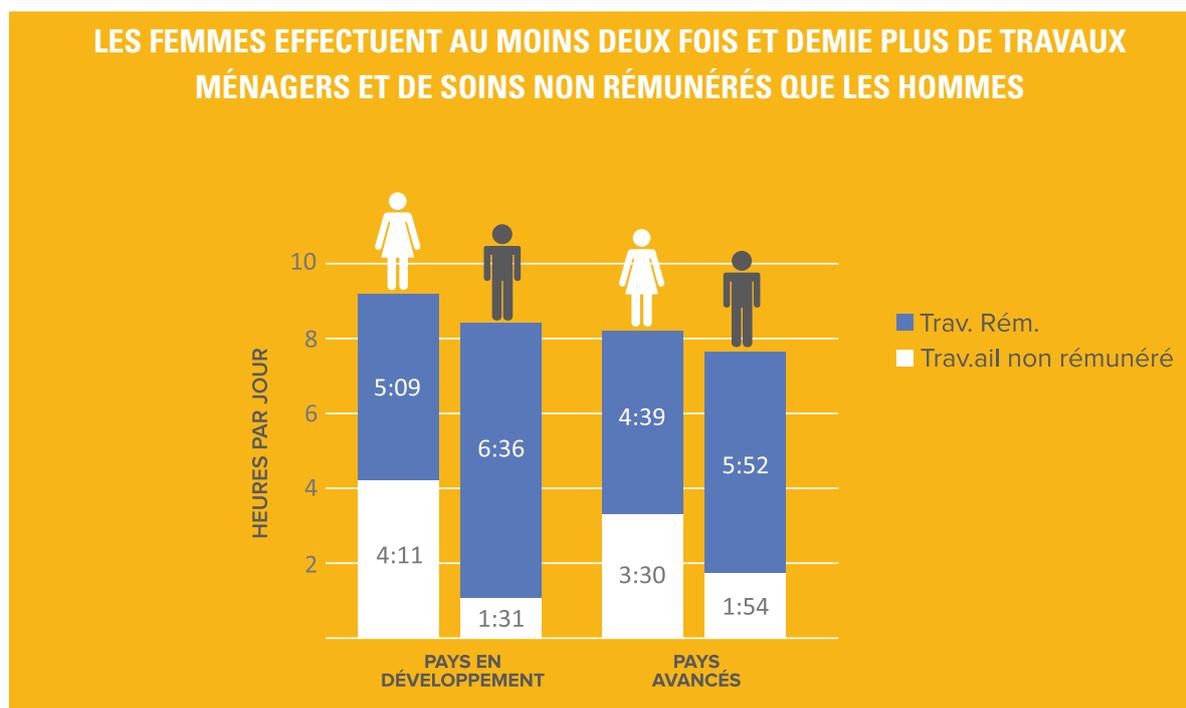
La sous-représentation des femmes dans le leadership se reflète dans la réponse au VIH, où les femmes porteuses du VIH et leurs organisations ne sont pas toujours incluses dans les décisions qui orientent les politiques et les programmes sur le VIH¹⁵⁴. Les droits des femmes, en particulier des femmes porteuses du VIH, à participer sont souvent négligés, et leurs contributions potentielles en matière de leadership et de perspectives sur l'épidémie sont perdues. La lutte contre le VIH nécessite des actions sur tous les fronts et ne sera efficace que lorsque le rôle et les priorités des femmes, tels qu'ils sont déterminés par elles, seront pleinement intégrés dans tous les aspects décisionnels¹⁵⁴.

4.5 LE VIH ET L'AUTONOMISATION ÉCONOMIQUE

Les normes de genre inégales dictent les rôles des femmes et des filles au sein des ménages dans divers contextes à travers le monde - elles tendent à attribuer aux filles et aux femmes des niveaux plus élevés de tâche domestique et de responsabilités en matière de soins.¹⁵⁵ Qu'il s'agisse de cuisiner, de nettoyer, d'aller chercher de l'eau et du bois de chauffage ou de s'occuper des enfants et des personnes âgées, les femmes effectuent au moins deux fois et demie plus de travaux ménagers et de soins non rémunérés que les hommes¹⁵⁶. L'on estime que les femmes consacrent en moyenne 4,5 heures par jour au travail non rémunéré, contre un peu plus de deux heures pour les hommes. En conséquence, les femmes ont moins de temps à consacrer à un travail rémunéré, ce qui a un impact sur leur indépendance, leur sécurité et leur pouvoir économiques.¹⁵⁷



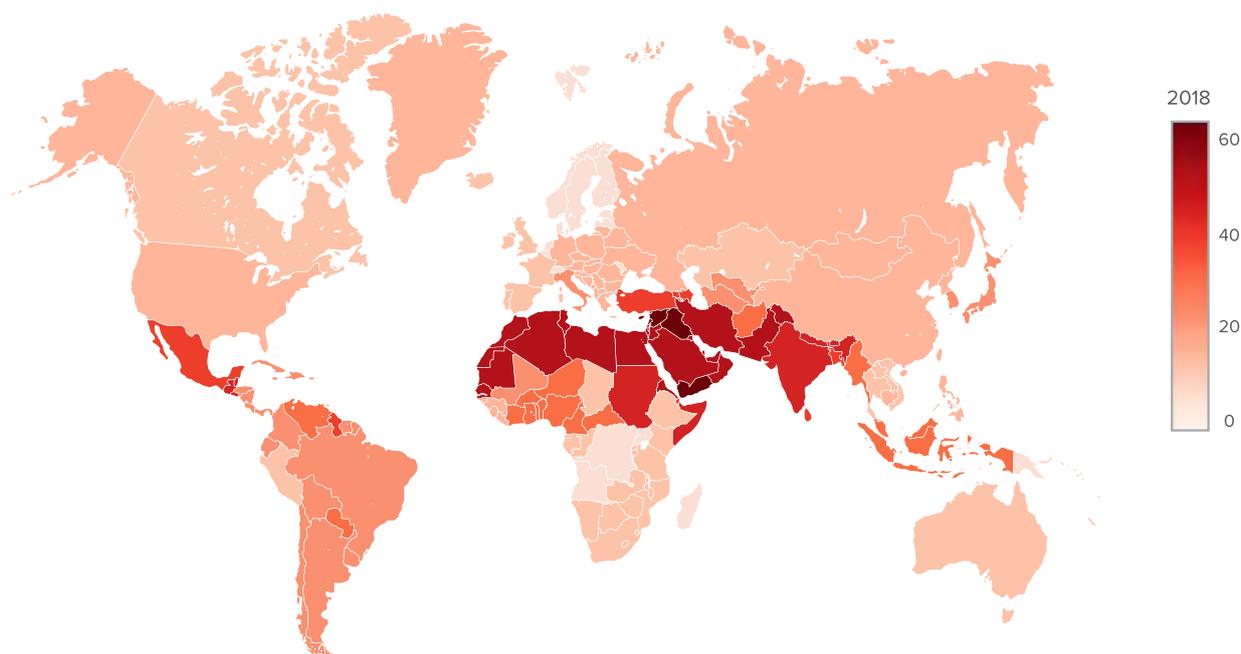
FIGURE 8 – TEMPS CONSACRÉ AU TRAVAIL RÉMUNÉRÉ ET NON RÉMUNÉRÉ POUR UNE PERSONNE EMPLOYÉE ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES DANS 23 PAYS EN DÉVELOPPEMENT (DERNIÈRES DONNÉES DISPONIBLES)



La charge du travail non rémunéré est ressentie par les femmes de toutes les classes socio-économiques.¹⁵⁸ Mais ce sont les femmes les plus pauvres et les plus défavorisées qui en pâtissent le plus¹⁵⁹. C’est la réalité de nombreuses femmes en Afrique dont le travail subventionne le coût des soins qui font vivre les familles, soutiennent les économies et pallient souvent le manque de services sociaux. Pourtant, il est rarement reconnu comme un « travail »¹⁶⁰.

Il existe également un écart important entre les sexes dans la main-d’œuvre mondiale¹⁶². En 2018, l’écart mondial entre les sexes en matière de participation au marché du travail s’élevait à 27 %¹⁶¹. La moyenne mondiale masque toutefois des variations importantes entre les régions, l’écart étant le plus prononcé en Afrique du Nord, où moins d’un tiers des femmes en âge de travailler participent, alors qu’en Afrique subsaharienne, près des deux tiers participent, voir la figure ci-dessous¹⁶¹. Sur la base de données provenant de 84 pays, 95 % des hommes âgés de 25 à 54 ans font partie de la population active, contre seulement 52 % des femmes. La principale raison évoquée par les femmes pour expliquer leur inactivité est le travail de soins non rémunéré¹⁵⁹.

FIGURE 9 – PARTICIPATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL SUR L’ÉCART ENTRE LES SEXES, POINTS DE POURCENTAGE 2018



Parmi les femmes qui travaillent, plus de la moitié sont dans le secteur informel, souvent dans des emplois sans sécurité ni droits.¹⁶² En raison des inégalités d'accès aux revenus et aux ressources, les femmes à faible revenu sont souvent dépendantes économiquement de leur partenaire masculin.¹⁶³

La vulnérabilité économique des femmes et leur dépendance vis-à-vis des hommes accroissent leur vulnérabilité au VIH.¹⁶⁴ Les désavantages économiques auxquels les femmes sont confrontées peuvent commencer dès l'enfance, les filles étant confrontées à un manque d'opportunités et à des niveaux d'investissement plus faibles dans leur santé, leur nutrition et leur éducation.¹⁶⁵ Tout au long de leur vie, les femmes africaines continuent d'être désavantagées en matière d'éducation, de santé et d'activités génératrices de revenus. Elles ont tendance à avoir une dotation en capital humain nettement inférieure à celle des hommes, un accès plus difficile aux marchés du travail, des salaires plus bas, un accès ou un titre plus limité aux actifs productifs (tels que la terre, le crédit et d'autres intrants), moins de droits politiques et juridiques et des contraintes plus strictes en matière de mobilité et d'activités socialement acceptables.¹⁶⁶ En conséquence, l'inégalité entre les sexes peut enfermer les femmes dans la pauvreté et engendrer un cercle vicieux négatif qui se répercute sur l'éducation et la santé de leurs enfants¹⁶⁶.

Le statut économique inférieur des femmes entraîne une dépendance économique vis-à-vis des hommes, ce qui rend difficile et parfois même dangereux pour les femmes de négocier des relations. En outre, de nombreuses femmes à faible revenu ont des préoccupations plus immédiates, comme payer le loyer ou avoir suffisamment de nourriture¹⁶⁷, qui peuvent raisonnablement passer avant la protection contre le VIH. Par conséquent, la dépendance économique des femmes limite considérablement leur pouvoir de décision et augmente leur vulnérabilité au VIH.

4.6 LE VIH ET L'ÉDUCATION DES FILLES

L'accès équitable à une éducation de qualité est un droit humain. Chaque enfant a le droit d'apprendre et de recevoir une éducation de qualité, quels que soient son sexe, son lieu de résidence ou sa situation¹⁶⁸. Pourtant, malgré les preuves démontrant l'importance de l'éducation des filles pour le développement, les disparités entre les sexes dans l'éducation persistent¹⁶⁹. Dans toute l'Afrique, il existe d'importants écarts entre les sexes en matière d'accès, de résultats d'apprentissage et de poursuite des études dans de nombreux contextes, le plus souvent au détriment des filles.¹⁷⁰

L'éducation d'une fille est l'un des meilleurs investissements que sa famille, sa communauté et son pays puissent faire. Nous savons qu'une éducation de bonne qualité peut changer la vie des filles, des garçons, des jeunes femmes et des hommes, en les aidant à développer tout leur potentiel et en les mettant sur la voie de la réussite dans leur vie. Nous savons également que l'éducation d'une fille, en particulier, peut enclencher un cercle vertueux de développement. Les filles plus éduquées, par exemple, se marient plus tard, ont des enfants en meilleure santé, gagnent plus d'argent qu'elles réinvestissent dans leur famille et leur communauté, et jouent un rôle plus actif dans la gestion de leur communauté et de leur pays.¹⁷¹

L'éducation aide les filles et les femmes à mieux contrôler leur vie et leur confère le pouvoir de faire des choix qui peuvent prévenir l'infection par le VIH^{172,173}. Des études montrent que les filles qui terminent l'enseignement primaire sont plus de deux fois plus susceptibles d'adopter des comportements protecteurs ; les filles qui terminent l'enseignement secondaire sont entre quatre et sept fois plus susceptibles d'adopter des comportements protecteurs, et elles sont moins susceptibles d'être infectées par le VIH, les filles instruites aux niveaux secondaire et tertiaire sont moins susceptibles d'être contraintes¹⁷³. Des niveaux d'éducation plus élevés se traduisent également par une meilleure capacité de gain sur le marché du travail. Chaque année supplémentaire d'école primaire augmente le salaire éventuel des filles de 10 à 20 %, et une année supplémentaire d'école secondaire de 15 à 25 %¹⁷⁴.

De multiples études ont montré que le fait de rester plus longtemps à l'école a un effet protecteur en réduisant le risque d'infection par le VIH.^{175,176,177,178} Par exemple, après l'extension de l'enseignement secondaire obligatoire et gratuit au Botswana, chaque année supplémentaire de scolarité secondaire a entraîné une réduction de 8,1 % du risque cumulé d'infection par le VIH, et une réduction de 11,6 % du risque de VIH chez les jeunes femmes en particulier¹⁷⁹. Un niveau d'éducation plus élevé chez les femmes est également associé à un contrôle accru de la

santé sexuelle et reproductive et des droits en matière de reproduction.¹⁸⁰ Des effets positifs de la scolarisation dans le secondaire sur la réduction des comportements sexuels à risque et des taux d'infection par le VIH ont également été constatés en Ouganda et au Zimbabwe, respectivement^{181,182}.

Malgré les multiples avantages de la scolarisation, les filles et les jeunes femmes d'Afrique sont confrontées à d'importants obstacles à l'éducation, dus à la pauvreté, à des normes sociales et culturelles inégales (telles que le travail domestique et les soins aux proches), à des pratiques néfastes (telles que les mariages d'enfants, précoces et forcés), à des infrastructures médiocres, à la violence à caractère sexiste et à l'instabilité¹⁸³. Dans toute la région, 9 millions de filles âgées de 6 à 11 ans environ n'iront jamais à l'école, contre 6 millions de garçons, selon les données de l'ISU (Institut de Statistique de l'UNESCO). Leur désavantage se profile tôt : 23 % des filles ne vont pas à l'école primaire, contre 19 % des garçons. À l'adolescence, le taux d'exclusion des filles est de 36 %, contre 32 % pour les garçons.¹⁸⁴ Les normes patriarcales qui dévalorisent l'éducation des femmes et des filles limitent également leurs possibilités d'accéder à l'éducation et d'y rester. Dans une étude analysant les pays où il est le plus difficile de s'instruire dans le monde, neuf des dix pays où il est le plus difficile pour les filles de s'instruire se trouvent en Afrique.¹⁸⁵ En outre, aucun pays africain ne figure dans les quartiles supérieurs de 25 %, et seuls quatre pays africains se classent au-dessus du quartile médian.¹⁸⁵ Si aucune mesure urgente n'est prise, la situation risque d'empirer, car la région est confrontée à une demande croissante d'éducation en raison de l'augmentation de la population d'âge scolaire.¹⁸⁶

La COVID-19 a un impact négatif sur la santé et le bien-être des filles - et nombre d'entre elles risquent de ne pas retourner à l'école une fois celle-ci rouverte.¹⁸⁷ Les recherches disponibles montrent que la prévalence de la violence à l'égard des filles et des femmes a augmenté au cours de la pandémie, ce qui met en péril leur santé, leur sécurité et leur bien-être général.¹⁸⁸ Alors que les fermetures d'écoles et les quarantaines étaient appliquées pendant l'épidémie d'Ebola de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest, les femmes et les filles ont subi davantage de violences sexuelles, de coercition et d'exploitation. La fermeture des écoles pendant l'épidémie d'Ebola a été associée à une augmentation des grossesses chez les adolescentes.¹⁸⁹ Une fois les écoles rouvertes, de nombreuses « filles visiblement enceintes » ont été interdites de retour à l'école. Avec la fermeture des écoles dans l'ensemble du monde en développement, où la stigmatisation des grossesses chez les adolescentes prévaut, nous verrons probablement une augmentation des taux d'abandon scolaire à mesure que les adolescentes tomberont enceintes ou se marieront.

Lorsque les filles restent à la maison en raison de la fermeture des écoles, la charge de travail ménager augmente, ce qui fait qu'elles passent plus de temps à aider à la maison au lieu d'étudier. Cela pourrait encourager les parents, en particulier ceux qui accordent une valeur moindre à l'éducation des filles, à garder leurs filles à la maison même après la réouverture des écoles. En outre, les recherches montrent que les filles risquent d'abandonner l'école lorsque les personnes qui s'occupent d'elles sont absentes du foyer, car elles doivent généralement suppléer (en partie) au travail effectué par la personne qui s'occupe d'elles, qui peut être absente en raison d'un travail, d'une maladie ou d'un décès liés à la COVID-19.¹⁹⁰ Par conséquent, avec la pandémie actuelle de COVID-19, nous pourrions voir plus de filles que de garçons aider à la maison, prendre du retard dans leurs études et abandonner l'école.

4.7 DES CADRES JURIDIQUES DISCRIMINATOIRES

Les lois discriminatoires qui restreignent les droits des femmes peuvent, par inadvertance, nuire à leur comportement en matière de santé. On les retrouve dans les systèmes juridiques pluriels, la criminalisation du VIH et les obstacles juridiques à l'accès à l'information et aux services liés à la santé sexuelle et reproductive et de droits en matière de reproduction.

4.7.1 SYSTÈMES JURIDIQUES PLURIELS

Les systèmes juridiques pluriels sont des juridictions dans lesquelles les systèmes juridiques formels et les systèmes de justice informels alternatifs, tels que le droit coutumier, tribal, religieux, personnel et traditionnel, fonctionnent en parallèle. Bien qu'il soit difficile d'obtenir des chiffres exacts, les faits indiquent qu'un nombre important de femmes dans le monde en développement ont accès aux systèmes de justice informels, avec jusqu'à 80 % des conflits dans certains pays résolus par des mécanismes de justice informels.¹⁹¹ Un rapport du PNUD

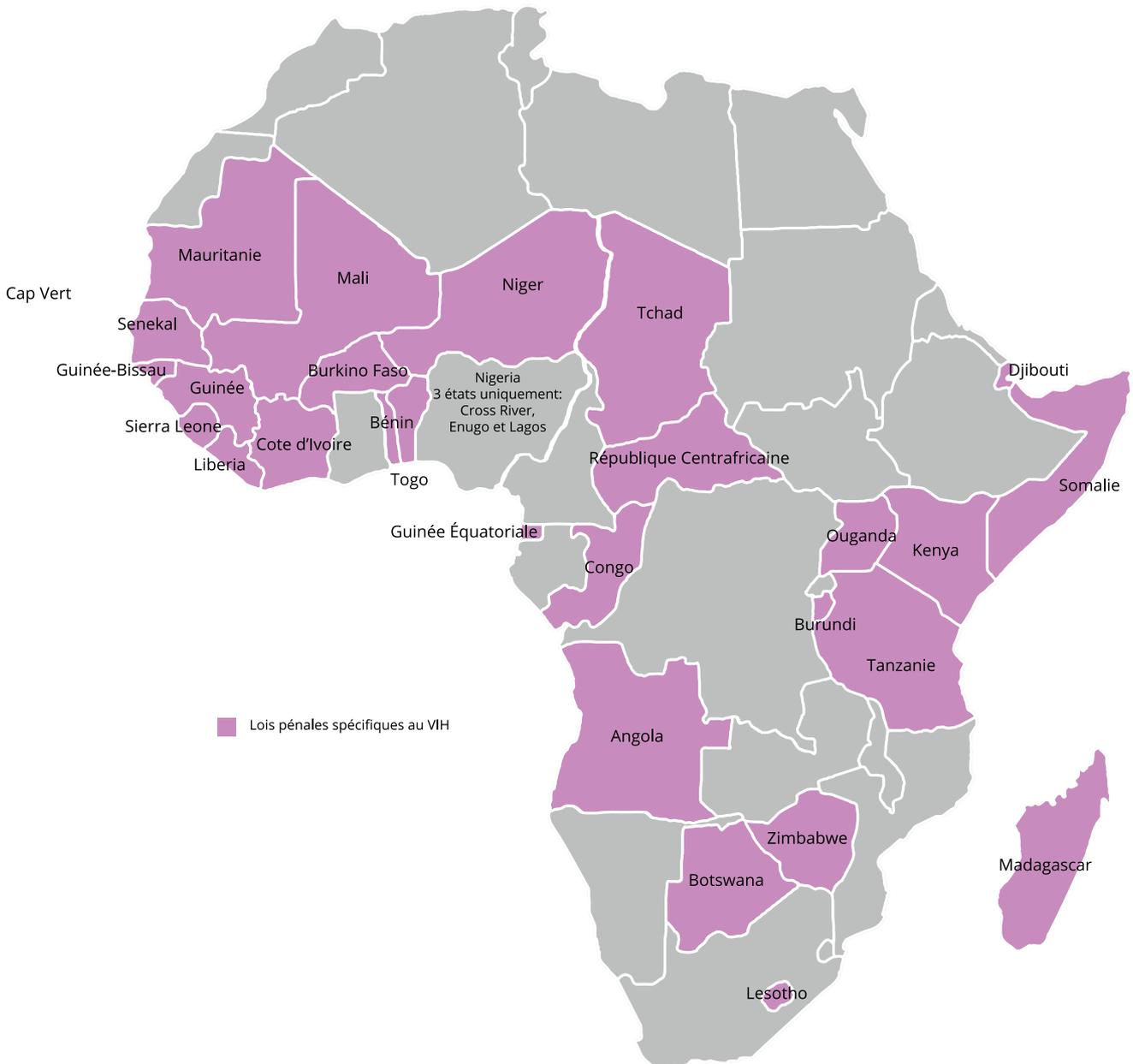
note que dans certains pays d’Afrique, plus de la moitié des litiges sont résolus dans des forums coutumiers ou religieux.¹⁹² Les questions sociales et économiques importantes pour la vie quotidienne des femmes sont souvent administrées et jugées par des systèmes de justice informels.¹⁹³

L’un des problèmes posés par les systèmes juridiques pluriels est que l’incohérence des approches des droits et obligations déterminés par les lois formelles et informelles entraîne souvent la négation des droits plutôt que leur protection.¹⁹⁴ Les systèmes juridiques pluriels représentent un défi pour la riposte au VIH des femmes et des filles car la pluralité juridique légitime et perpétue souvent les lois discriminatoires, les pratiques traditionnelles néfastes, la violence à l’égard des femmes et les systèmes de propriété et d’héritage inégaux qui alimentent l’épidémie de VIH chez les femmes et les filles.¹⁹⁵

4.7.2 LA CRIMINALISATION DU VIH

Le droit pénal affecte considérablement les femmes et les filles porteuses du VIH, en augmentant souvent leur risque de violence conjugale, de violence sexuelle et d’abus physique.¹⁹⁶ Les femmes et les filles sont directement et indirectement impactées par les dispositions du droit pénal, notamment l’accès aux services de santé reproductive et la confidentialité du statut VIH. En 2019, 29 pays africains ont des lois qui criminalisent le VIH soit la non-divulgateion, l’exposition ou la transmission, y compris la transmission non intentionnelle¹⁹⁷.

FIGURE 10 – PAYS D’AFRIQUE OÙ EXISTENT DES LOIS SPÉCIFIQUES AU VIH¹⁹⁸



Dans certains pays, les lois autorisent l'utilisation de la séropositivité pour aggraver les charges pénales. Ces lois et les poursuites qui en découlent ne s'appuient pas toujours sur les meilleures preuves scientifiques disponibles concernant les risques et les dommages liés au VIH ou s'y réfèrent, ce qui entraîne des poursuites et des condamnations injustes.¹⁹⁹

Dans les contextes de criminalisation du VIH, les femmes et les filles porteuses du VIH sont exposées à un risque important de poursuites. Cela s'explique par le fait que les femmes sont souvent les premières à connaître leur séropositivité (condition préalable à la plupart des poursuites pour criminalisation du VIH), en raison de leur interaction accrue avec le système de santé, notamment grâce aux programmes de dépistage et de conseil initiés par les prestataires de soins lors des visites prénatales.²⁰⁰ Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de passer un test de dépistage du VIH, d'entreprendre un traitement contre le VIH et d'y adhérer.²⁰¹ Les femmes porteuses du VIH risquent des poursuites judiciaires en cas d'exposition et de transmission du VIH lors de l'accouchement et de l'allaitement.²⁰² Les femmes porteuses du VIH qui révèlent leur statut risquent de subir des violences domestiques, d'être abandonnées, de perdre leurs biens et de perdre la garde de leurs enfants ; dans le même temps, elles risquent d'être poursuivies au pénal et d'être emprisonnées si elles ne révèlent pas leur statut.²⁰³ Dans le même temps, les femmes et les filles ont moins de chances d'avoir accès à des services juridiques et, par conséquent, à un procès équitable.²⁰⁴

4.7.3 OBSTACLES JURIDIQUES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET AUX DROITS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

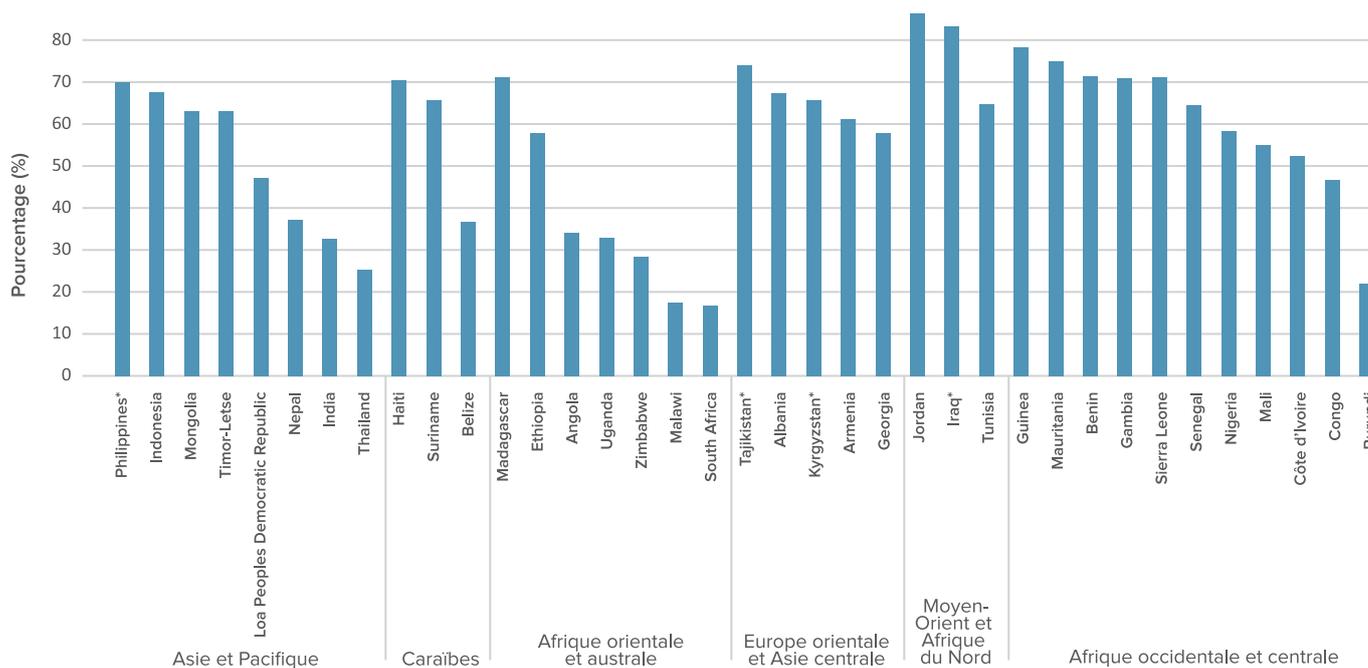
Les jeunes sont particulièrement vulnérables au VIH pour des raisons physiologiques et sociales. Cependant, les adolescentes se heurtent à des obstacles juridiques et politiques au dépistage et au conseil en matière de VIH, notamment l'obligation d'obtenir le consentement des parents ou du tuteur pour accéder aux services de dépistage et de conseil en matière de VIH.²⁰⁵ Les obstacles juridiques à l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive entravent les progrès en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH.²⁰⁶ En Afrique subsaharienne, les femmes âgées de 15 à 24 ans ont représenté près de la moitié des nouvelles infections en 2018 alors qu'elles ne représentent que 10 % de la population.²⁰⁷

Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo) - salué comme l'un des instruments les plus progressistes en matière de droits des femmes et des filles à la santé reproductive - enjoint aux États membres de garantir les droits des femmes à la santé, y compris la protection contre le VIH. Cela implique de prendre des mesures telles que l'abolition de toutes les lois discriminatoires, la promotion de l'accès des jeunes filles à l'éducation, la garantie des droits légaux des femmes à la terre, à la propriété et à l'héritage et la protection de l'emploi et du lieu de travail. Il faut en outre protéger les femmes contre la violence et les abus sexuels et interdire les lois et pratiques coutumières qui leur sont préjudiciables²⁰⁸.

4.8 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION LIÉES AU VIH

La discrimination liée au VIH est le traitement injuste et inéquitable d'une personne ou d'un groupe de personnes en raison de leur statut VIH réel ou supposé²⁰⁹. Malgré des décennies de progrès scientifiques en matière de prévention et de traitement, ainsi que de vastes efforts de sensibilisation, les peurs irrationnelles de l'infection par le VIH et les attitudes négatives à l'égard des personnes porteuses du VIH constituent un obstacle persistant à la lutte contre l'épidémie²⁰⁹. L'impact de la stigmatisation peut être immense. Il peut être ressenti à de nombreux niveaux différents - du bien-être mental et physique d'un individu à la capacité des systèmes de santé à atteindre ceux qui en ont le plus besoin et des gouvernements à mener des réponses efficaces et fondées sur les droits²¹⁰. Les résultats d'enquêtes auprès de la population montrent que la stigmatisation et les attitudes discriminatoires sont très répandues en Afrique, confère la figure suivante.²¹¹

FIGURE 11 – POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 15 À 49 QUI DÉCLARENT AVOIR DES ATTITUDES DISCRIMINATOIRES ENVERS LES PERSONNES PORTEUSES DU VIH, PAYS POUR LESQUELS DES DONNÉES SONT DISPONIBLES, 2014–2019²¹²



La stigmatisation et la discrimination peuvent être évidentes, par exemple lorsqu’une personne porteuse du VIH se voit refuser un service de santé. Mais elles peuvent aussi être plus subtiles, par exemple lorsqu’une personne n’est pas pleinement intégrée dans des activités de groupe. Les individus, les organisations, les institutions ou les systèmes peuvent stigmatiser ou discriminer, ou les deux, les personnes en fonction de leur statut VIH. Les personnes porteuses du VIH peuvent également se stigmatiser elles-mêmes, ce qu’on appelle « auto-stigmatisation ». Par exemple, une personne porteuse du VIH peut choisir de s’exclure d’un événement social parce qu’elle pense ou perçoit qu’elle ne sera pas la bienvenue. La discrimination peut s’institutionnaliser dans des lois, des politiques et des pratiques qui ont un impact négatif sur les personnes porteuses du VIH. Les lois spécifiques au VIH, telles que celles qui criminalisent la non-divulgateion, l’exposition et la transmission du VIH, renforcent encore la stigmatisation et la discrimination²⁰⁹.

Les inégalités sexospécifiques existantes sont aggravées et, à leur tour, exacerbées par la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Par conséquent, les femmes et les filles porteuses du VIH sont souvent confrontées à un puzzle de stigmatisation, qui s’entremêle et se chevauche, du fait de leur statut VIH et de leur sexe féminin.

4.8.1 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION – UN OBSTACLE À L’ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ²¹³

Les établissements de soins de santé peuvent être une source de stigmatisation et de discrimination, ainsi que de soins et de traitements, pour les personnes porteuses du VIH^{214,215,216}. Par exemple, les retards inutiles dans le traitement, les soins différentiels (par exemple, le fait d’éviter le contact physique, la gestion inadéquate de la douleur, la séparation des services de prévention de la transmission de la mère à l’enfant des autres services de santé maternelle et infantile), les soins conditionnels (par exemple, accorder l’accès à la thérapie antirétrovirale uniquement à condition d’utiliser un préservatif ou une méthode de contraception), la négligence (par exemple, priver de nourriture, d’eau ou d’hygiène) ou le refus de service - tous ces éléments entravent directement l’accès à des soins de santé appropriés.²¹⁷

Pour les femmes porteuses du VIH, la stigmatisation liée au VIH peut constituer un obstacle majeur à l'accès aux services liés au VIH ainsi qu'aux autres services de santé. Cela peut être observé dans le continuum des services de santé que les femmes utilisent tout au long de leur vie. Dans les services classiques - tels que les programmes gouvernementaux de soins prénatals - les femmes porteuses du VIH peuvent être confrontées à des attitudes stigmatisantes et à des actions inappropriées de la part du personnel et des autres clients.²¹⁸

La stigmatisation peut se manifester par l'utilisation par les agents de santé d'un langage moralisateur, par des tests de dépistage du VIH sans consentement, par des précautions inutiles (par exemple, le double gantage, le port de masques, le brûlage des draps) ou par le non-respect de la confidentialité (par exemple, les commérages, les révélations aux membres de la famille sans autorisation). De telles manifestations de stigmatisation et de discrimination peuvent entraver l'accès aux soins de santé en décourageant les femmes porteuses du VIH (ou qui soupçonnent qu'elles pourraient vivre avec) de solliciter les tests et les traitements nécessaires^{214,215,219,220,221,222}.

La stigmatisation liée au VIH peut limiter l'accès des femmes aux services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME)²²³. Chaque composante de la PTME - depuis les visites à domicile jusqu'à la prise d'une thérapie antirétrovirale (TAR) - risque de révéler le statut de la femme dans l'établissement de santé, dans sa communauté et dans sa famille²¹³. Par conséquent, les femmes n'ont pas toujours accès aux services appropriés, de peur de révéler leur séropositivité et de subir des conséquences négatives telles que l'abandon et l'isolement par leur partenaire et leur famille^{224,225}.

4.8.2 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION SUR LE LIEU DE TRAVAIL

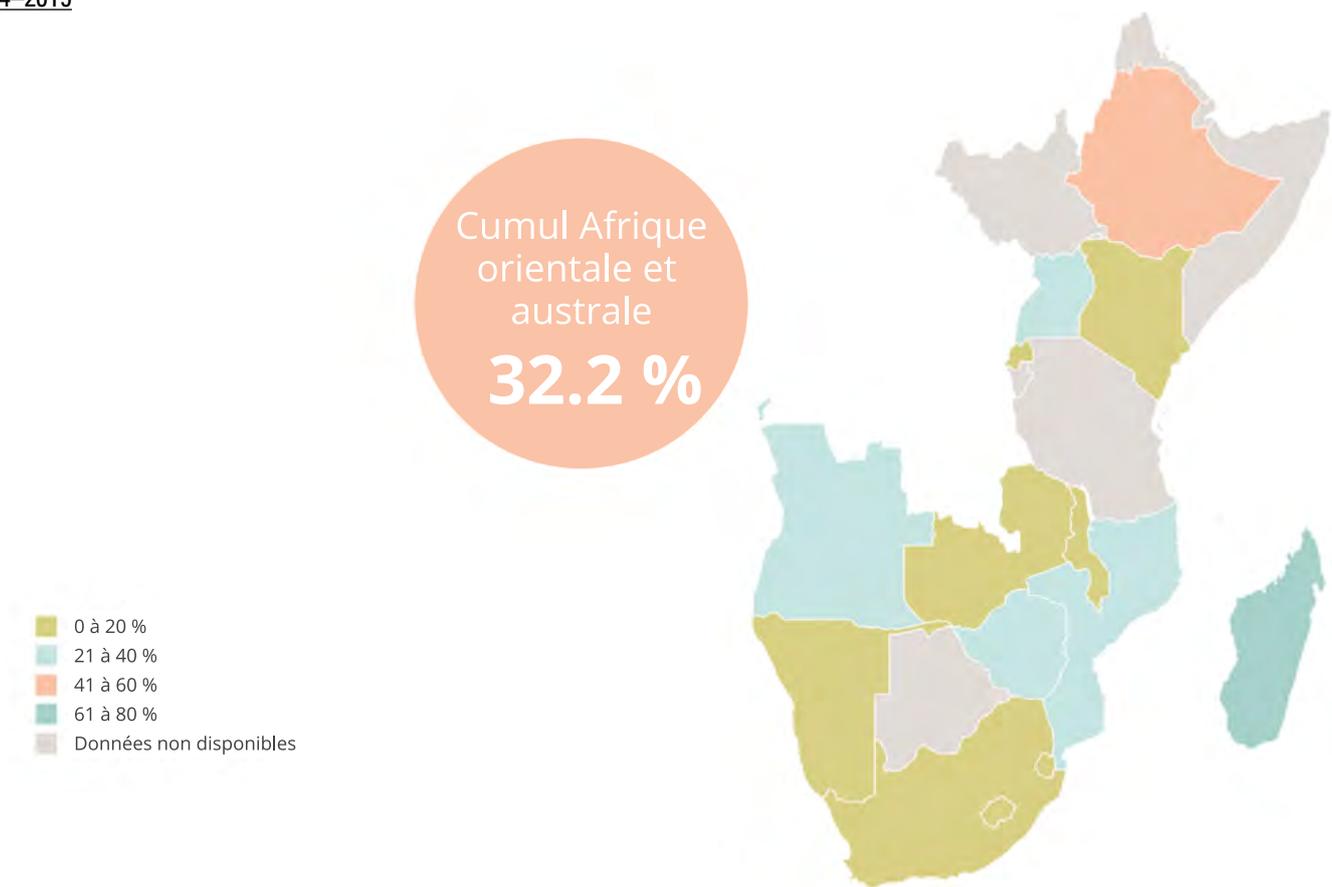
La majorité des personnes porteuses du VIH dans le monde sont en âge de travailler (15 ans et plus) et, avec des soins adéquats et un soutien approprié, elles peuvent devenir des membres précieux de la population active^{226,227}. Les milieux de travail comprennent tous les milieux dans lesquels les travailleurs s'activent, y compris l'économie formelle (emploi salarié traditionnel) et l'économie informelle (par exemple, vente ambulante, ménage). L'économie formelle comprend l'emploi dans les secteurs privé et public.

Les personnes porteuses du VIH sont trois fois plus susceptibles d'être au chômage que les personnes de la population générale.²²⁸ Cela est dû en partie à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH auxquelles elles sont confrontées sur leur lieu de travail. Parmi les exemples de pratiques discriminatoires sur le lieu de travail, citons le refus d'embaucher une personne porteuse du VIH, le harcèlement, les brimades, le dépistage ou la divulgation forcés, le refus d'opportunités de travail ou de promotion, les pressions pour démissionner ou le licenciement abusif^{229,230,231}.

Les dimensions sexospécifiques persistent dans de nombreux milieux de travail formels dans le monde et en Afrique et peuvent exacerber les expériences de stigmatisation liées au VIH - ce qui peut avoir un impact négatif sur les moyens de subsistance et le bien-être des femmes porteuses du VIH.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à travailler dans le secteur informel, dans des emplois dépourvus de sécurité et de réglementation, et leur travail, souvent marginal, peut être mis en péril par la discrimination de la communauté²¹⁶. Par exemple, les membres d'une communauté peuvent choisir d'acheter des fruits et légumes à d'autres vendeurs, en raison de leur statut VIH. En moyenne, 32 % des personnes en Afrique orientale et australe et 52 % des personnes en Afrique occidentale et centrale n'achèteraient pas de légumes à un commerçant séropositif. Les données de l'Afrique du Nord n'étaient pas disponibles²³². Dans les contextes d'emploi plus formels, les femmes peuvent être plus vulnérables aux pratiques discriminatoires des employeurs, des collègues et des clients²¹³.

FIGURE 12 – POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI N'ACHÈTERAIENT PAS DE LÉGUMES À UN COMMERÇANT PORTEUR DU VIH, PAYS POUR LESQUELS DES DONNÉES SONT DISPONIBLES, AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE, 2014–2019



Source: Enquêtes auprès de la population, 2014-2019

Remarque : Les données globales font référence aux données disponibles les plus récentes provenant des enquêtes démographiques de 13 pays de la région au cours de la période de 2014 à 2019, correspondant à 35 % de la population de 2018.

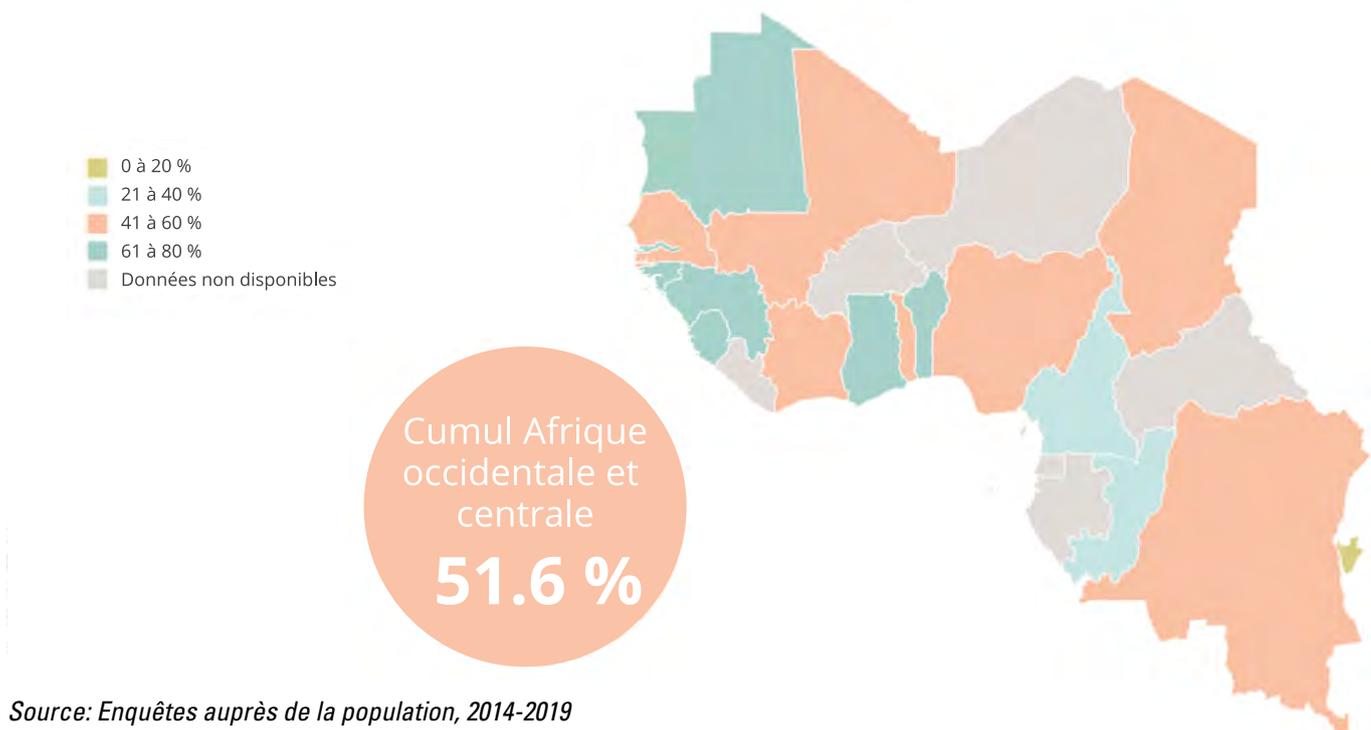
“

“La lutte contre le VIH/SIDA requiert le leadership de toutes les parties du gouvernement - et elle doit aller jusqu’au sommet. Le sida est bien plus qu’une crise sanitaire. C’est une menace pour le développement lui-même.”

Kofi Annan

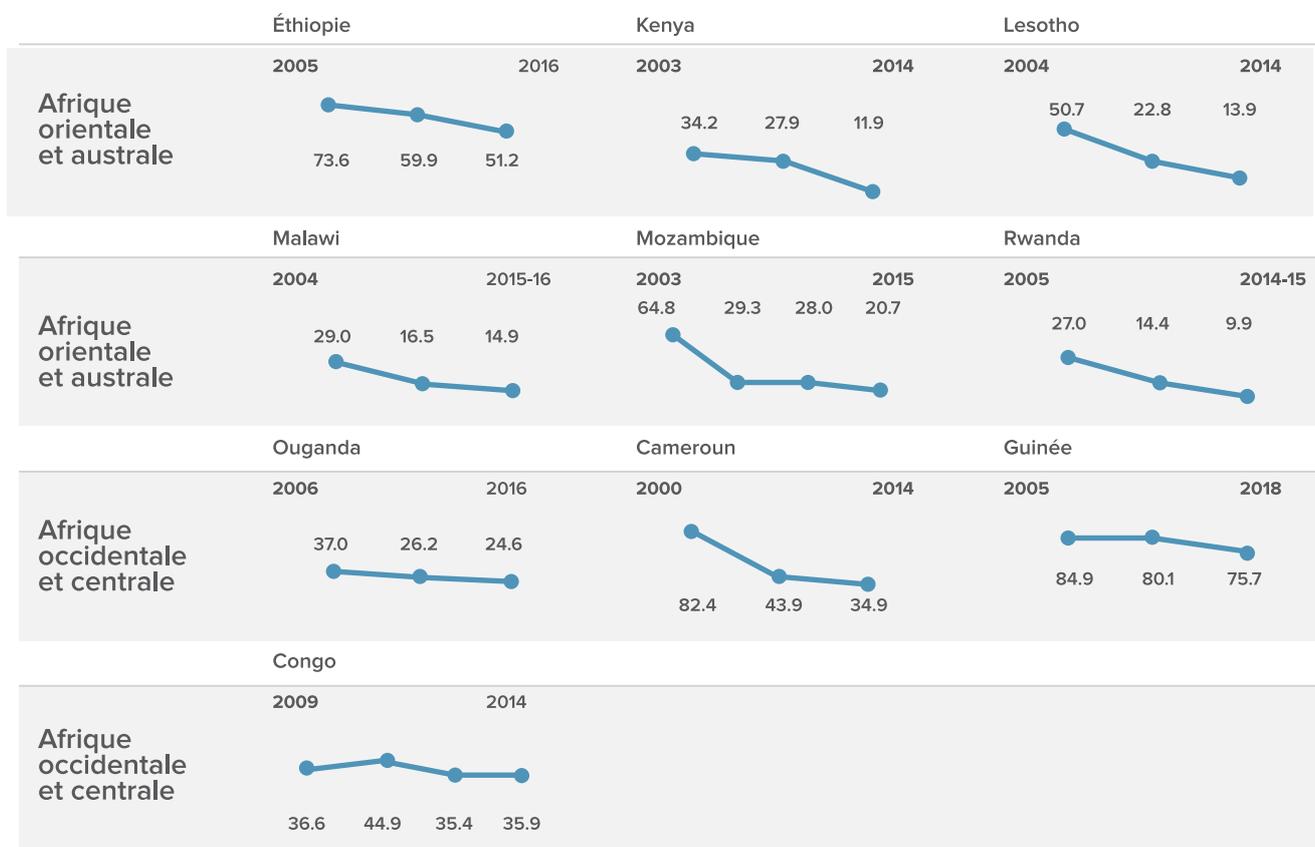
”

FIGURE 13 - POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI N'ACHÈTERAIENT PAS DE LÉGUMES À UN COMMERÇANT PORTEUR DU VIH, PAYS POUR LESQUELS DES DONNÉES SONT DISPONIBLES, AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE, 2014–2018



Source: Enquêtes auprès de la population, 2014-2019

FIGURE 14 - POURCENTAGE DE PERSONNES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI N'ACHÈTERAIENT PAS DE LÉGUMES À UN COMMERÇANT PORTEUR DU VIH, PAYS POUR LESQUELS LES DONNÉES SONT DISPONIBLES, 2000–2019



Les résultats des enquêtes auprès de la population dans les pays africains où les données sont disponibles montrent que les attitudes discriminatoires sont en baisse.

Afin de se soumettre à des contrôles réguliers, les femmes porteuses du VIH doivent souvent s'absenter de leur travail pour se rendre à l'hôpital ou à d'autres rendez-vous, en particulier lorsqu'elles viennent de zones rurales. Cela peut se traduire par une perte de revenus ou des absences fréquentes au travail. En conséquence, les femmes porteuses du VIH peuvent décider de ne pas se rendre à la clinique par crainte d'être pénalisées ou de voir leur statut révélé à leurs employeurs²¹³.

Bien que les femmes porteuses du VIH soient capables de mener une vie professionnelle pleine et active, nombre d'entre elles peuvent décider de réduire ou de changer d'emploi en raison de leur statut VIH. Par exemple, elles peuvent préférer travailler dans le secteur informel, dans des emplois moins surveillés, pour éviter d'avoir à révéler leur statut. Il arrive que les femmes porteuses du VIH soient dans l'incapacité de travailler - en raison de leur propre mauvaise santé ou si elles doivent s'occuper d'autres membres de la famille - ce qui entraîne une perte de revenus. Il peut en résulter des difficultés de subsistance et la pauvreté²¹³.

De nombreuses femmes porteuses du VIH sont également tout à fait capables d'accéder à l'éducation. Cependant, elles peuvent anticiper ou subir la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les écoles, notamment les brimades et la violence, la négligence, l'évitement et l'isolement, les violations de la confidentialité, le refus d'inscrire des élèves ou la perte d'emploi pour les éducateurs^{233,234,235,236}. Ces manifestations de stigmatisation et de discrimination peuvent avoir de graves répercussions sur leur santé et leur bien-être²¹⁷.

4.8.3 STIGMATISATION ET DISCRIMINATION DANS LA COMMUNAUTÉ ET LES MILIEUX SOCIAUX

Dans les communautés, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent se manifester par des gestes subtils (par exemple, le refus de partager la nourriture ou les ustensiles avec les personnes porteuses du VIH) ou par des actions plus manifestes (par exemple, la violence verbale à l'égard d'une personne porteuse du VIH, les commérages à son sujet, son rejet ou son évitement). Le jugement social des membres du foyer et de la communauté peut entraîner une stigmatisation intériorisée (auto-stigmatisation) chez les personnes porteuses du VIH ou une stigmatisation anticipée chez les personnes qui pensent être porteuses du VIH. Ces expériences peuvent inciter à l'auto-isolement et décourager la divulgation et la participation aux services de dépistage, de soins et de traitement du VIH, ce qui peut nuire à la santé mentale et physique et au bien-être d'une personne^{237,213}.

Dans les différentes communautés d'Afrique, l'expérience des femmes en matière de stigmatisation et de discrimination liées au VIH peut varier en fonction de facteurs tels que la situation matrimoniale et l'âge ; néanmoins, elle peut avoir un impact considérable sur les interactions sociales et le comportement des femmes. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent limiter la capacité des femmes à participer à la vie familiale et communautaire, à préserver leur santé mentale, à suivre leur traitement, à préserver leur santé reproductive et à s'occuper de leurs enfants.²¹³

Les familles des femmes et des filles vivant avec elles peuvent être soumises à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH par association. Cela est particulièrement vrai dans les contextes où une famille dont un membre porteur du VIH est tenu responsable du comportement de ses membres et est confronté dans la collectivité à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH. Ainsi, une famille peut être moins favorable à ce que l'un de ses membres révèle sa séropositivité et cherche à obtenir des services de soins de santé.^{237,238}

La stigmatisation peut être particulièrement intense pour les femmes porteuses du VIH dans des communautés très unies qui jouent un rôle central dans leur vie. Elles peuvent être contraintes au « silence », ce qui signifie qu'elles ne cherchent pas à obtenir un soutien de la part de la communauté ou des services - y compris en termes d'accès à la TAR (thérapie antirétrovirale) et à d'autres médicaments - par crainte d'être rejetées par les membres de leur famille et de perdre leur abri, leur statut, leur stabilité et l'accès à leurs enfants²¹³.

4.9 LE VIH, LE HANDICAP, LE STATUT DE RÉFUGIÉ, LA TOXICOMANIE ET D'AUTRES SITUATIONS DE CRISE, Y COMPRIS LA COVID-19

Au cours des deux dernières décennies, des urgences complexes résultant de conflits et de catastrophes naturelles se sont produites avec une fréquence croissante dans toute l'Afrique. Depuis 2010, les conflits violents ont augmenté de façon spectaculaire et, malgré les efforts déployés par les différentes parties prenantes pour garantir la paix et la stabilité en Afrique, les conflits armés se poursuivent dans plusieurs régions du continent^{239,240}. Il existe actuellement sept opérations de maintien de la paix et de nombreuses autres opérations humanitaires.

En outre, le changement climatique, l'accroissement des inégalités, l'évolution démographique et d'autres tendances continuent de créer des risques de fragilité²³⁹. L'année 2019 restera dans les mémoires comme l'année où la crise climatique a dévasté certaines parties de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, avec des inondations, des glissements de terrain, des sécheresses et des cyclones qui ont laissé au moins 33 millions de personnes en situation d'insécurité alimentaire d'urgence, voire pire.²⁴¹ Sur le continent, 600 millions de personnes vivent dans des pays touchés par la fragilité.

Les conditions mêmes qui définissent la fragilité - conflit, instabilité sociale et économique, pauvreté et impuissance - sont aussi celles qui facilitent la propagation du VIH/SIDA. Les urgences humanitaires et les conflits perturbent les structures et activités sociales et économiques normales et entraînent souvent des déplacements massifs²⁴². L'effondrement de la cohésion sociale, le manque de revenus, la pénurie de nourriture, la violence sexuelle, l'augmentation de la consommation de drogues et la perturbation de la santé, de l'éducation et des infrastructures qui caractérisent les situations d'urgence complexes contribuent tous à exposer les populations touchées par ces crises à un risque accru de VIH et présentent des défis pour les personnes porteuses du VIH²⁴³. Les services essentiels de lutte contre le VIH peuvent être interrompus en cas de crise humanitaire. Les gens peuvent ne plus avoir accès aux informations sur la prévention du VIH ou aux services de PTME²⁴².

Les personnes porteuses du VIH souffrent souvent de l'interruption de la thérapie antirétrovirale (TAR) et du traitement des infections opportunistes. Les déplacements peuvent mettre en contact des populations ayant chacune des niveaux de prévalence du VIH/SIDA différents. Cela est particulièrement vrai dans le cas des populations qui migrent vers les zones urbaines pour échapper à un conflit ou à une catastrophe dans les zones rurales.

Les épidémies touchent différemment les femmes et les hommes, et les épidémies aggravent les inégalités existantes pour les femmes et les filles et la discrimination d'autres groupes marginalisés tels que les personnes handicapées et celles vivant dans l'extrême pauvreté. Ce point mérite une attention particulière, étant donné les différents impacts entourant la détection et l'accès au traitement pour les femmes et les hommes, ainsi que pour leur bien-être général.

Les conflits et les situations d'urgence augmentent les interconnexions entre la violence à caractère sexiste (VCS) et le VIH. Dans les situations de crise, les femmes et les enfants sont davantage exposés à la violence. Des études indiquent que sept femmes sur dix dans les situations de conflit et au sein des populations réfugiées sont exposées à la violence sexuelle et sexiste. Dans certains contextes, les femmes qui ont subi des violences sont à 50 % plus susceptibles d'être porteuses du VIH.²⁴⁴

La pandémie de COVID-19 (coronavirus) exacerbe les risques de violence déjà existants. La violence sexuelle et sexiste, et en particulier la violence conjugale a connu un pic spectaculaire pendant la pandémie de COVID-19 et a été qualifiée par les dirigeants mondiaux de « pandémie dans la pandémie ».²⁴⁵ Les rapports publiés par le PNUD et le FNUAP montrent que la VCS a considérablement augmenté pendant l'épidémie de COVID-19, le FNUAP estimant que « 6 mois de confinement pourraient entraîner 31 millions de cas supplémentaires de violence sexiste »²⁴⁶.

Les normes sociales toxiques préexistantes et les inégalités entre les sexes, le stress économique et social causé par la pandémie de COVID-19, associés aux restrictions de déplacement et aux mesures d'isolement social, ont entraîné une augmentation exponentielle de la VCS. De nombreuses femmes sont enfermées chez elles avec leurs agresseurs et sont coupées des services de soutien habituels²⁴⁷.

Reconnaissant que les filles et les femmes africaines supportent une charge disproportionnée de la pandémie du VIH/SIDA en raison des facteurs décrits ci-dessus, les parties prenantes mondiales et continentales du développement et de la santé se sont engagées à promouvoir l'accès universel aux services intégrés de SSR&DR et de VIH/SIDA. Ces engagements sont soulignés ci-dessous avec certaines des bonnes pratiques qui ont été observées sur le continent comme une contribution à l'apprentissage Sud-Sud entre les États membres de l'UA.

5

POLITIQUE MONDIALE ET OBLIGATIONS JURIDIQUES RELATIVES À L'ESAF ET AU VIH

Plusieurs engagements internationaux reconnaissent que la lutte contre les inégalités entre les sexes est essentielle pour mettre fin à l'épidémie mondiale de VIH et obtenir des résultats plus larges en matière de développement.

“

“Donner aux femmes et aux filles les moyens... de revendiquer leurs droits, de recevoir une éducation de qualité, de vivre en bonne santé et de prendre des mesures pour se protéger du VIH est une composante indispensable de la combinaison prévention du VIH - changement structurel qui reflète la nature interconnectée des objectifs de développement durable.”²⁴⁸

Phumzile Mlambo-Ngcuka, Directrice Exécutive, ONU Femmes²⁴⁹

”

Plusieurs normes et standards internationaux relatifs aux femmes et au VIH/SIDA ont été adoptés au niveau mondial. Les plus importantes sont²⁵⁰:

- La **Conférence Internationale sur la Population et le Développement de 1994**, programme d'action : Il reconnaît la vulnérabilité particulière des femmes à l'infection par le VIH. Le Chapitre 7 de l'Article C traite des maladies sexuellement transmissibles et de la prévention du VIH dans le contexte des services de santé reproductive. Les recommandations pour traiter les dimensions sexospécifiques de l'épidémie appellent à « accorder une attention particulière aux filles et aux femmes ».
- La **Déclaration et le Programme d'Action de Pékin** préconisent la participation des femmes aux politiques et aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA ; l'examen et la modification des lois qui contribuent à la vulnérabilité des femmes au VIH et au SIDA et la mise en œuvre de lois, de politiques et de pratiques visant à protéger les femmes et les filles contre la discrimination liée au VIH/SIDA ; et le renforcement de la capacité nationale à créer et à améliorer les politiques et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA qui tiennent compte des différences sexospécifiques.
- La **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAF)** et ses **Recommandations Générales** contiennent d'importantes dispositions de fond pour faire progresser l'égalité des sexes. Elles fournissent aux États parties des outils pour promouvoir la pleine réalisation des droits fondamentaux des femmes, notamment en élaborant des réponses nationales au VIH/SIDA qui tiennent compte de la dimension de genre.
- **L'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement** visait à stopper et à inverser la propagation du VIH d'ici 2015. Le monde a **atteint et dépassé** ces objectifs en obtenant une réduction de 35 % des taux de nouvelles infections, une diminution de 41 % des décès liés au SIDA, et 15 millions de personnes sous traitement antirétroviral.
- S'appuyant sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, les 17 **Objectifs de Développement Durable (ODD)** visent à mettre fin à la pauvreté d'ici 2030 et à promouvoir le développement social, la prospérité économique et la protection de l'environnement pour tous. L'Objectif 3 vise à garantir une vie saine et le bien-être, avec pour cible l'éradication du SIDA d'ici 2030. L'Objectif 5 vise à réaliser l'égalité des sexes et à fournir l'autonomisation à toutes les femmes et les filles. Ces objectifs, ainsi que tous les autres, constituent des feuilles de route essentielles pour lutter contre les inégalités entre les sexes qui sont transversales à l'épidémie de VIH.
- La **Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de 2001 de l'Assemblée Générale des Nations Unies** a souligné que l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes étaient des éléments fondamentaux de la réduction de la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH/SIDA. La **Déclaration politique de 2006 sur le VIH/SIDA** reconnaît que la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes ainsi que la protection des droits des petites filles doivent être des éléments clés de toute stratégie globale de lutte contre l'épidémie. Dans la **Déclaration politique de 2011 sur le VIH/SIDA : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/SIDA**, les États membres de l'ONU se sont engagés à accroître la capacité des femmes et des adolescentes à se protéger contre le risque d'infection par le VIH et à prendre toutes les mesures nécessaires pour créer un environnement propice à l'autonomisation des femmes. Dans la **Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le SIDA : Accélérer la lutte contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030**, les États membres de l'ONU se sont fermement engagés à réaliser l'égalité des sexes et à fournir l'autonomisation à toutes les femmes et les filles dans le cadre des efforts visant à mettre fin au SIDA d'ici à 2030. La Déclaration appelle les États membres à mettre en œuvre des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH tenant compte de la dimension de genre,²⁵⁰ à promouvoir le leadership et la participation des femmes dans la riposte au VIH, à s'attaquer aux interconnexions entre le VIH, la violence à l'égard des femmes et les pratiques néfastes, et à protéger la santé sexuelle et reproductive des femmes ainsi que leurs droits en matière de reproduction. La déclaration comprend un objectif spécifique de réduction des nouvelles infections au VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes.
- Parmi les résolutions du Conseil des droits humains sur la protection des droits humains dans le contexte du VIH et du SIDA figure la **Résolution 16/28**. Adoptée en 2011, elle souligne la nécessité de garantir la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable des médicaments et des services de soins de santé pour les femmes enceintes séropositives. Elle appelle également à la mise en place ou au développement de politiques et de programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA tenant compte de la dimension de genre.

- La **Résolution 1983 du Conseil de Sécurité des Nations Unies** de 2011 souligne la prévalence disproportionnée du VIH et du SIDA sur les femmes. Elle exhorte les États membres, les entités des Nations Unies, les institutions financières internationales et les autres parties prenantes concernées à soutenir les systèmes de santé nationaux et les réseaux de la société civile pour aider les femmes vivant avec ou affectées par le VIH dans les situations de conflit et de post-conflit. La **Résolution 1308 du Conseil de Sécurité**, adoptée en 2000, traite des responsabilités des opérations internationales de maintien de la paix en matière de VIH et de SIDA.
- La **Commission des Nations Unies sur la Condition de la Femme** a adopté des résolutions sur les femmes, les petites filles et le VIH/SIDA, notamment la Résolution 60/2 en 2016. Elle a publié des conclusions concertées sur le **partage égal des responsabilités entre les femmes et les hommes, y compris les soins dans le contexte du VIH et du SIDA** en 2009, et sur **les femmes, les petites filles et le VIH/SIDA** en 2001.

6

POLITIQUE CONTINENTALE ET OBLIGATIONS JURIDIQUES RELATIVES À L'ESAF ET AU VIH

À l'échelle du continent, l'UA a fait preuve d'un leadership exceptionnel en unissant les dirigeants africains pour tirer parti du pouvoir des politiques et des mécanismes de responsabilisation en tant qu'outils efficaces de lutte contre le SIDA sur le continent.

6.1 AGENDA 2063

L'Agenda 2063 est le projet et le plan directeur de l'Afrique pour transformer l'Afrique en une puissance mondiale de l'avenir. Il s'agit du cadre stratégique du continent qui vise à atteindre son objectif de développement inclusif et durable et constitue une manifestation concrète de la volonté panafricaine d'unité, d'autodétermination, de liberté, de progrès et de prospérité collective poursuivie dans le cadre du panafricanisme et de la renaissance africaine. La genèse de l'Agenda 2063 a été la prise de conscience par les dirigeants africains de la nécessité de recentrer et de redéfinir les priorités de l'agenda de l'Afrique, en abandonnant la lutte contre l'apartheid et l'obtention de l'indépendance politique du continent, qui avaient été les priorités de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), le précurseur de l'Union Africaine, pour donner la priorité au développement social et économique inclusif, à l'intégration continentale et régionale, à la gouvernance démocratique, à la paix et à la sécurité, entre autres, afin de repositionner l'Afrique en tant qu'acteur dominant sur la scène mondiale.

Afin d'affirmer leur engagement à soutenir la nouvelle voie de l'Afrique pour atteindre une croissance économique pérenne et un développement inclusif et durable, les chefs d'État et de gouvernement africains ont signé la Déclaration solennelle du 50ème anniversaire lors des célébrations du Jubilé d'Or de la formation de l'OUA/UA en mai 2013. La déclaration a marqué la réorientation de l'Afrique vers la réalisation de la vision panafricaine d'Une Afrique intégrée, prospère et pacifique, dirigée par ses propres citoyens et représentant une force dynamique sur la scène internationale. L'Agenda 2063 est la manifestation concrète de la manière dont le continent entend réaliser cette vision sur une période de 50 ans.

6.2 STRATÉGIE AFRICAINE EN MATIÈRE DE SANTÉ (SAS) 2016-2030

L'objectif de la SAS 2016-2030 (Stratégie Africaine pour la Santé) est de garantir une vie saine et de promouvoir le bien-être pour tous en Afrique dans le contexte de « Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons » et des objectifs de développement durable. L'objectif général est de renforcer les performances des systèmes de santé, d'accroître les investissements dans la santé, d'améliorer l'équité et de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé afin de réduire la charge des maladies prioritaires d'ici 2030.

L'objectif stratégique 2 de la SAS met l'accent sur « l'élimination du SIDA, de la tuberculose et du paludisme... dans le cadre de la réduction de la morbidité et de l'élimination de la mortalité évitable ».

Ce cadre politique vise à fournir une orientation stratégique aux efforts de l'Afrique pour créer des secteurs de la santé plus performants, à reconnaître les engagements continentaux existants et à relever les principaux défis pour réduire la charge de morbidité du continent, tout en tirant parti des leçons apprises et des opportunités existantes. Ses orientations stratégiques nécessitent une collaboration multisectorielle, des ressources adéquates et un leadership pour défendre sa mise en œuvre, associés à des cadres de responsabilité efficaces. Dans cette optique, la SAS 2016-2030 cherche à compléter le programme inachevé, à ajuster le cap sur la base des leçons tirées de la mise en œuvre de la SAS 2007-2015 et à s'appuyer sur les réalisations des États membres et des CER (Communautés économiques régionales).

6.3 LE CADRE CATALYTIQUE POUR METTRE FIN AU SIDA, À LA TUBERCULOSE ET ÉLIMINER LE PALUDISME EN AFRIQUE D'ICI 2030

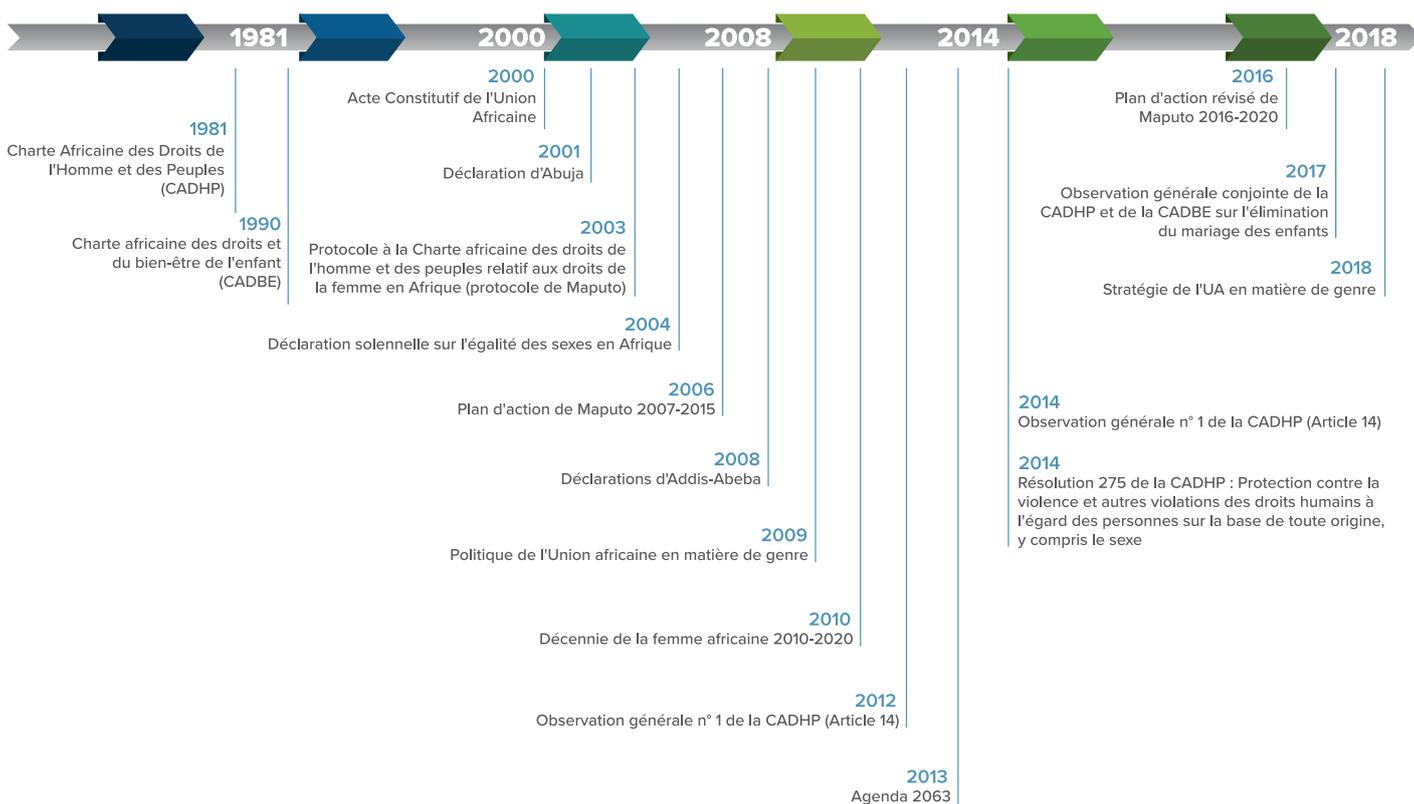
Approuvé en 2016, il a été surnommé le plan directeur de l'Afrique pour mettre fin au VIH d'ici 2030 et le cadre politique le plus complet après la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes. Il représente une occasion historique de mettre fin au SIDA en tant que menace pour la santé publique. En effet, il a été formulé sur la base des progrès et des expériences de la mise en œuvre des engagements d'Abuja depuis 2000 et de la feuille de route de l'UA sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme par les États membres de l'UA. Il vise à intensifier les progrès louables réalisés sur le continent depuis 2001.

La stratégie repose sur l'idée que pour que l'Afrique atteigne et maintienne son développement social et économique, il est nécessaire de s'attaquer aux principales causes de la charge de morbidité. Ces causes comprennent l'impact du SIDA, de la tuberculose et du paludisme, qui sont sans doute les principales causes de morbidité et de mortalité prématurée sur le continent. Compte tenu de ces graves menaces pour le développement de l'Afrique, ses dirigeants ont fait preuve de leadership et de volonté politique pour combattre ces fléaux. Ce cadre a identifié les lacunes, les défis et les opportunités qui existent sur le continent africain en vue de mettre fin au SIDA, à la tuberculose et au paludisme dans le contexte des objectifs d'Abuja +12.

Le cadre catalytique 2016-2030 a été adopté avec la vision de créer une « Afrique sans SIDA, tuberculose et paludisme. »

On s'attend à ce que le continent africain, par le biais du cadre catalytique qui est cohérent avec l'Agenda 2063 et l'Agenda 2030, mette fin à ces trois maladies en Afrique d'ici 2030. Son approche est la mise en œuvre cohérente des objectifs de l'Agenda 2063 de l'UA et d'autres aspirations mondiales. La Figure 15 ci-dessous présente les principaux instruments et les échéances.

FIGURE 15 – INSTRUMENTS CLÉS ET ÉCHÉANCES POUR LA PROMOTION ET L'APPLICATION DE L'ESAF, DE LA SSR&DR ET DU VIH (SCHEMA ORIGINAL À TÉLÉCHARGER AVEC SUPPORT GRAPHIQUE)



6.4 LA STRATÉGIE DE L'UA EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ DES SEXES ET DE L'AUTONOMISATION DES FEMMES

En 2018, l'UA a adopté sa première Stratégie pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (2018-2028), afin de réaffirmer son engagement à faire progresser l'égalité des sexes. La Stratégie pour l'égalité des sexes contribue à renforcer/catalyser l'intégration du genre dans l'UA, conformément à l'Agenda 2063²⁵¹, au Protocole de Maputo et aux Objectifs de développement durable (ODD). Plus précisément, la stratégie en matière d'égalité des sexes contribue à la réalisation de l'Aspiration 6 de l'Agenda 2063 par l'instauration d'une « pleine égalité entre les hommes et les femmes dans tous les domaines de la vie » et exige, entre autres, la ratification, l'intégration et la mise en œuvre intégrale du protocole de Maputo.²⁵² La Direction Femmes, Genre et Jeunesse (DFGJ) de la CUA a mené un vaste processus de consultation impliquant les départements, divisions et organes de la CUA, les structures de genre des CER, les mécanismes nationaux de genre, le système des Nations Unies, les OSC locales, nationales, régionales et internationales et les organisations confessionnelles.

Le mariage des enfants, les mutilations génitales féminines, la violence à caractère sexiste à l'encontre des femmes et d'autres pratiques néfastes figuraient parmi les principales priorités, tout comme l'éradication de la mortalité maternelle évitable, du VIH et du SIDA.

La stratégie exhorte les États membres à garantir des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) abordables et accessibles, en mettant particulièrement l'accent sur la SSR des jeunes (notamment en ce qui concerne les grossesses chez les adolescentes, l'exploitation sexuelle à des fins commerciales, le manque de services de SSR adaptés aux jeunes et la violence/le harcèlement sexuel dans les écoles). La stratégie de genre est fondée sur

les dispositions clés de l'ESAF et des droits des femmes dans les cadres normatifs mondiaux et continentaux, y compris l'Agenda 2063 et les Objectifs de développement durable. Parmi les engagements clés notables, citons :

- Aspiration 1 - Une Afrique prospère fondée sur une croissance inclusive et un développement durable.
- Aspiration 3 - Une Afrique où règnent la bonne gouvernance, la démocratie, le respect des droits humains, la justice et l'État de droit.
- Aspiration 6 – Une Afrique dont le développement est axé sur les personnes, qui s'appuie sur le potentiel des Africains, en particulier des femmes et des jeunes, et qui prend soin des enfants.²⁵³

Les principaux résultats de la transformation d'ici 2023 sont les suivants :

- Réduire d'un tiers toutes les formes de violence à l'égard des femmes.
- Mettre fin à toutes les normes sociales et pratiques coutumières néfastes.
- Réduire d'un quart la proportion du chômage des jeunes en 2013.

6.5 LA COMMISSION AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES (CADHP), CHARTE DE BANJUL

La CADHP a élaboré des observations générales ainsi que des directives sur des sujets spécifiques, afin de fournir des conseils d'interprétation aux États membres sur les dispositions du Protocole de Maputo et la réponse requise de l'État en matière de droits des femmes et des filles.

Elle reconnaît que les personnes porteuses du VIH et les personnes à risque constituent actuellement l'un des groupes les plus vulnérables exposés à de graves violations des droits humains en Afrique.

Elle comporte cinq articles clés :

- Article 2 – La non-discrimination
- Article 16 – Le droit à la santé
- Article 17 – Le droit à l'éducation
- Article 18(4) – L'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
- Article 22 – Le droit au développement

Actuellement, deux pays ont ratifié le protocole et sept pays l'ont ratifié avec des réserves, principalement les dispositions relatives aux droits des femmes et des filles, au mariage et à l'accès à des avortements sûrs. Treize (13) pays n'ont pas (encore) ratifié le Protocole de Maputo.

6.6 LE PROTOCOLE DE MAPUTO

Ce protocole novateur sur les droits des femmes et des filles a été adopté en 2003 et est entré en vigueur en 2005.

²⁵⁴Le Protocole de Maputo est un instrument progressiste qui contient des dispositions fortes concernant la violence à l'égard des femmes, les pratiques néfastes, les mutilations génitales féminines, le mariage des enfants, la santé sexuelle et reproductive, l'accès à l'avortement sans risque, le VIH et le SIDA.

Il comprend 32 articles et une définition explicite de la discrimination à l'égard des femmes et accorde une attention particulière aux femmes et aux filles vulnérables et marginalisées. Voici certains de ces articles :

- Article 2 – L'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
- Article 3 – Le droit à la dignité
- Article 4 – Droits à la vie, à l'intégrité et à la sécurité de la personne
- Article 6 – Dispositions relatives au mariage²⁵⁵
- Article 8 – Accès à la justice et égalité de protection devant la loi²⁵⁶
- Article 12 – Le droit à l'éducation et à la formation

Les progrès en matière de ratification du protocole ont été lents. Seuls 42 des 55 États membres de l'UA ont ratifié le traité, 16 ans après son adoption.

6.7 LA DÉCLARATION SOLENNELLE SUR L'ÉGALITÉ DES SEXES EN AFRIQUE

En juillet 2004, les États membres de l'UA ont adopté la Déclaration solennelle sur l'égalité des sexes en Afrique pour réaffirmer leur engagement en faveur de l'égalité des sexes, de la parité entre les sexes et des droits fondamentaux des femmes et des filles, tels qu'ils sont consacrés par l'Article 4(L) de l'Acte constitutif de l'UA ainsi que d'autres engagements internationaux, régionaux et nationaux.

La Déclaration solennelle engage les États membres de l'UA à :

- Accélérer la mise en œuvre de mesures économiques, sociales et juridiques sexospécifiques visant à lutter contre la pandémie de VIH/SIDA et mettre effectivement en œuvre les déclarations d'Abuja et de Maputo sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes ;
- S'engager à faire en sorte que les traitements et les services sociaux soient accessibles aux femmes au niveau local, ce qui permettra de mieux répondre aux besoins des familles qui reçoivent les soins ;
- Promulguer des lois pour mettre fin à la discrimination à l'encontre des femmes vivant avec le VIH/SIDA et pour la protection et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA, en particulier les femmes ;
- Augmenter les allocations budgétaires dans ces secteurs afin d'alléger la charge des soins pour les femmes ;
- En outre, elle engage les États membres de l'OUA à assurer la pleine participation des femmes aux processus de paix et à lancer une campagne pour mettre fin à la violence à caractère sexiste, ainsi qu'à développer et à promouvoir la parité entre les sexes, à assurer l'éducation des filles et l'alphabétisation des femmes, et à promouvoir et protéger tous les droits humains des femmes. Voici quelques-unes des dispositions pertinentes.

- Paragraphe 1 – Accélérer la mise en œuvre de mesures économiques, sociales et juridiques sexospécifiques visant à lutter contre la pandémie de VIH/SIDA [...] ;
- Paragraphe 4 – Initier, lancer et engager dans un délai de deux ans des campagnes publiques soutenues contre la violence à caractère sexiste... Renforcer les mécanismes juridiques qui protégeront les femmes au niveau national et mettre fin à l'impunité des crimes commis à l'encontre des femmes [...] ;
- Paragraphe 8 – Prendre des mesures spécifiques pour assurer l'éducation des filles et l'alphabétisation des femmes, notamment dans les zones rurales, afin d'atteindre l'objectif de « L'éducation pour tous ».

6.8 LE PLAN D'ACTION DE MAPUTO

Suite à la révision du Plan d'Action de Maputo 2007-2015, le PAdM 2016-2030 a été adopté en s'appuyant sur dix domaines d'action stratégiques, notamment : l'engagement politique, la législation en matière de santé, l'égalité des sexes, l'autonomisation des filles et des femmes et le respect des droits de l'homme, l'investissement dans les besoins en SSR des adolescents et des jeunes²⁵⁷, et les partenariats et collaborations. Le PAdM 2016-2030 exhorte les gouvernements africains, la société civile, le secteur privé et les partenaires de développement multisectoriels à unir leurs forces et à redoubler leurs efforts.

Dans le domaine de la prestation de services, il a mis l'accent sur l'intégration de la santé sexuelle et reproductive et des droits en matière de reproduction (SSR&DR) dans le programme de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

L'objectif ultime du PAdM 2016-2030 est de mettre fin aux décès évitables de mères, de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents en développant l'utilisation de la contraception, en réduisant les niveaux d'avortement à risque, en mettant fin aux mariages d'enfants, en éradiquant les pratiques traditionnelles néfastes, notamment les MGF, en éliminant toutes les formes de violence et de discrimination à l'égard des femmes et des filles et en garantissant l'accès des adolescents et des jeunes à la SSR d'ici 2030 dans tous les États membres de l'UA.

6.9 LA CHARTE AFRICAINE DES DROITS ET DU BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT

Un important cadre normatif concernant les enfants, également appelé la Charte africaine des enfants, a été adopté en 1990 et est entré en vigueur en 1999. Il s'agit de la plus importante charte régionale sur les droits de l'enfant²⁵⁸. Sa mise en œuvre est contrôlée par le Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant, qui a élaboré un plan d'action sur les orphelins et les enfants vulnérables²⁵⁹.

Le plan d'action met l'accent sur l'allocation de ressources pour la mise en œuvre de programmes pour les enfants, l'amélioration des chances de vie des enfants, la lutte contre le VIH et le SIDA pour assurer la survie des enfants, le développement du potentiel des enfants en réalisant leur droit à l'éducation, la protection des enfants pour assurer leur développement, leur survie et la participation des enfants.

Les principaux articles d'engagement sont :

- Article 3 – La non-discrimination
- Article 11 – Le droit à l'éducation²⁶⁰
- Article 14 – Le droit à la santé et aux services de santé
- Article 16 – La protection contre les abus et la torture des enfants
- Article 21 – Le protection contre les pratiques sociales et culturelles néfastes

En 2016, le CAEDBE (Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant) a établi un programme de 25 ans intitulé « Agenda 2040 : Une Afrique pour les enfants ». L'objectif principal de l'Agenda est de restaurer la dignité de l'enfant africain en évaluant les réalisations et les défis rencontrés en vue de la mise en œuvre effective de la Charte africaine de l'enfant. En approfondissant le paragraphe 53 de l'Agenda 2063, l'Agenda vise à établir des stratégies à long terme qui contribueront à soutenir et à protéger les droits de l'enfant en Afrique. L'objectif global est de développer des objectifs significatifs et des domaines prioritaires sur lesquels les États membres respectifs et l'Union Africaine s'engagent pour les 25 prochaines années²⁶¹.

6.10 LA CHARTE AFRICAINE DE LA JEUNESSE

La Charte africaine de la jeunesse a été adoptée en 2006 pour répondre à la nécessité de donner la priorité au développement et à l'autonomisation des jeunes²⁶². Elle contient plusieurs articles importants sur la jeunesse.

- Article 13 qui préconise l'éducation et le développement des compétences²⁶³,
- Article 13.4 – Enseignement secondaire progressivement gratuit ;
- Article 13.4 (h) – Le droit à l'éducation des filles enceintes ;
- Article 13.4 (n) – Le droit à un enseignement des compétences de la vie courante adapté à la culture ;
- Article 16 – Le droit à la santé^{264,265}.

Elle souligne la nécessité de renforcer la participation des jeunes aux débats et à la prise de décision sur le développement du continent et cherche à garantir leur implication effective dans le programme de développement.

Elle réitère la nécessité de protéger et de réaliser les droits fondamentaux des jeunes et des filles à accéder à la connaissance pour se protéger, y compris sur le VIH/SIDA, la santé reproductive, les pratiques culturelles nuisibles (Art.13, Art.16).

Elle appelle à l'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence à l'égard des filles et des jeunes femmes et à la protection de leurs droits, afin de leur garantir un accès égal aux soins de santé, à l'éducation et aux opportunités économiques. (Art.23).

6.11 LA DÉCENNIE DE LA FEMME AFRICAINE (DFA)

Lancée en 2010 par l'UA, le but de la DFA est de faire progresser l'égalité des sexes en accélérant la mise en œuvre des décisions et engagements mondiaux et régionaux concernant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles, par une approche à la fois descendante et ascendante, y compris la participation de la population. Son principal objectif est de « renforcer la mise en œuvre des engagements des États membres de l'Union Africaine en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation des femmes et de soutenir les activités qui entraînent des changements positifs tangibles pour les femmes africaines à tous les niveaux ».

Parmi ses objectifs figurent la santé des femmes, la mortalité maternelle et le VIH/SIDA, dont les sous-objectifs sont les suivants :

- I. Améliorer la santé des femmes
- II. Réduire la mortalité maternelle
- III. S'attaquer au VIH/SIDA et ;
- IV. S'attaquer au VIH/SIDA : charge inappropriée pour les femmes et les filles en termes d'infections, de propagation et d'augmentation de la charge de travail, ainsi qu'un accès inégal aux ARV, à une bonne nutrition et aux services médicaux formels.

Lors de la 33^{ème} session ordinaire de la Conférence qui s'est tenue à Addis-Abeba, en Éthiopie, en février 2020, l'UA a adopté la nouvelle phase de la DFA 2020-2030 sous le thème « Inclusion financière et économique des femmes africaines ». La Décennie continue de faire avancer les priorités clés définies lors de la première décennie, notamment la santé des femmes, la mortalité maternelle et le VIH/SIDA, et cherchera à mobiliser un engagement politique soutenu par un engagement financier concret pour une réponse au VIH sexotransformatrice à tous les niveaux dans les États membres de l'UA.

6.12 ACTIONS PRIORITAIRES CLÉS POUR LA RÉALISATION DU PROGRAMME D'ACTION DE PÉKIN

Les ministres africains chargés du genre et des affaires féminines, qui ont participé à la 9^{ème} Conférence régionale africaine sur les femmes pour l'examen de vingt ans de la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'Action de Pékin (PAAdP) à Addis-Abeba, en Éthiopie, le 19 novembre 2014, ont adopté la Déclaration d'Addis-Abeba sur l'accélération de la mise en œuvre du Programme d'action de Pékin, appelant leurs gouvernements respectifs à réaliser l'égalité des sexes d'ici 2030, comme l'énonce la Déclaration de l'Union Africaine (UA) sur l'Agenda 2063.

Entre autres, en faisant progresser le pilier clé sur la santé reproductive des femmes et le VIH/SIDA, les ministres ont appelé à des actions visant à améliorer l'accès de toutes les femmes et filles à la prévention, aux traitements et aux médicaments afin de réduire l'impact négatif du VIH/SIDA sur les femmes. Ils ont en outre appelé à des actions visant à intensifier les mesures de prévention combinées du VIH/SIDA pour les jeunes femmes et les filles et à étendre les programmes visant à éliminer la transmission de la mère à l'enfant.

Parmi les actions prioritaires clés relatives à la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'Action de Pékin, citons :

- L'investissement dans l'éducation, la formation, la science et la technologie pour les femmes et les filles afin de promouvoir leur accès égal à l'emploi et d'éliminer la ségrégation professionnelle ;
- L'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence à l'égard des femmes et des filles comme condition préalable à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes.

De même, lors du 25^{ème} anniversaire et de l'examen régional pour l'Afrique de la Déclaration et du Programme d'Action de Pékin réalisés en octobre 2019, les ministres du Genre et des Affaires féminines ont reconnu que le VIH/SIDA reste l'un des moteurs des taux élevés de mortalité maternelle en Afrique. Ils ont également reconnu que les lois et les pratiques punitives et discriminatoires continuent de saper et de bloquer l'accès aux services de santé et de VIH pour les groupes vulnérables, y compris la stigmatisation et la discrimination pour atteindre les groupes vulnérables en assurant leur droit à des soins de santé non discriminatoires et à des services de VIH/SSR&DR.

Les États membres ont indiqué qu'ils avaient lancé des initiatives tenant compte de la problématique hommes-femmes pour lutter contre les maladies sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA et les problèmes de santé sexuelle et reproductive, et ont noté que des progrès avaient été réalisés en matière d'investissements, notamment dans le dépistage des patients atteints de tuberculose et de VIH/SIDA et dans l'amélioration de l'accès aux services destinés à alléger la prévalence de la maladie sur les femmes et les filles. Ils ont toutefois souligné la nécessité d'assurer l'accès universel aux soins de santé, y compris pour le VIH et les services de santé sexuelle et reproductive, en tant que priorités pour atteindre les objectifs de santé dans le cadre des engagements politiques mondiaux et régionaux, tels que les ODD, les aspirations de l'Agenda 2063, le Cadre catalytique de l'Union Africaine pour mettre fin au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030, le Plan d'action de Maputo sur la santé sexuelle et reproductive 2016-2030, et plus récemment la stratégie de la CDAA en matière de santé sexuelle et reproductive 2019-2030. Ils ont également appelé à l'abandon des stéréotypes négatifs, des normes sociales et des pratiques traditionnelles néfastes qui perpétuent les inégalités au sein des sociétés, afin de changer la donne en matière d'égalité des sexes.

6.13 CAMPAGNES DE L'UA ET MÉCANISMES DE RESPONSABILITÉ RELATIVES À L'ESAF ET AU VIH

6.13.1 CAMPAGNE POUR UNE RÉDUCTION ACCÉLÉRÉE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE (CRAMM)

Cette campagne s'inscrit dans la vision de l'UA qui consiste à éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants et à maintenir leurs mères en vie. En 2009, la Campagne pour une réduction accélérée de la mortalité maternelle en Afrique (CRAMM)^{266,267} a été lancée par la CUA en réponse à la crise des décès maternels élevés,

en plaçant fermement la mortalité maternelle à l'ordre du jour de l'UA. L'objectif principal de la CRAMM est d'étendre la disponibilité et l'utilisation de services de santé de qualité universellement accessibles, y compris ceux liés à la SSR. La campagne vise à atteindre cet objectif en générant et en fournissant des données sur les décès maternels et néonataux et en renforçant l'engagement politique. En s'appuyant sur les efforts existants et en mobilisant les ressources nationales pour soutenir la santé maternelle et néonatale, les campagnes cherchent à accélérer les actions visant à réduire la mortalité maternelle et infantile en Afrique²⁶⁸.

6.13.2 FREE TO SHINE (« NÂTRE LIBRE POUR BRILLER »)²⁶⁹

« Free to Shine » est une nouvelle campagne de sensibilisation panafricaine lancée en janvier 2018 par l'UA et l'Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le VIH/SIDA (OPDAS). L'objectif principal est de mettre fin au SIDA chez les enfants en sensibilisant à l'épidémie de VIH chez les enfants et à l'importance cruciale de donner la priorité aux femmes et aux enfants. Ceci passe par l'accent mis sur l'importance de supprimer les obstacles qui empêchent les femmes et les mères de s'engager dans des services de santé liés au VIH et au SIDA pour elles-mêmes et leurs enfants. L'approche consiste à mobiliser des ressources et à donner la priorité à la fourniture de services de santé efficaces et durables en matière de VIH/SIDA, accessibles à tous ceux qui en ont besoin.

Outre les engagements mondiaux et continentaux en faveur de l'intégration de la dimension de genre dans la lutte contre le VIH, plusieurs initiatives des États membres ont été couronnées de succès.

6.13.3 CAMPAGNE DE L'UNION AFRICAINE POUR METTRE FIN AU MARIAGE DES ENFANTS

La campagne reconnaît que le mariage des enfants est un facteur clé du VIH/SIDA, qui rend les filles plus vulnérables aux multiples discriminations et violations des droits de l'homme²⁷⁰. L'objectif principal de cette campagne est d'accélérer la fin du mariage des enfants en Afrique en sensibilisant le continent aux effets du mariage des enfants. La campagne vise à promouvoir, protéger et défendre les droits des femmes et des filles en Afrique²⁷⁰. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Promouvoir la mise en œuvre effective des instruments juridiques et politiques de l'UA ayant un rapport avec les jeunes/adolescents, en particulier les petites filles, afin de favoriser le respect de leurs droits fondamentaux ;
- Promouvoir et soutenir les États membres de l'UA dans l'élaboration, le lancement et la mise en œuvre de stratégies et de programmes nationaux, y compris la création d'un mouvement social au niveau local impliquant des avocats, des magistrats, des juges, des enseignants, des travailleurs sociaux et de santé, des chefs traditionnels et religieux, des hommes et des garçons, entre autres, afin de prévenir et de mettre fin au mariage des enfants en tant que question de droits humains et pratique traditionnelle préjudiciable ;
- Promouvoir l'accès universel à l'enregistrement des naissances, à une éducation de qualité et à des services de santé sexuelle et reproductive et de droits en matière de reproduction (SSR&DR), notamment en répondant aux besoins non satisfaits des adolescents mariés et non mariés en matière de planification familiale ;
- Renforcer la base factuelle nécessaire à la conception et à la mise en œuvre de politiques et de programmes efficaces pour ramener le mariage des enfants à une échelle réduite, voire inexistante ;
- Contribuer à la mise en œuvre du point cinq (5) des huit (8) domaines prioritaires de la Commission de l'Union Africaine (2014-2017) sur « l'intégration des femmes et des jeunes dans toutes les activités de la CUA et du continent au sein d'un mécanisme de collaboration et de coordination interdépartementale ».

La campagne s'appuie sur les activités existantes des gouvernements et des partenaires pour mettre fin au mariage des enfants et se fonde sur la sensibilisation, le suivi et l'évaluation (S&E) ainsi que sur la facilitation de l'assistance technique et le renforcement des capacités²⁷⁰.

6.13.4 « AIDS WATCH AFRICA »

Créée lors du Sommet spécial d'Abuja en 2001, AIDS Watch Africa (AWA) est une entité statutaire de l'Union Africaine et un mécanisme de responsabilisation pour les États membres de l'UA. Son mandat spécifique est de mener des efforts de plaidoyer, de responsabilisation et de mobilisation des ressources afin de faire progresser une riposte africaine robuste dans l'optique de mettre fin au SIDA, à la tuberculose et au paludisme d'ici 2030. Elle dispose d'un cadre stratégique (2016-2030) reposant sur cinq piliers essentiels, à savoir (1) le leadership et la gouvernance, (2) l'appui politique et l'appropriation, (3) la mobilisation d'une réponse efficace et de ressources suffisantes, (4) la responsabilisation et la surveillance des résultats et (5) l'information pour l'action.

Toutefois, pour lutter contre le VIH/SIDA, il est nécessaire que la pleine réalisation des droits humains pour tous soit un élément essentiel de la riposte mondiale. C'est particulièrement important dans les domaines de la prévention, des soins, de l'appui et du traitement. Une approche fondée sur les droits humains réduit la vulnérabilité des individus au VIH/SIDA, prévient la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou risquant de le contracter²⁷¹ (paragraphe 16).

“

“La croyance est qu'une femme est une personne dirigée par (ou sous le commandement d'un) homme, donc même si elle est battue, elle sait que cela fait partie de sa vie ; c'est la raison pour laquelle beaucoup ne signalent pas.”

Bureau Genre de la Police

”

7

SÉLECTIONNER LES PRATIQUES PROMETTEUSES EN MATIÈRE D'INITIATIVES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA TENANT COMPTE DE LA DIMENSION DE GENRE ET DES ENJEUX MAJEURS

7.1 PRATIQUES PROMETTEUSES

Plusieurs initiatives/programmes ont été mis en œuvre à travers l'Afrique et ont affiché d'excellents résultats.

FORMATION DES ORGANISMES NATIONAUX DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA SUR L'ÉGALITÉ DES SEXES

- Dix-sept organismes nationaux de coordination de la lutte contre le SIDA ou autres institutions gouvernementales responsables de la coordination de la riposte nationale au VIH ont amélioré leurs connaissances, leurs compétences et leurs capacités à lutter contre les inégalités entre les sexes dans les politiques et les programmes de lutte contre le VIH, avec l'appui d'ONU Femmes.
- Cela a conduit à une analyse sexospécifique de l'épidémie de VIH dans la planification, à l'intégration de priorités et d'actions sexospécifiques dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH, à l'utilisation d'indicateurs sexospécifiques pour suivre les progrès, à un engagement significatif des femmes porteuses du VIH et à la mise en œuvre d'initiatives communautaires fondées sur des preuves pour prévenir la double pandémie de VIH et de violence à l'égard des femmes.
- Par exemple, la Commission ougandaise de lutte contre le SIDA a établi un tableau de bord central avec des indicateurs sensibles au genre pour suivre les progrès des principales priorités en matière d'égalité des sexes dans la mise en œuvre du plan stratégique national de lutte contre le VIH et le SIDA.

FAIRE PARTICIPER LES FEMMES PORTEUSES DU VIH AUX PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION EN CE QUI CONCERNE LA RIPOSTE AU VIH

- Les femmes porteuses du VIH à travers 30 pays se sont engagées dans les processus décisionnels autour de la riposte au VIH grâce au plaidoyer ciblé mené par ONU Femmes et d'autres partenaires concernés. En 2018-2019, 10 000 femmes porteuses du VIH ont directement bénéficié du soutien d'ONU Femmes, ce qui s'est traduit par un renforcement des compétences en matière de plaidoyer et de leadership, une participation élargie aux espaces décisionnels de la riposte au VIH et un accès accru aux services liés au VIH.
- ONU Femmes a convoqué des espaces permettant aux femmes porteuses du VIH de collaborer avec les institutions de santé pour identifier et traiter la stigmatisation et la discrimination auxquelles les femmes sont confrontées lorsqu'elles accèdent aux services liés au VIH. Par exemple, en Afrique du Sud, ONU Femmes a

revitalisé le travail et renforcé la capacité du secteur des femmes du Conseil national du SIDA à participer et à influencer l'examen à mi-parcours de la stratégie nationale de lutte contre le VIH pour 2017-2022, en répondant aux priorités spécifiques auxquelles les femmes et les filles sont confrontées dans le contexte du VIH.

INITIATIVE COMMUNAUTAIRE HEFORSHE (« LUI POUR ELLE »)

- Dans 15 pays, ONU Femmes a intensifié les interventions fondées sur des données probantes pour transformer les normes sexospécifiques inégales afin de prévenir la violence contre les femmes et le VIH, de réduire la stigmatisation et la discrimination fondées sur le sexe, et d'améliorer l'accès au dépistage du VIH et l'adhésion au traitement du VIH.
- Dans trois districts d'Afrique du Sud, l'initiative communautaire HeForShe d'ONU Femmes sur l'engagement des hommes et la transformation des normes néfastes pour prévenir la violence et le VIH a impliqué 39 577 personnes dans 206 tavernes, soupes populaires et églises, ce qui a permis d'améliorer les attitudes et les comportements et d'augmenter le recours au dépistage du VIH.
- En 2018 et ce en seulement huit mois, 22 579 bénéficiaires (46 % de femmes et 54 % d'hommes), soit 57 %, se sont fait dépister et ont été mis en relation avec un traitement et des soins. L'initiative comprenait des dialogues réguliers au niveau communautaire concernant la violence et la prévention du VIH, menés par des « agents de changement » formés - propriétaires de tavernes et chefs religieux.
- En 2019, ONU Femmes a étendu son travail à huit autres communautés les plus pauvres, où des dialogues au niveau communautaire et des groupes de soutien par les pairs discutant des normes de genre inégales et des masculinités néfastes, ainsi que des conseils sur le VIH, ont permis à 17 781 hommes qui avaient été perdus de vue de recommencer et de respecter leur traitement contre le VIH.
- ONU Femmes a adapté sa méthodologie HeForShe et l'a déployée au Malawi et au Zimbabwe.

OPÉRATIONNALISATION DE LA RÉOLUTION 60/2

La Résolution 60/2 de la Commission de la condition de la femme (CCF) sur les femmes, les filles et le VIH/SIDA offre un cadre pour aborder les aspects sexospécifiques de l'épidémie, y compris les normes et pratiques sexospécifiques néfastes, ainsi que les aspects de SSR&DR dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

L'UA, les États membres ont montré leur engagement à mettre en œuvre la résolution par des mesures politiques, juridiques, institutionnelles et autres au niveau national en Afrique.²⁷² À titre d'exemple :

- Les États membres sont instamment priés d'adopter et de mettre en œuvre des mesures qui favorisent l'accès, le maintien et l'achèvement de l'éducation des filles, y compris le rattrapage et l'alphabétisation de celles qui n'ont pas reçu d'éducation formelle, des initiatives spéciales pour maintenir les filles à l'école jusqu'à la fin de l'enseignement primaire, y compris celles qui sont déjà mariées ou enceintes, ou qui s'occupent de personnes vivant avec ou affectées par le VIH/SIDA, et d'adopter des mesures de protection sociale en tant que stratégies de protection pour réduire les nouvelles infections par le VIH chez les jeunes femmes et les filles ;
- Les gouvernements sont instamment invités à promouvoir la participation, la contribution et le leadership actifs et significatifs des femmes et des filles porteuses du VIH, des acteurs de la société civile, du secteur privé, des jeunes et des organisations de jeunes hommes et de femmes, dans la lutte contre le VIH/SIDA sous tous ses aspects, y compris la promotion d'une approche sexospécifique de la réponse nationale ;
- Les gouvernements sont invités à adopter et à intensifier la mise en œuvre de lois, de politiques et de stratégies visant à éliminer toutes les formes de violence et de discrimination à caractère sexiste à l'égard des femmes et des filles dans les sphères publique et privée, ainsi que les pratiques néfastes, telles que le mariage précoce et forcé, les mutilations génitales féminines et la traite des personnes, et à garantir la pleine participation des hommes et des garçons afin de réduire la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH.

La région de la CDAA en particulier s'est faite la championne de la mise en œuvre de la résolution en adoptant un programme d'action pour mettre en œuvre la Résolution 60/2 de la Commission de la condition de la femme en 2017. Le programme d'action cherche à utiliser un guide stratégique en cinq points avec des indicateurs de progrès tels que le cadre de suivi et d'évaluation de la CDAA sur le genre ainsi que d'autres cadres mondiaux et régionaux. Il met en évidence les objectifs mondiaux et régionaux pour assurer l'alignement sur les ODD et la Déclaration politique sur le SIDA et propose des mécanismes pour renforcer le soutien et la responsabilité au niveau régional. Son levier central est une approche d'égalité des sexes pour la prévention du VIH et la réponse au SIDA en s'attaquant aux facteurs structurels de l'inégalité.

Dans le cadre de la stratégie de plaidoyer, la région de la CDAA coordonne des plateformes de dialogue lors de chaque session annuelle de la Commission de la condition de la femme afin d'obtenir un engagement en faveur de la responsabilisation et de la communication régulière des progrès réalisés conformément aux engagements mondiaux, continentaux et régionaux.

En outre, les ministres de la santé de la CDAA ont adopté le tableau de bord de la CDAA pour la prévention du VIH en 2018 afin de compléter les efforts visant à renforcer le suivi, entre autres, des progrès accomplis dans la réalisation des indicateurs d'égalité entre les sexes adoptés dans le programme d'action et d'autres engagements clés en matière de VIH.

LÉGISLATION VISANT À LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION À CARACTÈRE SEXISTE

- L'Algérie, le Kenya, le Sénégal et le Zimbabwe font partie des treize pays qui ont réformé leurs lois au cours des dix dernières années dans le but de lutter contre les discriminations de genre, notamment celles qui concernent la transmission de la nationalité à leurs conjoints et à leurs enfants.
- Au Swaziland, une loi nationale sur les infractions sexuelles et la violence domestique (2018) a été promulguée pour permettre la protection des adolescentes et des jeunes femmes contre les abus.

ÉRADICATION DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES ET DES MARIAGES D'ENFANTS

- Vingt des vingt-neuf pays qui pratiquaient traditionnellement les mutilations génitales féminines disposent de lois spécifiques contre cette pratique sur le continent.
- La Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a adopté un cadre stratégique visant à renforcer les systèmes nationaux de protection de l'enfance et à protéger les enfants contre la violence. Ce cadre compte le mariage des enfants parmi les cinq domaines d'action prioritaires. C'est la première fois que le mariage des enfants figure en bonne place dans un document politique essentiel de la CEDEAO ! Le Kenya, le Bénin et la Guinée ont également lancé la campagne de l'UA pour mettre fin au mariage des enfants en Afrique, ce qui porte à 21 le nombre de pays qui l'ont lancé.
- Le Malawi a officiellement interdit le mariage des enfants, en modifiant sa Constitution pour tenir compte de la législation adoptée en 2015 qui a porté l'âge du mariage à 18 ans.
- Région de la CDAA : Depuis 2016, la région de la CDAA a élaboré sa loi type afin de créer un cadre juridique solide et uniforme relatif à l'interdiction et à la prévention du mariage des enfants et constitue une voie essentielle pour aborder les droits en matière de santé sexuelle et reproductive. L'objectif de la loi type est donc de servir d'étalon et d'outil de plaidoyer pour les législateurs de la région de la CDAA. Elle fournit également un langage de meilleures pratiques sans failles qui peut être facilement adopté ou adapté par les États membres dans leurs lois traitant de l'éradication du mariage des enfants.²⁷³

ACCÈS AUX SERVICES ET PRODUITS DE SSR&DR :

Dans l'ensemble, l'Afrique du Nord a fait d'importants progrès pour ce qui est de la santé sexuelle et reproductive et de droits en matière de reproduction.

- La loi tunisienne protège le droit de la femme à décider de pratiquer la contraception ou l'avortement²⁷⁴. Presque toutes les femmes tunisiennes vivent à moins de 5 kilomètres d'une source de planification familiale. Elles attendent généralement l'âge de 27 ans environ pour se marier, contre 16 ans environ en Afrique subsaharienne et au Moyen-Orient.²⁷⁵
- En Égypte, 96 % des femmes vivent près d'un centre de planning familial et environ 60 % utilisent les services de ces centres.
- Le gouvernement algérien a mis en place une politique de planification familiale innovante qui rembourse les personnes qui achètent des contraceptifs. Plus de 90 % des naissances en Algérie et en Tunisie ont lieu dans des établissements de santé publique, ce qui réduit considérablement la mortalité maternelle et infantile dans ces pays.
- En Namibie et au Zimbabwe, la distribution et la promotion actives du préservatif pendant deux décennies ont conduit à un très fort taux d'utilisation du préservatif, se situant au dernier rapport sexuel avec des partenaires non réguliers.
- Le Kenya, le Maroc et l'Afrique du Sud ont fait des progrès dans l'introduction de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), et ces programmes peuvent donc guider l'introduction de la PrEP pour les populations les plus vulnérables dans d'autres pays.
- Le Lesotho et le Swaziland font état d'une couverture élevée des programmes parmi les adolescentes et les jeunes femmes, d'un niveau élevé d'utilisation du préservatif dans les relations non régulières dans ce groupe et d'une couverture croissante du traitement du VIH. Dans ces deux pays, la réduction de l'incidence du VIH s'est accélérée.
- Le Ghana et l'Ouganda ont progressé dans l'adoption de l'éducation aux compétences de la vie courante dans les écoles, dans le cadre du programme scolaire.
- La Côte d'Ivoire et le Zimbabwe ont des programmes à grande échelle pour les travailleurs du sexe.
- L'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont mené le plus grand nombre de CMMV [circoncision masculine médicale volontaire] en 2018 (1,5 million de garçons et d'hommes ont reçu une CMMV), ce qui démontre que l'intensification des services est possible.
- Le plan d'affaires du plan cadre pharmaceutique (PCP) pour l'Afrique est développé afin d'augmenter la capacité pharmaceutique. Le Kenya, l'Afrique du Sud, l'Ouganda et le Zimbabwe produisent maintenant des ARV préqualifiés par l'OMS.

FINANCEMENT INTÉRIEUR

- Entre 2006 et 2011, l'Afrique du Sud a contribué à hauteur de 2 milliards USD par an au financement national de la lutte contre le SIDA, soit le deuxième montant le plus important au monde.

LE PROGRAMME DU MALAWI POUR LES FILLES

- Après sa première année d'application, le programme de transfert conditionnel du Malawi a entraîné une forte augmentation de la scolarisation autodéclarée, ainsi qu'une baisse des mariages précoces, des grossesses chez les adolescentes, de l'activité sexuelle et des comportements sexuels à risque.
- Il en ressort qu'en retournant ou en restant à l'école, les filles et les jeunes femmes ont considérablement retardé le début de leur activité sexuelle. En outre, les filles et les jeunes femmes qui étaient déjà sexuellement actives ont réduit la fréquence de leur activité sexuelle.
- Le programme a également retardé le mariage, qui est la principale alternative pour les jeunes femmes scolarisées au Malawi, et a réduit la probabilité qu'elles tombent enceintes²⁷⁶.

LE PROGRAMME « HER » EN TANZANIE

La Tanzanie est le pays qui a le plus progressé dans la lutte contre les infections au VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (AJF). Ces progrès ont été réalisés grâce à des programmes intégrés et complets destinés aux AJF, en particulier grâce aux efforts conjoints du gouvernement soutenus par l'initiative DREAMS du PEPFAR et par des programmes similaires soutenus par le Fonds Mondial (FM), l'UNICEF et le Tanzania Social Action Fund (Fonds d'Action Sociale de la Tanzanie, en abrégé, TASAF), qui visent à s'attaquer à une combinaison de facteurs structurels et biomédicaux du VIH chez les AJF.

Le fonds « HER Voice » du Fonds mondial reconnaît le rôle vital que jouent les adolescentes et les jeunes femmes dans la conduite et l'élaboration de la riposte au VIH. Il fournit de petites subventions à des groupes communautaires dirigés par des AJF afin de surmonter les obstacles logistiques, administratifs et linguistiques à la participation aux forums et aux processus de prise de décision, de sorte que les AJF puissent influencer les espaces de décision.

Les adolescentes et les jeunes filles se sont impliquées dans la riposte par le biais du programme phare HER, dont une composante - le HER Voice Fund - a été pilotée en Tanzanie entre 2018-2019 pour permettre aux AJF, grâce à l'octroi de petites subventions, de participer aux processus du Fonds Mondial (FM) et du niveau national.

Pour les AJF, en particulier, les preuves de la prévention combinée complète, y compris les transferts d'argent, le développement des compétences et les activités génératrices de revenus (AGR) pour les AJF non scolarisées, sont assez solides et valident des investissements supplémentaires dans le cadre de la riposte, étant donné les impacts positifs sur les connaissances et les résultats de santé, et le rôle possible dans la réduction des vulnérabilités socio-économiques conduisant à des rapports sexuels transactionnels. Compte tenu des liens entre le VIH et la violence à caractère sexiste (VCS), et des structures de pouvoir qui y sont liées, il est nécessaire d'investir davantage dans la réponse.

Bien qu'il soit logique de proposer des interventions intégrées de prévention et de dépistage de la VCS et de distribution de la PrEP aux adolescentes et jeunes femmes (AJF), comme le montre l'étude EMPOWERMENT (AUTONOMISATION) menée à Mwanza par le consortium STRIVE²⁷⁷, le manque de financement - puisque seulement 3 % du financement national du VIH est destiné aux AJF - reste un grand défi.

PEPFAR-DREAMS

Le programme se concentre sur la réduction du risque et de l'incidence du VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires masculins.

- Le programme visait à réduire de 40 % les infections par le VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes au Kenya, au Lesotho, au Malawi, au Mozambique, en Afrique du Sud, au Swaziland, en Tanzanie, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe entre 2015 et 2018.
- Il s'est focalisé sur l'isolement social, le désavantage économique, les normes culturelles discriminatoires, la condition d'orphelin, la violence à caractère sexiste et l'éducation.²⁷⁸
- Les données sur l'impact de DREAMS fournies par l'un des principaux donateurs du programme, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR), indiquent que les communautés ou les districts participant à DREAMS qui étaient les plus touchés par le VIH au début du programme ont vu les nouveaux diagnostics de VIH chez les jeunes femmes diminuer de 25 à 40 % en 2017.²⁷⁹

LA CAMPAGNE « SHE CONQUERS » EN AFRIQUE DU SUD

La campagne « She Conquers » a été une campagne nationale en Afrique du Sud de 2016 à 2019, visant à renforcer l'autonomie des adolescentes et des jeunes femmes.²⁸⁰ La Campagne s'est appuyée sur des données de 2015, qui suggèrent une charge disproportionnée du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes de 15 à 24 ans en Afrique du Sud. La charge élevée de VIH observée était aggravée par des niveaux élevés de grossesses

non planifiées chez les adolescentes, des taux élevés d'abandon scolaire et un faible niveau d'éducation, ainsi qu'une forte prévalence de la violence à caractère sexiste - le tout dans un contexte où les opportunités économiques étaient limitées pour les jeunes. Il en résulte qu'une grande partie de la population n'est pas en mesure de contribuer à l'économie nationale et que, par conséquent, un grand nombre d'entre eux connaissent des problèmes de santé publique²⁸⁰.

L'Afrique du Sud avait besoin d'une réponse stratégique fondée sur des données probantes pour « alléger le fardeau de la double morbidité et du désavantage qui pèse sur les épaules des jeunes femmes et libérer ses communautés de l'écheveau des problèmes sanitaires et sociaux ». La campagne, qui a été partiellement financée par le PEPFAR et le Fonds mondial, a adopté une approche ciblée pour intensifier et accélérer les efforts d'autonomisation des jeunes, en particulier des adolescentes et des jeunes femmes. La campagne propose un ensemble complet d'interventions visant à lever les obstacles auxquels se heurtent actuellement les jeunes femmes et les jeunes filles ; il s'agit d'interventions biomédicales, socio-comportementales et structurelles visant à améliorer l'accès à l'information, aux services et au soutien.²⁸⁰

Une étude complète de l'impact de la campagne doit encore être publiée, mais un rapport préliminaire montre une réduction des grossesses chez les adolescentes et une augmentation de l'adoption de comportements protecteurs chez les jeunes de certains districts²⁸¹.

LE PROJET SASA !

SASA ! signifie « Maintenant ! » en kiswahili. Cette approche globale combine des outils et un processus systématique de mobilisation communautaire pour prévenir la violence à l'égard des femmes et le VIH. SASA ! a été développé par Raising Voices [Faire entendre sa voix] et est mis en œuvre à Kampala, en Ouganda, par le Centre pour la prévention de la violence domestique (CPVD). SASA ! est un acronyme désignant un processus en quatre phases²⁸²:

- Se convaincre dès maintenant que la violence à l'égard des femmes et le VIH/SIDA sont des problèmes interconnectés et qu'il est nécessaire de s'attaquer personnellement à ces problèmes.
- Aviser les communautés sur leur passivité à laisser les hommes abuser de leur pouvoir sur les femmes ; cet abus d'autorité alimente le VIH/SIDA et la violence à l'égard des femmes.
- Soutenir les femmes et les hommes directement touchés ou impliqués dans ces problèmes pour qu'ils changent.
- Agir pour prévenir le VIH/SIDA et la violence à l'égard des femmes.

SASA ! adopte une approche innovante de la mobilisation communautaire. Plutôt que de fournir des informations factuelles sur la violence et les risques liés au VIH, SASA ! s'attaque au déséquilibre de pouvoir entre les femmes et les hommes qui sous-tend les deux épidémies.

- Les résultats secondaires d'une évaluation de SASA ! sur la violence conjugale ont révélé que les interventions de mobilisation communautaire étaient un moyen efficace de prévenir divers types d'abus, notamment la violence conjugale physique, la violence conjugale sexuelle, l'agression émotionnelle et les comportements dominateurs. SASA ! s'est intéressé aux abus à leurs balbutiements ainsi qu'aux abus de longue date.²⁸³
- Les activistes communautaires mènent un large éventail d'activités dans leur propre quartier afin de réduire l'acceptabilité sociale de la violence en influençant les connaissances, les attitudes, les compétences et les comportements en matière de genre, de pouvoir et de violence.²⁸⁴
- Lorsqu'il a été mis en œuvre dans quatre communautés, le programme a été associé à une incidence moindre et une acceptation significativement plus faible de la violence conjugale chez les hommes et les femmes, ainsi qu'à des réponses communautaires plus favorables aux femmes qui en ont été victimes. SASA ! a été mis en œuvre par plus de 25 organisations en Afrique subsaharienne dans des contextes divers tels que des communautés religieuses, rurales, réfugiées, urbaines et pastorales.²⁸⁵

CAMPAGNE DE L'UA POUR METTRE FIN AU MARIAGE DES ENFANTS

En 2014, la campagne de l'UA pour mettre fin au mariage²⁸⁶ des enfants a été lancée pour promouvoir, protéger et défendre les droits des femmes et des filles en Afrique. Le but de la campagne était d'accélérer la fin du mariage des enfants en Afrique en renforçant la prise de conscience continentale des implications de la pratique, en soutenant les actions juridiques et politiques dans la protection et la promotion des droits de l'homme ; en mobilisant la prise de conscience continentale de l'impact socio-économique négatif du mariage des enfants ; en construisant un mouvement social et une mobilisation sociale auprès de la population et aux niveaux nationaux et en augmentant la capacité des acteurs non étatiques à entreprendre un plaidoyer politique basé sur des faits concrets²⁸⁶. La campagne s'est efforcée de s'appuyer sur les activités existantes des gouvernements et des partenaires pour mettre fin au mariage des enfants. Elle est basée sur actions de persuasion ou plaidoyers, le suivi et l'évaluation (S&E) ainsi que sur la facilitation de l'assistance technique et le renforcement des capacités²⁸⁶.

La campagne vise à accélérer le changement à travers l'Afrique en encourageant les gouvernements à développer des stratégies, à sensibiliser et à s'attaquer à l'impact néfaste du mariage des enfants.^{286,287}

RELIGION, GENRE ET SIDA

- En Ouganda, par exemple, les imams de 850 mosquées incluent des informations sur le VIH dans les discours religieux et les sermons du vendredi.
- Les versets coraniques qui traitent de l'éthique et de l'intégrité sexuelles sont largement utilisés dans les campagnes éducatives et les séances de conseil. Près de 7 000 bénévoles communautaires ont visité plus de 100 000 foyers depuis 1992 pour diffuser le message de prévention.
- Au Swaziland, les leaders chrétiens et les chefs coutumiers sensibilisent aux obligations morales envers les enfants, notamment dans le contexte du SIDA.

LA COUVERTURE DE SANTÉ UNIVERSELLE

- Le Ghana a fait preuve d'innovation en matière de financement, sur la manière de regrouper les services et de renforcer la contribution du secteur public aux régimes nationaux d'assurance maladie.
- Au Ghana, nous constatons des niveaux raisonnables de couverture sanitaire. Ils ont beaucoup à partager avec le reste du continent.
- Le président du Kenya s'est fermement engagé à assurer la mise en place d'un système de santé universel.
- Certains États du Nigeria ont développé des partenariats intéressants dans lesquels des entités du secteur privé ont investi dans des soins de santé primaires abordables.

LE SUCCÈS DE L'ÉTHIOPIE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU SIDA

- Le succès de la lutte contre le VIH dans le pays est en grande partie dû au financement extérieur, soit 90 % du financement total pour le VIH entre 2011 et 2019, ainsi qu'à l'intégration sectorielle et au développement d'une réponse multisectorielle au VIH/SIDA.
- Conscient du lien entre le genre et le VIH, le gouvernement a réformé les cadres juridiques pour faciliter les mécanismes de coordination de la prévention du VIH par l'intégration sectorielle et l'élaboration d'un plan stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA.
- L'égalité des sexes a été intégrée dans les politiques et les programmes afin de remédier aux inégalités entre les sexes et de rendre les services plus adaptés aux réalités sociales, économiques et culturelles des utilisateurs et des bénéficiaires ; elle a également créé un environnement favorable au changement de comportement individuel et à la réduction des risques.
- Il existe une participation significative des communautés, des femmes porteuses du VIH (FPVIH) et des femmes membres d'autres populations clés.

- Pour les adolescentes et les jeunes femmes, des efforts ciblés et intensifiés sont déployés pour lutter contre les mutilations génitales féminines et créer des clubs de filles dans les écoles. La mise en œuvre d'interventions de prévention du VIH ciblant particulièrement les adolescentes et les jeunes femmes en tant que groupes de population prioritaires est également intensifiée.
- Par sa politique nationale de la jeunesse²⁸⁸ en 2004 suivie de la stratégie nationale pour la santé des adolescents et des jeunes (2016-2020). Les questions les plus pertinentes incluses dans la politique de la jeunesse²⁸⁹ en matière de VIH et de SSR&DR sont les suivantes :
 - Assurer leur participation à la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes qui nuisent à leur santé ;
 - Créer un environnement favorable pour que les jeunes se mobilisent sur la prévention et la lutte contre le VIH et apportent des changements de comportement ;
 - Veiller à ce que les jeunes bénéficient de services d'information, d'éducation, de communication et de conseil en matière de VIH ;
 - Accroître leur participation à la lutte contre le VIH et réduire leur vulnérabilité aux problèmes qui augmentent leur vulnérabilité à la pandémie ;
 - Fournir des soins et un soutien aux jeunes porteurs du VIH, y compris les orphelins du SIDA ;
 - Encourager et créer un environnement favorable aux jeunes porteurs du VIH dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Sous l'impulsion des politiques, engagements et cadres nationaux et continentaux susmentionnés au cours de la dernière décennie, l'UA et ses États membres ont réalisé des progrès considérables pour réduire l'incidence du VIH sur le continent. Toutefois, pour réduire les nouvelles infections au VIH à moins de 150 000 par an d'ici 2030, il faudra réduire de moitié le nombre de nouvelles infections au VIH chez les femmes et les filles, qui s'élève actuellement à 5 500 par semaine.

7.2 LES ENJEUX MAJEURS

L'Afrique a fait d'énormes progrès dans la réduction du nombre de nouvelles infections et de décès liés au VIH au cours de la dernière décennie. Toutefois, les progrès n'ont pas été constants dans toutes les régions et tous les pays du continent. Les enjeux majeurs sont les suivants :

- La stigmatisation et la discrimination restent un obstacle majeur à la lutte contre le VIH/SIDA. L'épidémie de peur, de stigmatisation et de discrimination a sapé la capacité des individus, des familles et des sociétés à se protéger et à apporter soutien et réconfort aux personnes touchées. Cela entrave considérablement les efforts visant à endiguer l'épidémie. Elle complique les décisions relatives au dépistage, à la divulgation du statut et à la capacité de négocier des comportements de prévention, notamment le recours aux services de planification familiale²⁹⁰.
- La pauvreté et l'analphabétisme généralisés, ainsi que l'instabilité politique, constituent des obstacles à la pérennisation des acquis.
- Les lois, les politiques et les cadres ne permettent pas de garantir les droits, les services ou l'accès équitable dans la pratique en raison d'une mise en œuvre médiocre et fragmentée.
- L'autonomisation limitée des femmes et des filles, associée à des pratiques néfastes, entrave la réalisation des engagements mondiaux, continentaux et nationaux.
- Les États membres de l'UA du Nord ne disposent pas d'assez d'informations, ce qui entrave les efforts du continent pour lutter contre les inégalités entre les sexes et le VIH dans cette région.
- Il y a un manque d'approches stratégiques intersectionnelles et multisectorielles pour lutter contre le VIH/SIDA. Il en résulte un manque d'accès aux services de base pour le VIH et la violence à caractère sexiste (VCS). Lorsque des services d'appui de base existent, ils sont généralement sous-financés, de qualité insuffisante, et/ou manquent de personnel correctement formé pour fournir un appui et des soins.
- L'engagement politique envers la mise en œuvre des programmes nationaux est limité. Cela prive les programmes de ressources, ce qui les rend obsolètes.

- La tendance à se concentrer sur l'autonomisation des femmes, plutôt que d'adopter une approche fondée sur les droits en matière de développement économique, décourage une approche et une vision holistique des résultats²⁹¹. Elle conduit à l'incapacité des États membres à combattre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes par des mesures législatives appropriées. Cependant, l'avantage d'une approche du développement et de la gouvernance fondée sur les droits humains, y compris la réalisation de l'égalité des sexes, encourage une approche de la planification et de la prise de décision axée sur les personnes et le développement durable.
- Un financement national inadéquat pour la santé et une forte dépendance vis-à-vis des donateurs. Par exemple, les évaluations sexospécifiques en Tanzanie et en Éthiopie soulignent la forte dépendance à l'égard du financement des donateurs et le risque de non-durabilité en cas de diminution de ce financement.

8

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Sur l'ensemble du continent, la riposte au VIH est en partie freinée par les inégalités entre les sexes. À cet égard, le rapport a montré que la stigmatisation et la discrimination restent des obstacles majeurs à la pleine réalisation de l'égalité des droits des femmes, des hommes, des filles et des garçons et à leur accès aux services de prévention et de traitement du VIH. Les conclusions de ce document montrent une forte prévalence de la violence à caractère sexiste (VCS) à travers l'Afrique, le lien inextricable entre la VCS et le VIH chez les femmes et soulignent à nouveau le besoin urgent de s'attaquer à la violence à l'égard des femmes et des filles et aux pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines (MGF).

Il convient également de noter que le financement du VIH à travers l'Afrique est en perte de vitesse. Entre 2017 et 2019, le financement national de la lutte contre le VIH/SIDA a diminué en Afrique orientale et australe (baisse de 14 %) et en Afrique occidentale et centrale (baisse de 12 %)²⁹² deux régions à forte prévalence de VIH. En outre, la participation significative des femmes - en particulier celle des femmes porteuses du VIH/SIDA - dans les politiques et les décisions relatives au VIH ainsi que dans la mise en œuvre reste limitée, et leurs contributions potentielles en leadership et en perspectives sur l'épidémie sont perdues.

D'autre part, la COVID-19 a révélé la nature sexospécifique de la crise sanitaire et le besoin crucial de réponses sexotransformatrices.²⁹³ Au sein des ménages, les restrictions de mobilité liées à la COVID-19 contribuent à l'augmentation de la violence à l'égard des femmes et des enfants dans certains contextes²⁹⁴. Les fermetures d'écoles constituent un défi sans précédent pour le droit des jeunes à l'éducation, plus de 90 % de la population scolaire mondiale étant touchée par ces fermetures. En ce qui concerne le VIH et la COVID-19, les femmes jouent un rôle essentiel en tant qu'agents de santé de première ligne, leaders communautaires et soignants. Des mesures sont nécessaires pour soutenir les femmes dans ces rôles et leur permettre de jouer un rôle actif dans les principaux organes de décision²⁹⁴.

De même, chaque année, des millions de personnes en Afrique sont touchées par des crises humanitaires, qu'elles soient d'origine naturelle (tremblements de terre, inondations, sécheresses, etc.) ou humaine (conflits externes et internes, par exemple)²⁹⁵. Le nombre croissant de crises humanitaires, qui sont souvent liées à des déplacements, à des perturbations des services sanitaires et sociaux, à l'insécurité alimentaire et à la pauvreté, accroît la vulnérabilité au VIH et a un impact négatif sur les personnes porteuses du VIH²⁹⁵. Pendant les crises humanitaires, les inégalités entre les sexes peuvent être encore exacerbées, rendant les filles et les femmes plus vulnérables au VIH de manière disproportionnée²⁹⁵.

La lutte contre les inégalités entre les sexes est essentielle à la réalisation d'objectifs de développement substantiels tels que la couverture de santé universelle et l'éradication de l'épidémie de VIH/SIDA d'ici 2030. Par conséquent, pour mieux comprendre comment ces inégalités influencent les réponses nationales, les États membres doivent évaluer leurs épidémies de VIH, leur contexte et leurs réponses dans une perspective sexospécifique. En outre, les efforts déployés pour atteindre ces objectifs devraient garantir une participation significative des femmes, en particulier des femmes porteuses du VIH/SIDA, à la politique et à la prise de décision en matière de VIH. Les femmes porteuses du VIH/SIDA doivent être reconnues comme des agents de changement dans leur propre santé, et non comme de simples bénéficiaires passives de services.

Il est prouvé que l'égalité des sexes et les droits des femmes sont des moteurs essentiels de la santé, du bien-être et du développement socio-économique, et que les services de santé axés sur l'égalité des sexes favorisent la santé, sont préventifs, peu coûteux et rentables.²⁹⁶ Pour que l'objectif de développement durable de la couverture de santé universelle (CSU) devienne une réalité en Afrique, l'égalité entre les sexes et la programmation sexotransformatrice doivent être pleinement prises en compte dans la conception, le financement et la prestation des systèmes de santé et dans le personnel de santé.

L'importance de l'éducation dans la riposte au VIH ne peut être sous-estimée. Des programmes efficaces d'éducation au VIH permettent aux jeunes d'acquérir des connaissances essentielles sur le VIH/SIDA, telles que la transmission, la prévention et le dépistage du VIH, mais ils abordent également des questions plus générales, notamment les facteurs liés à la propagation de l'infection. L'éducation donne aux jeunes femmes les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre des décisions éclairées et adopter des comportements qui réduisent leur risque d'infection par le VIH²⁹⁷. Par conséquent, l'éducation au VIH/SIDA dans les écoles ne doit pas être un ajout facultatif aux programmes scolaires en Afrique. Elle doit faire partie de programmes complets d'éducation sanitaire axés sur les compétences et être incluse dans le programme scolaire général. Des informations exactes sur la santé reproductive et le VIH/SIDA, ainsi que des compétences pratiques et des liens avec les services, font partie intégrante d'une éducation de qualité.

Au niveau continental, les États membres de l'UA se sont engagés à accélérer la mise en œuvre de mesures économiques, sociales et juridiques sexospécifiques visant à lutter contre la pandémie du VIH/SIDA en adoptant divers cadres politiques et juridiques, notamment les Déclarations d'Abuja et de Maputo sur le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies infectieuses connexes, la Déclaration solennelle sur l'égalité des sexes en Afrique (DSESA), le Protocole de Maputo, la Stratégie de l'UA pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, entre autres. En tant que priorité continentale essentielle, les États membres doivent accélérer leurs efforts pour rendre compte annuellement des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements.

L'UA joue un rôle central en veillant à ce que les États membres soient mobilisés et soutenus pour tenir leurs engagements en s'assurant que l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes et les droits de l'homme soient intégrés dans la programmation, la planification, la budgétisation et la prestation de services en matière de VIH aux niveaux national et local. La CUA, le NEPAD et un certain nombre de CER ont lancé des initiatives notables qui ajoutent de la valeur aux efforts nationaux et servent de modèles qui pourraient être reproduits pour renforcer l'intégration et la coopération intra et interrégionales.²⁹⁸

Pour accélérer l'action, le rapport souligne la nécessité d'un plaidoyer continental soutenu pour l'adoption et la mise en œuvre de politiques et de législations nationales sur le VIH et l'ESAF. Il est en outre nécessaire d'intensifier les investissements dans la lutte contre le VIH/SIDA et les systèmes de gouvernance pour des interventions sexotransformatrices et une mise en œuvre efficace des engagements en matière de VIH et d'ESAF.

La centralité de la collecte de données désagrégées est également soulignée pour galvaniser l'engagement politique aux plus hauts niveaux. Les données sexospécifiques sur le VIH offrent une image plus approfondie des progrès réalisés en matière de genre, notamment en tant qu'apports essentiels aux mécanismes et structures continentaux de responsabilisation politique tels que AIDS Watch Africa et le CDC Afrique (Centres Africains de Contrôle et de Prévention des Maladies).



PARTIES PRENANTES	PRINCIPALES RECOMMANDATIONS
<p>L'UA et ses organes</p>	<p>L'UA et ses organes doivent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer le suivi et la responsabilisation pour la mise en œuvre des engagements mondiaux et continentaux en matière de VIH/SIDA et de l'ESAF, ainsi que des progrès réalisés par les États membres. 2. Renforcer la capacité des bureaux statistiques nationaux et promouvoir des outils de collecte de données harmonisés ainsi que des méthodologies pour améliorer la collecte, l'analyse et la diffusion de données nationales et continentales ventilées par sexe sur l'égalité des sexes et le VIH/SIDA afin d'informer les politiques, les stratégies, les directives et les interventions à tous les niveaux en Afrique. 3. Élaborer et réviser les politiques nationales, régionales et continentales de couverture de santé universelle (CSU) pour s'assurer que les besoins des filles et des femmes sont pleinement pris en compte dans leur conception et leur application. 4. Renforcer la coordination interne et les partenariats afin d'intensifier le plaidoyer, notamment par le biais de la campagne de l'UA « Agissons pour les filles » pour améliorer l'accès et le maintien des adolescentes et des jeunes femmes dans une éducation de qualité à travers l'Afrique et promouvoir l'intégration de l'éducation sur le VIH/SIDA dans les programmes scolaires. 5. Mener un plaidoyer stratégique et mobiliser des ressources pour la mise en œuvre d'initiatives catalytiques en matière d'égalité des sexes et de VIH aux niveaux continental, régional et national. 6. Faciliter l'apprentissage Sud-Sud et la diffusion des bonnes pratiques parmi les États membres de l'UA en vue de l'harmonisation des politiques et des stratégies.

Les États membres**Les États membres veilleront à :**

1. Intensifier les efforts pour parvenir à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes et des filles dans toutes les sphères de la vie, en reconnaissant que les inégalités structurelles entre les sexes, la discrimination, la violence à l'égard des femmes et des filles et les masculinités néfastes compromettent les réponses efficaces au VIH et la jouissance pleine et égale des droits humains et des libertés fondamentales par les femmes et les filles.
2. S'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH à l'encontre des femmes et des filles et entre elles, de manière à garantir la dignité, les droits et la vie privée des femmes et des filles vivant avec et affectées par le VIH et le SIDA, y compris dans l'éducation, la formation et l'éducation informelle et sur le lieu de travail.
3. Promouvoir la couverture de santé universelle, dans le cadre d'un ensemble complet de mesures de protection sociale et par la promotion des soins de santé primaires, en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les femmes et les filles à des difficultés financières.
4. Examiner et, le cas échéant, modifier ou abolir l'ensemble des lois, règlements, politiques, pratiques et coutumes qui sont discriminatoires à l'égard des personnes porteuses du VIH ou qui ont un impact discriminatoire sur les femmes, et veiller à ce que les dispositions des systèmes juridiques multiples, lorsqu'ils existent, soient conformes aux engagements et principes internationaux et continentaux en matière d'égalité des sexes et de droits des femmes, y compris le principe de non-discrimination.
5. Allouer des ressources financières adéquates et durables pour la mise en œuvre des engagements internationaux, continentaux et nationaux, notamment par le renforcement de leurs capacités nationales en matière de planification, de budgétisation, de recherche et d'allocation de ressources pour le VIH et l'ESAF dans le domaine de l'expertise en matière de genre et de la santé sexuelle et reproductive et des droits en matière de reproduction (SSR&DR).

Les États membres

6. Reconnaître la contribution des femmes à l'économie et leur participation active à la prise en charge des personnes porteuses du VIH/SIDA et reconnaître, redistribuer et valoriser les soins et le travail domestique non rémunérés des femmes par la fourniture de services publics, d'infrastructures, la promotion d'un partage égal des responsabilités avec les hommes et les garçons, et une protection sociale ciblée sur les femmes et les filles vulnérables.
7. Réaliser des évaluations nationales en matière de genre, notamment sur les facteurs interconnectés de l'ESAF et du VIH, collecter des données ventilées par sexe et par âge et élaborer des indicateurs sensibles à la dimension de genre, le cas échéant, afin d'éclairer l'élaboration des politiques, la mise en œuvre, le suivi et l'établissement de rapports.
8. Concevoir et mettre en œuvre des initiatives, y compris des programmes de sensibilisation, pour promouvoir la participation active des hommes et des garçons à l'élimination des stéréotypes sexistes, de l'inégalité entre les sexes, de la violence à caractère sexiste et des pratiques néfastes.
9. Collaborer avec les parties prenantes pour intensifier les initiatives de prévention combinée à l'intention des femmes et des filles afin de prévenir les nouvelles infections, d'inverser la propagation du VIH et de réduire la mortalité maternelle.
10. Promouvoir la participation, la contribution et le leadership actifs et significatifs des femmes et des filles porteuses du VIH, des acteurs de la société civile, du secteur privé, des jeunes hommes, ainsi que des organisations de femmes, dans la lutte contre le VIH/SIDA sous tous ses aspects, pour une approche sexospécifique de la réponse nationale.
11. Prendre des mesures pour protéger et répondre aux besoins des femmes et des filles dans les situations humanitaires et de conflit armé, y compris les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, qui courent un risque accru d'infection par le VIH et assument une part disproportionnée des responsabilités liées aux soins.

Partenaires de développement

Des partenaires de développement pour :

1. Renforcer la coopération internationale afin d'aider au développement des ressources humaines dans le domaine de la santé, par le biais de l'assistance technique et de la formation, et d'accroître l'accès universel aux services de santé, y compris dans les zones éloignées et rurales.
2. Soutenir les collaborations avec les institutions académiques et de recherche en Afrique pour la documentation et la diffusion des pratiques nationales prometteuses ainsi que l'échange d'expertise en tant qu'aspect critique de l'investissement dans la recherche basée sur des preuves pour promouvoir la reproduction et l'apprentissage Sud-Sud sur le continent.
3. Soutenir l'UA dans l'adaptation et la contextualisation de l'initiative mondiale « Éducation plus »²⁹⁹ en vue de sa mise en œuvre dans les États membres de l'UA, notamment par le biais d'une assistance technique et d'un renforcement des capacités de l'UA/CIEFFA (Centre International pour l'Éducation des Filles et des Femmes en Afrique de l'Union Africaine), afin d'accélérer la réalisation de l'agenda de l'UA en matière d'éducation des femmes et des filles.
4. Soutenir les gouvernements nationaux et les organes de l'UA pour que toutes les réponses à la COVID-19 soient sexospécifiques et sexotransformatrices, en veillant à ce que les besoins des filles et des femmes soient effectivement pris en compte.

Les OSC, l'ESAF et les défenseurs des droits des personnes porteuses du VIH

Les OSC, l'ESAF et les défenseurs des droits des personnes porteuses du VIH devront :

1. Collaborer avec les gouvernements nationaux et les partenaires locaux pour assurer la mise en œuvre, le suivi et le compte rendu des progrès accomplis dans la réalisation des politiques, de la législation et des directives relatives au VIH.
2. Veiller à ce que la fourniture de services liés au VIH (prévention, traitement, soins et services d'appui) soit effectivement intégrée et mise en œuvre à tous les stades de la réponse humanitaire (évaluation rapide, programmes, etc.), en particulier pour les victimes de violence à caractère sexiste et de violence sexuelle liée au conflit.
3. Soutenir l'établissement et la mise en œuvre de rapports indépendants, la collecte, l'analyse et l'utilisation de données pour suivre la mise en œuvre des engagements et des initiatives en matière de VIH, y compris dans les situations de conflit.
4. Renforcer la capacité des défenseurs de l'ESAF et des droits des personnes porteuses du VIH à améliorer la participation significative et le leadership des femmes dans la politique et la prise de décision en matière de VIH.
5. Contrôler la participation significative des femmes atteintes du VIH/SIDA et rappeler aux gouvernements ainsi qu'aux partenaires de développement leur responsabilité vis-à-vis de leurs engagements en matière de VIH et d'égalité des sexes.



LES RÉFÉRENCES

1. Sabates-Wheeler, R., et Kabeer, N. (2003). Gender equality and the extension of social protection [L'égalité des sexes et l'extension de la protection sociale] (N° 16). Organisation Internationale du Travail.
2. <https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm>
3. <https://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.htm>
4. Source : ONU Femmes, OSAGI, Parité Hommes-Femmes - Concepts et définitions
5. Source : UNICEF, FNUAP, PNUD, ONU Femmes. « Égalité des sexes, La Cohérence de l'action des NU et Vous »
6. Source : UNICEF, FNUAP, PNUD, ONU Femmes. « Égalité des sexes, La Cohérence de l'action des NU et Vous »
7. Source : UNICEF, FNUAP, PNUD, ONU Femmes. « Égalité des sexes, La Cohérence de l'action des NU et Vous »
8. Source : UN-INSTRAW (qui fait maintenant partie d'ONU Femmes), Glossaire des termes et concepts liés au genre
9. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2543_gender-assessment_en.pdf
10. Article 14 du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (Protocole de Maputo sur les droits de la femme)
11. https://addis.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MPOA%20English_A5_%20Version%205.pdf
12. https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
13. ONUSIDA, Les femmes et le VIH : un coup de projecteur sur les adolescentes et les jeunes femmes. 2019.
14. OMS (2017) « Directives consolidées sur la santé sexuelle et reproductive et les droits des femmes porteuses du VIH (en anglais) » [pdf]
15. Decker, M.R., et al., La violence à caractère sexiste à l'égard des adolescentes et des jeunes femmes adultes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *Journal of Adolescent Health*, 2015. 56(2) : pages 188-196.
16. Programme sur la santé internationale et les droits humains, 2006, 2009)
17. Harrison A, Colvin CJ, Kuo C, Swartz A, Lurie M (2015) Incidence élevée et durable du VIH chez les jeunes femmes d'Afrique australe : facteurs sociaux, comportementaux et structurels et nouvelles approches d'intervention. *Rapport actuel sur le VIH/SIDA. Rapport 12* :207–215. <https://doi.org/10.1007/s11904-015-0261-0>
18. Santelli JS, Mathur S, Song X et al (2015) Augmentation du taux de scolarisation et diminution du risque de VIH et de grossesse chez les adolescentes du district de Rakai, en Ouganda, 1994–2013. *Sécurité sociale globale*. <https://doi.org/10.1007/s40609-015-0029-x>
19. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N (2010) Violence conjugale, inégalité de pouvoir dans les relations et incidence de l'infection par le VIH chez les jeunes femmes en Afrique du Sud : une étude de cohorte. *Lancet* 376(9734) :41–48. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60548-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60548-X)
20. Santelli JS, Edelstein ZR, Mathur S et al (2013) Facteurs de risque et de protection comportementaux, biologiques et démographiques pour les nouvelles infections au VIH chez les jeunes, Rakai, Ouganda. *J. Syndrome d'immunodéficience acquise* 63(3) :393–400. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182926795>
21. Birdthistle IJ, Floyd S, Machingura A, Mudziwapasi N, Gregson S, Glynn JR (2008) D'affectées à infectées ? L'orphelinat et le risque d'infection par le VIH chez les adolescentes des zones urbaines du Zimbabwe. *SIDA* 22 :759–766. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3282f4cac7>
22. Viswasam, N., S. Schwartz, et S. Baral, Caractériser le rôle des stigmates croisés et des inégalités persistantes dans la propagation des syndromes du VIH dans les pays à revenu faible à moyen. *Opinion courante sur le VIH et le SIDA*, 2020. 15(4) : pages 243-249.
23. Decker, M.R., et al., Prédicteurs de violence physique et sexuelle : 20 ans de l'étude de cohorte interagence du VIH chez les femmes. *Journal américain de médecine préventive*, 2016. 51(5) : p. 731-742
24. Johnson Shen, M., et al., L'intersectionnalité des stigmates parmi les populations clés de personnes âgées touchées par le VIH : une analyse thématique. *Clinical Gerontologist [Gérontologue Clinique]*, 2019. 42(2) : pages 137-149.
25. Caiola, C., et al Utiliser une approche intersectionnelle pour étudier l'impact des déterminants sociaux de la santé chez les mères afro-américaines vivant avec le VIH. *ANS. Advances in nursing science [Les progrès de la science infirmière]*, 2014. 37(4) : p. 287.
26. <https://au.int/sites/default/files/documents/38226-doc-csw64-politicaldeclaration.pdf>
27. *Lancet*, Pour mettre fin à l'épidémie de VIH, il faut mettre fin à l'inégalité entre les sexes. *The Lancet. VIH*, 2019. 6(7) : p. e411.
28. ONUSIDA, Analyse spéciale - Le VIH/SIDA en Afrique, 2019
29. ONUSIDA, Estimations du VIH pour 2020, 2019, consulté le 4 novembre 2020
30. <https://public.tableau.com/profile/who.mortality.and.health.analysis.unit#!/vizhome/shared/N4GK3B7K3>
31. OMS, Violence à l'égard des femmes, 2017, disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>, consulté le 4 novembre 2020
32. ONUSIDA, Rapport sur les lacunes 2014 : Adolescents et jeunes femmes, disponible à l'adresse suivante : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/02_Adolescentgirlsandyoungwomen.pdf, consulté le 4 novembre 2020
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
33. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf « Droits de propriété » <http://www.whatworksforwomen.org/chapters/21-Strengthening-the-Enabling-Environment/sections/61-Transforming-Legal-Norms-to-Empower-Women-including-Marriage-Inheritance-and-Property-Rights>
34. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
35. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/WFP2017_Highlights.pdf
36. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
37. Source : Enquêtes auprès de la population, 2011-2016. Les statistiques sont basées sur les données disponibles de 28 pays dans lesquels vivent 83 % de toutes les femmes âgées de 15 à 24 ans en Afrique subsaharienne.
38. Muluneh, M. D., Stulz, V., Francis, L., et Agho, K. (2020). La violence sexospécifique à l'encontre des femmes en Afrique subsaharienne : une revue systématique et une méta-analyse d'études transversales. *Revue internationale de recherche environnementale et de santé publique*, 17(3), 903.

39. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBV%20E-Learning%20Companion%20Guide_ENGLISH.pdf
40. <https://www.womenforwomen.org/blogs/series-what-does-mean-gender-based-violence>
41. Leddy, A. M., Weiss, E., Yam, E., et Pulerwitz, J. (2019). La violence sexospécifique et l'engagement dans la prévention, les soins et le traitement biomédicaux du VIH : un examen de la portée. *BMC Santé Publique*, 19(1), 897.
42. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
43. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
44. Yusuf, R. A., Dongarwar, D., Yusuf, Z. I., et Salihu, H. M. (2020). Association entre la violence conjugale, la connaissance et l'utilisation de la contraception en Afrique : analyse comparative entre cinq régions africaines. *Journal international de la santé maternelle et infantile et du SIDA*, 9(1), 42.
45. Decker, M. R., Latimore, A. D., Yasutake, S., Haviland, M., Ahmed, S., Blum, R. W., ... et Astone, N. M. (2015). La violence sexospécifique à l'encontre des adolescentes et des jeunes femmes adultes dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), 188-196.
46. Organisation mondiale de la santé (OMS) La violence conjugale : les faits. 2002. [Consulté le 4 novembre 2020].
47. Prévalence de la violence conjugale : résultats de l'étude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, Équipe chargée de l'étude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. *Lancet*. 7 octobre 2006 ; 368(9543) :1260-9.
48. Kishor S, Johnson K. Profilage de la violence domestique : une étude multi-pays Calverton, Maryland, ORC Macro, MEASURE DHS+ 2004
49. Quels sont les facteurs associés à la récente violence conjugale ? Résultats de l'étude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L. *BMC Santé Publique*. 16 février 2011 ; 11(1) :109.
50. Quels sont les facteurs associés à la récente violence conjugale ? Résultats de l'étude multi-pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L. *BMC Santé Publique*. 16 février 2011 ; 11(1) :109.
51. Palermo, T., Bleck, J., et Peterman, A. (2014). La pointe de l'iceberg : le signalement et la violence à caractère sexiste dans les pays en développement. *American Journal of Epidemiology [Revue américaine d'épidémiologie]*, 179(5), 602-612.
52. <https://www.worldbank.org/en/topic/socialsustainability/brief/violence-against-women-and-girls>
53. Organisation mondiale de la santé : Répondre à la violence conjugale et à la violence sexuelle à l'égard des femmes. Directives cliniques et politiques de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013.
54. Estimation de l'effet de la violence conjugale sur l'utilisation de la contraception par les femmes : examen systématique et méta-analyse. Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J *PLoS One*. 2015 ; 10(2) : e0118234.
55. Garcia-Moreno, C., et Amin, A. (2016). Les objectifs de développement durable, la violence et la santé des femmes et des enfants. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 94(5), 396.
56. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
57. Morrell, R., Jewkes, R., et Lindegger, G. (2012). La masculinité/masculinité hégémonique en Afrique du Sud : Culture, pouvoir et politique de genre. *Hommes et masculinités*, 15(1), 11-30.
58. Ngubane, S. J. (2010). Gender roles in the African culture: implications for the spread of HIV/AIDS [Les rôles de genre dans la culture africaine : implications pour la propagation du VIH/SIDA] (Thèse de doctorat : Université de Stellenbosch).
59. Gökengin, D., Doroudi, F., Tohme, J., Collins, B., et Madani, N. (2016). VIH/SIDA : Tendances dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. *Journal international des maladies infectieuses*, 44, 66-73.
60. Shawky, S., Soliman, C., et Sawires, S. (2009). Genre et VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord : leçons pour les scénarios de faible prévalence.
61. Kim, J. C., et Watts, C. H. (2005). Percer : s'attaquer à la pauvreté, aux inégalités entre les sexes et au VIH en Afrique. *Bmj*, 331(7519), 769-772.
62. Wathuta, J. (2016). Dynamique de l'inégalité des sexes dans la prévention d'une épidémie de VIH hétérosexuelle en Afrique subsaharienne. *Revue africaine de recherche sur le SIDA*, 15(1), 55-66.
63. Assemblée Générale des Nations Unies : Transformer notre monde : Le programme de développement durable à l'horizon 2030. [(consulté le 06 novembre 2020)] ; 2015 - Lien : <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>.
64. Dunkle, K. L., et Decker, M. R. (2013). Violence à caractère sexiste et VIH : Examen des preuves des liens et des voies de causalité dans la population générale et les groupes à haut risque. *Journal américain d'immunologie de la reproduction*, 69, 20-26.
65. Dunkle, K. L., et Decker, M. R. (2013). Violence à caractère sexiste et VIH : Examen des preuves des liens et des voies de causalité dans la population générale et les groupes à haut risque. *Journal américain d'immunologie de la reproduction*, 69, 20-26.
66. Li, Y., Marshall, C. M., Rees, H. C., Nunez, A., Ezeanolue, E. E., et Ehiri, J. E. (2014). Violence conjugale et infection par le VIH chez les femmes : examen systématique et méta-analyse. *Journal de la société internationale du SIDA*, 17(1), 18845.
67. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2017/key-barriers-to-womens-access-to-hiv-treatment-a-global-review-en.pdf?la=en&vs=3431>
68. J. Saul, « Violence against women and HIV : data, gaps, and opportunities » [Violence à l'égard des femmes et VIH : données, lacunes et opportunités], document présenté à la réunion de la Maison Blanche sur l'interconnexion du VIH/SIDA, de la violence à l'égard des femmes et des disparités sanitaires sexospécifiques, Washington, D.C., Centres de contrôle des maladies, Division de la prévention de la violence, 2012.
69. Andersson, N., Cockcroft, A., et Shea, B. (2008). Violence à caractère sexiste et VIH : pertinence pour la prévention du VIH dans les pays hyperendémiques d'Afrique australe. *SIDA*, 22, S73-S86.
70. <https://aids2020.unaids.org/chapter/chapter-4-securing-rights/gender-based-violence/>
71. Hatcher, A. M., Smout, E. M., Turan, J. M., Christofides, N., et Stoeckl, H. (2015). Violence conjugale et engagement dans les soins et le traitement du VIH chez les femmes : examen systématique et méta-analyse. *Sida*, 29(16), 2183-2194.

72. PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS DES FEMMES AU TRAITEMENT DU VIH : UN EXAMEN GLOBAL
73. Gilbert, L., et Walker, L. (2009). « Ils (les ARV) sont ma vie, sans eux je ne suis rien » : Expériences de patients fréquentant une clinique du VIH/SIDA à Johannesburg, Afrique du Sud. *Health & Place*, 15(4), 1123-1129.
74. <https://www.hrw.org/reports/2007/zambia1207/>
75. K.P. Zulu « Crainte de la sérodiffusion du VIH et réussite de la TAR : l'agonie des femmes mariées séropositives en Zambie », 3ème conférence de l'IAS (Société Internationale sur le SIDA) sur la pathogenèse et le traitement du VIH 2005, Rio de Janeiro, Brésil, 24 au 27 juillet 2005. (Résumé n°. TuPe11.9CO3) ; <http://www.iasociety.org/Abstracts/A2176464.aspx>
76. Lichtenstein, B. (2006). La violence domestique dans les obstacles aux soins de santé pour les femmes séropositives. *Soins aux patients atteints du SIDA et MST*, 20(2), 122-132.
77. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201312_discussion-paper_Gender-HIV-services_PMTCT_en_0.pdf
78. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
79. J. Kehler, S. Mthembu, T. Ngubane-Zungu, et S. Mtambo, « Si j'avais su ce qui allait se passer, je l'aurais gardé pour moi... Violence à caractère sexiste et VIH : Perceptions et expériences de la violence et d'autres atteintes aux droits des femmes vivant avec le VIH dans les régions du Cap oriental, du Kwazulu Natal et du Cap occidental, en Afrique du Sud », Fiche d'information (SIDA – Réseau Juridique, 2012) Disponible sur : http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/gender_violence_&_hiv__kwazulu_natal_fact_sheet.pdf
80. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/brief-prevention-violence-against-women-and-girls-and-covid-19-en.pdf?la=en&vs=3049>
81. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/brief-prevention-violence-against-women-and-girls-and-covid-19-en.pdf?la=en&vs=3049>
82. https://www.icwea.org/wp-content/uploads/downloads/2013/04/ICW_GNP+-Option-B+-FGD-Report_Final.pdf
83. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/womenlivingwithhivspekout_en.pdf
84. Siemieniuk, R. A., Krentz, H. B., Miller, P., Woodman, K., Ko, K., & Gill, M. J. (2013). Les implications cliniques des taux élevés de violence conjugale à l'égard des femmes séropositives. *JAIDS Journal des syndromes d'immunodéficience acquise*, 64(1), 32-38.
85. Pandémie de maladie à coronavirus (COV-19). Plan d'intervention mondial du FNUAP. New York : FNUAP ; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_UNFPA_Global_Response_Plan_April_07.pdf, consulté le 4 novembre 2020)
86. Le Commissaire Général de l'ONU appelle à un « cessez-le-feu » contre la violence domestique dans un contexte de « flambée mondiale inquiétante ». Dans : *Nouvelles de l'ONU* [Internet]. 6 avril 2020. New York : Nations Unies ; c2020 <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>
87. Éducation : de l'interruption à la reprise. Dans : UNESCO [Internet]. Paris : UNESCO ; c2019 <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
88. Giannini S. COVID-19 - Les fermetures d'écoles dans le monde toucheront plus durement les filles. Dans : UNESCO [Internet]. 31 mars 2020. Paris : UNESCO ; c2019 (<https://en.unesco.org/news/covid-19-school-closures-around-world-will-hit-girls-hardest>,
89. L'éducation des filles et la COVID-19 : Ce que les chocs passés peuvent nous apprendre sur l'atténuation de l'impact des pandémies. Washington (DC) : Fonds Malala ; 2020
90. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>
91. <https://www.unicef.org/media/62981/file/Birth-registration-for-every-child-by-2030.pdf>
92. <https://www.unicef.org/stories/child-marriage-around-world>
93. <https://theconversation.com/child-marriage-in-north-africa-still-a-lot-to-be-done-125400#:~:text=UNICEF%20figures%20suggest%20about%2018,boys%20and%20about%2082%25%20girls.&text=Progress%20is%20most%20dramatic%20when,over%20the%20past%20three%20decades.>
94. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>
95. [https://www.unicef.org/media/files/UNICEF-Child-Marriage-Brochure-low-Single\(1\).pdf](https://www.unicef.org/media/files/UNICEF-Child-Marriage-Brochure-low-Single(1).pdf)
96. https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20africa/attachments/publications/2019/marriage%20laws%20in%20africa%20english%20final_14%20nov%202018-web.pdf?la=en&vs=2458
97. <https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2019/05/Advancing-the-Evidence-Base-on-Child-Marriage-and-HIV-April-2019.pdf>
98. Wodon, Q., Male, C., Nayihouba, K., Onagoruwa, A., Savadogo, A., Yedan, A., Edmeades, J., Kes, A., John, N., Murithi, L., Steinhaus, M., et Petroni, S. (2017). Impacts économiques du mariage des enfants : rapport de synthèse global. Washington, D.C. : Banque Mondiale et Centre international de recherche sur les femmes. Extrait de : <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2017/06/EICM-Global-Conference-Edition-June-27-FINAL.pdf>
99. Wodon, Q., Male, C., Nayihouba, K., Onagoruwa, A., Savadogo, A., Yedan, A., Edmeades, J., Kes, A., John, N., Murithi, L., Steinhaus, M., & Petroni, S. (2017). Impacts économiques du mariage des enfants : rapport de synthèse global. Washington, D.C. : Banque Mondiale et Centre international de recherche sur les femmes. Extrait de : <https://www.icrw.org/publications/economic-impacts-child-marriage/>
100. Steinhaus, M, et John, N. (2018). Une vie volée : Mariage précoce et santé mentale, Centre international de recherche sur les femmes, Washington, DC. Extrait de : <https://www.icrw.org/publications/a-life-not-chosenearly-marriage-and-mental-health/>
101. Gage, A.J. (2013). Association du mariage des enfants aux pensées et tentatives suicidaires chez les adolescentes en Éthiopie. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 654-656. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433537>
102. <https://www.girlsnotbrides.org/why-does-it-happen/>
103. Stöckl, H., Kalra, N., Jacobi, J., et Watts, C. (2013). Le début précoce de la vie sexuelle est-il un facteur de risque d'infection par le VIH chez les femmes d'Afrique subsaharienne ? Une étude systématique. *American Journal of Reproductive Immunology* [Journal américain d'immunologie de la reproduction], 69, 27-40.
104. Clark, S., Bruce, J., et Dude, A. (2006). Protéger les jeunes femmes contre le VIH/SIDA : les arguments contre le mariage des enfants et des adolescents. *Perspectives internationales de la planification familiale*, 79-88.
105. Clark, S. (2004). Mariage précoce et risques de VIH en Afrique sub-saharienne. *Études sur la planification familiale*, 35(3), 149-160.
106. <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/CHILDMARRIAGE-F-13.pdf>
107. ONUSIDA, « Rapport sur les lacunes », 2014
108. Thomson, K. A., Hughes, J., Baeten, J. M., John-Stewart, G., Celum, C., Cohen, C. R., ... & Équipes d'étude sur la transmission du VHS et du VIH de « Partners in Prevention » et étude sur la PrEP de Partners. (2018). Risque accru d'acquisition du VIH chez les femmes tout au long de la grossesse et pendant la période post-partum : une analyse prospective par acte coïtal chez les femmes ayant un partenaire infecté par le VIH. *Le Journal des maladies infectieuses*, 218(1), 16-25.

109. ONUSIDA, 2015, Rapport de la Journée mondiale du SIDA 2015 : « En route pour mettre fin au SIDA d'ici 2030 ».
110. ONU Femmes, Faits et chiffres : Le VIH et le SIDA, juin 2016
111. <https://www.icrw.org/files/images/Child-Marriage-Fact-Sheet-Education.pdf>
112. [https://www.unicef.org/publications/files/Girls_HIV_AIDS_and_Education_\(English\)_rev.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Girls_HIV_AIDS_and_Education_(English)_rev.pdf)
113. Kidman, R. (2017). Le mariage des enfants et la violence conjugale : une étude comparative de 34 pays. *Revue internationale d'épidémiologie*, 46(2), 662-675.
114. Organisation mondiale de la santé. (2013). Estimations mondiales et régionales de la violence à l'égard des femmes : prévalence et effets sur la santé de la violence conjugale et de la violence sexuelle provenant d'un tiers. Organisation mondiale de la santé.
115. Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., et Shai, N. (2010). Violence conjugale, inégalité de pouvoir dans les relations et incidence de l'infection par le VIH chez les jeunes femmes en Afrique du Sud : une étude de cohorte. *The Lancet*, 376(9734), 41-48.
116. Base de données « Âge légal du mariage », Indicateurs sur les femmes et les hommes, Division des statistiques des Nations Unies., 11 juillet 2013. Disponible sur : <http://data.un.org/DocumentData.aspx?id=336>
117. Gouvernement du Lesotho, Ministère du Genre, de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs, Rapport sur le Programme d'Action de Pékin +20 (Juillet 2014). Disponible sur : http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/59/national_reviews/lesotho_review_beijing20.aspx
118. https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20africa/attachments/publications/2019/marriage%20laws%20in%20africa%20english%20final_14%20nov%202018-web.pdf?la=en&vs=2458
119. Organisation mondiale de la santé, Éliminer les mutilations génitales féminines : Une déclaration inter-agences, OMS, FNUAP, UNICEF, UNIFEM, HCDH, HCNUR, CENUA, UNESCO, PNUD, ONUSIDA, OMS, Genève, 2008, p. 4.
120. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation#:~:text=More%20than%20200%20million%20girls,between%20infancy%20and%20age%2015.>
121. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
122. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
123. <https://au.int/en/pressreleases/20190211/african-union-launches-continental-initiative-end-female-genital-mutilation>
124. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2018RH_FGMC-HIV.pdf
125. UNICEF, et Gupta, G. R. (2013). Mutilation génitale féminine/excision : aperçu statistique et exploration de la dynamique du changement [avant-propos au numéro spécial]. *Questions de santé reproductive*, 21(42),
126. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.2989/16085906.2019.1637913?needAccess=true&instName=UCL+%28University+College+London%29>
127. Berg, R. C., et Denison, E. (2012). L'excision/mutilation génitale féminine (E/MGF) affecte-t-elle le fonctionnement sexuel des femmes ? Une revue systématique des conséquences sexuelles de l'E/MGF. *Recherche et politique sociale*, 9(1), 41–56. <https://doi.org/10.1007/s13178-011-0048-z>
128. Brady, M. (1999). Les mutilations génitales féminines : Complications et risque de transmission du VIH. *Soins aux patients atteints du SIDA et MST*, 13(12), 709–716. <https://doi.org/10.1089/apc.1999.13.709>
129. <https://www.ohchr.org/en/newsevents/pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24151&LangID=E>
130. <https://au.int/en/pressreleases/20190211/african-union-launches-continental-initiative-end-female-genital-mutilation>
131. <http://www.oecd.org/social/gender-development/38759356.pdf>
132. Charrad, M. M. (2010, novembre). L'autonomie des femmes à travers les cultures : Conceptualiser les forces et les limites. *Forum International des Études sur les Femmes* (Vol. 33, No. 6, pages 517-522). Pergame.
133. Santé et sexuelle et reproductive et droits en matière de reproduction : un élément essentiel de la couverture de santé universelle. Document de référence pour le Sommet de Nairobi sur la CIPD25 - Accélérer la promesse. New York : PNUD ; 2019
134. Rwafa, T., Shamu, S., et Christofides, N. (2019). Pouvoir relationnel et statut sérologique VIH : une analyse de leur relation chez les femmes urbaines en post-partum et à faible revenu du Zimbabwe. *BMC Santé Publique*, 19(1), 792.
135. Gupta GR. Comment le pouvoir des hommes sur les femmes alimente l'épidémie de VIH : il limite la capacité des femmes à contrôler les interactions sexuelles. *BMJ : British Medical Journal*. 2002 ; 324(7331) :183.
136. Pettifor AE, Measham DM, Rees HV, Padian NS, Periago M, Fescina R, et al. Pouvoir sexuel et risque de VIH en Afrique du Sud. *Maladies infectieuses émergentes*. 2004 ;10(11) :1996–2004.
137. Njovana E, Watts C. Violence sexiste au Zimbabwe : nécessité d'une action concertée. *Questions de santé reproductive*. 1996 ; 4(7) :46–55.
138. Cohen D. Le capital humain et l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne : Organisation internationale du travail ; 2002.
139. Wingood G, DiClemente R, DiClemente R, Crosby R, Kegler M. La théorie du genre et du pouvoir. *Théories émergentes dans la pratique et la recherche en promotion de la santé : stratégies pour améliorer la santé publique*. San Francisco : Jossey-Bass ; 2002. p. 313–45.
140. Guedes A. Lutte contre la violence à caractère sexiste dans le secteur de la santé reproductive et du VIH : revue et analyse documentaire. *Popline*. 2004.
141. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP101/WP101.pdf>
142. <https://www.mcsprogram.org/resource/male-engagement-and-couples-communication-in-reproductive-maternal-and-child-health-in-nampula-and-sofala-provinces-of-mozambique/>
143. Robinson, J. L., Narasimhan, M., Amin, A., Morse, S., Beres, L. K., Yeh, P. T., et Kennedy, C. E. (2017). Interventions visant à remédier aux relations inégales entre les sexes et les rapports de force et à améliorer l'auto-efficacité et l'autonomisation dans la prise de décision relative à la SSR&DR des femmes vivant avec le VIH : Une étude systématique. *PLoS One*, 12(8), e0180699.
144. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Comportement sexuel dans son contexte : Une perspective globale. *Lancet*. 2006 ; 368(9548) :1706–28. Pmid :17098090
145. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M, et al. « La violence. Plus qu'assez Résultats d'une enquête participative mondiale auprès des femmes vivant avec le VIH. *Société internationale sur le SIDA 2015 ;18 (Supplément 5) :20285. Pmid :26643458*
146. Langen TT. Déséquilibre du pouvoir entre les sexes sur la capacité des femmes à négocier l'autoprotection contre le VIH/SIDA au Botswana et en Afrique du Sud. *Africa Health Sciences [Sciences de la santé en Afrique]* 2005 ; 5(3) :188–97. Pmid :16245988
147. https://unstats.un.org/unsd/gender/News/English/The%20Guardian_Two-thirds%20of%20world's%20illiterate%20adults%20are%20women,%20report%20finds%20_%20Global%20development.pdf

148. Gupta, G. R. (2002). Comment le pouvoir des hommes sur les femmes alimente l'épidémie de VIH : il limite la capacité des femmes à contrôler les interactions sexuelles.
149. Langen, T. T. (2005). Déséquilibre du pouvoir entre les sexes sur la capacité des femmes à négocier l'autoprotection contre le VIH/SIDA au Botswana et en Afrique du Sud. *African Health Sciences*, 5(3), 188-197.
150. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180699#pone.0180699.ref007>
151. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/when-women-lead-change-happens_en.pdf
152. Les données de l'Afrique du Nord n'étaient pas disponibles.
153. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/when-women-lead-change-happens_en.pdf
154. <https://africa.unwomen.org/en/what-we-do/leadership-and-political-participation>
155. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
156. <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work>
157. <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work>
158. <https://www.one.org/africa/blog/unpaid-domestic-labour-african-women/>
159. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
160. <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/csw61/redistribute-unpaid-work>
161. <https://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/LFEPbrief.pdf>
162. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
163. <https://www.one.org/africa/blog/unpaid-domestic-labour-african-women/>
164. Kim, J., Pronyk, P., Barnett, T., et Watts, C. (2008). Exploration du rôle de l'autonomisation économique dans la prévention du VIH. *SIDA*, 22, S57-S71.
165. https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2008/12004/Exploring_the_role_of_economic_empowerment_in_HIV.6.aspx
166. Beegle, K., et Christiaensen, L. (Eds.). (2019). Accelerating poverty reduction in Africa [Accélérer la réduction de la pauvreté en Afrique]. La Banque Mondiale.
167. Les femmes représentent plus des deux tiers des 796 millions d'analphabètes dans le monde.
168. <https://theirworld.org/explainers/girls-education#section-3>
169. <https://www.unicef.org/education/girls-education>
170. <https://en.unesco.org/themes/education-and-gender-equality>
171. King, E., et Winthrop, R. (2015). Les défis actuels de l'éducation des filles. Série de documents de travail mondiaux de Brookings.
172. <http://www.oecd.org/social/gender-development/38759356.pdf>
173. Hargreaves, J et Boler, T (2006) Le pouvoir au féminin : éducation des filles, comportement sexuel et SIDA en Afrique. Johannesburg, Afrique du Sud : ActionAid International.
174. https://www.unicef.org/media/media_58417.html
175. Behman JA. L'effet d'une scolarisation primaire accrue sur le statut VIH des femmes adultes au Malawi et en Ouganda : l'éducation primaire universelle comme expérience naturelle. *Soc Sci Med*. Février 2015 ; 127 :108-15.
176. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Gardez-les à l'école : l'importance de l'éducation comme facteur de protection contre l'infection par le VIH chez les jeunes femmes sud-africaines. *Int J Epidemiol*. 2008 ; 37 :1266-73.
177. Santelli JS, Mathur S, Song X, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Augmentation des inscriptions scolaires et diminution du risque de VIH et de grossesse chez les adolescents du district de Rakai, en Ouganda, 1994-2013. *Glob Soc Welf*. 2015 ; 2 :87-103.
178. <http://www.ungei.org/resources/files/Missed-opportunities-high-cost-of-not-educating-girls-World-Bank-July-2018.pdf>
179. De Neve J, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Durée de l'enseignement secondaire et risque d'infection par le VIH au Botswana : preuves d'une expérience naturelle. *The Lancet*. 2015 ; 3(8) : E470-E477.
180. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R et al. Accélérer les progrès - Santé sexuelle et reproductive et droits en matière de reproduction pour tous : rapport de la Commission Guttmacher-Lancet. *The Lancet*. 2018 ; 391(10140) :2642-92.
181. Alsan MM, Cutler DM. L'éducation des filles et le risque d'infection par le VIH : faits en Ouganda. *J Health Econ*. 2013 ; 32(5) : 863-72.
182. Agüero JM, Bharadwaj P. Les personnes les plus instruites en savent-elles plus sur la santé ? Preuve de la scolarisation et de la connaissance du VIH au Zimbabwe. *Développement économique et changement culturel*. 2014 ; 62(3) :489-517.
183. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
184. <http://uis.unesco.org/en/topic/education-africa>
185. <https://www.one.org/us/the-toughest-places-for-a-girl-to-get-an-education/>
186. <http://uis.unesco.org/en/topic/education-africa#:~:text=Of%20all%20regions%2C%20sub%2DSaharan,of%20about%2012%20and%2014.&text=Education%20in%20Africa%20is%20major%20priority%20for%20UNESCO%20and%20the%20UIS.>
187. <https://www.worldbank.org/en/topic/girlseducation>
188. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262171/>
189. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292576/>
190. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292576/>
191. https://www.un.org/ruleoflaw/files/INFORMAL_JUSTICE_SYSTEMS.pdf
192. Wojkowska, E., *Rendre justice : Comment les systèmes de justice informels peuvent y contribuer*, 2006
193. Ubink, J., et McInerney, T., [eds], *Justice coutumière : Perspective sur l'habilitation juridique*, 2011.
194. 5 Farran, S., *Le pluralisme est-il un obstacle aux droits de l'homme ? Considérations émanant du Pacifique Sud*, 2006.
195. 6 Ndulo, M., *Droit coutumier africain, coutumes et droits des femmes*, 2011. <https://scholarship.law.cornell.edu/facpub/187/> ; *Pacte pour les peuples autochtones d'Asie, violence, droit coutumier et droits des femmes autochtones en Asie*, 2012.
196. Réseau des femmes séropositives, Fiche d'informations : La criminalisation comme violence contre les femmes vivant avec le VIH, 2016.

197. Réseau de justice pour le VIH, Faire progresser la justice en matière de VIH 3 : Faire croître le mouvement mondial contre la criminalisation du VIH, 2019 <https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2019/05/AHJ3-Full-Report-English-Final.pdf>
198. Adapté de : <https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2019/05/AHJ3-Full-Report-English-Final.pdf>
199. McCall, B., « Preuves scientifiques contre la criminalisation du VIH [Rapport mondial] », *The Lancet*, 18 août 2018.
200. L'Organisation mondiale de la santé recommande que le dépistage et le conseil à l'initiative du prestataire soient considérés comme une composante systématique de l'ensemble des soins dispensés aux femmes enceintes dans les milieux à forte prévalence. OMS, Directives consolidées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH, 2013
201. ONUSIDA, Miles to go – Closing gaps; breaking barriers; righting injustices [Un long chemin reste à parcourir - combler les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices], 2018.
202. Au Malawi, une femme porteuse du VIH a été condamnée en vertu d'une disposition pénale générale pour un « acte illégal, négligent ou imprudent susceptible de propager une maladie dangereuse pour la vie ». Son délit consistait à allaiter un bébé alors qu'elle était porteuse du VIH. Elle a été condamnée bien qu'elle ait suivi une thérapie antirétrovirale et que l'enfant n'ait pas contracté le VIH. Sa condamnation a ensuite été annulée en appel dans l'affaire EL c. République [2016] MWHC.656
203. Patterson, S., et al., « L'impact de la criminalisation de la non-divulgation du VIH sur l'engagement dans les soins de santé des femmes vivant avec le VIH au Canada : un examen complet des preuves ». *Journal of the International AIDS Society*, 2015
204. Athena Network, 10 raisons pour lesquelles la criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission nuit aux femmes, 2009.
205. Sam-Agudu N., et al., Recherche d'un accès plus large au dépistage du VIH pour les adolescents en Afrique subsaharienne, 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26882367 OMS, VIH et adolescents : conseils pour le dépistage, le conseil et la prise en charge des adolescents vivant avec le VIH : recommandations pour une approche de santé publique et considérations pour les décideurs et les gestionnaires, 2013. www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/.
206. Commission mondiale sur le VIH et le droit, Le VIH et le droit : Risques, droits et santé, supplément, 2018. www.hivlawcommission.org/supplement
207. ONUSIDA, Les communautés au centre, 2019. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf.
208. Note d'information régionale – Les femmes en Afrique - <https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2017/06/Africa-RIB-Women.pdf> P.4. Note d'information régionale : LES FEMMES, LE VIH ET LA LOI (2011)
209. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-partnership-hiv-stigma-discrimination_en.pdf
210. https://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf
211. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
212. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
213. https://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf
214. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combattre la stigmatisation liée au VIH dans les établissements de soins de santé : qu'est-ce qui fonctionne ? *J Int AIDS Soc.* 2009 ; 12 :15.
215. Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Lutter contre la stigmatisation liée au VIH dans les milieux médicaux protégés. Soins aux patients atteints du SIDA. 2015 ;27(12) ; 1439–42.
216. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf
217. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf
218. Diaz, N. V., Rivera, S. M. et Cintron, F (2008) Combinaison de stigmates du SIDA dans un échantillon de professionnels de la santé portoricains : Éléments qualitatifs et quantitatifs. *Journal des sciences de la santé de Porto Rico*, 27 (2), pp. 147-157 ; et Thomas, B., Nyamathi, A. et Swaminathan, S (2009) Impact du VIH/SIDA sur les mères dans le sud de l'Inde : Une étude qualitative. *Sida et comportement*, 13 (5), pages 989-996.
219. Hirnschall G. Viser l'absence de discrimination dans les soins de santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016.
220. Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Woldie M. Stigmatisation et discrimination des personnes porteuses du VIH par les prestataires de soins de santé, Sud-Ouest de l'Éthiopie. *BMC Santé Publique*. 2012.
221. Farotimi A, Nwozichi C, Ojediran T. Connaissance, attitude et pratique de la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/SIDA chez les étudiants en soins infirmiers du sud-ouest du Nigeria. *Journal iranien des soins infirmiers et du métier de sage-femme*. Édition 2015 ; 20 :705.
222. Gagnon M. Repenser la stigmatisation liée au VIH dans les établissements de soins de santé : une étude qualitative. *Journal de l'Association des Infirmières et Infirmiers dans les soins du SIDA*. 2015 ; 26 :703–19.
223. Le CIRF (Centre international de la recherche sur les femmes) et l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (2010) Modélisation de l'impact de la stigmatisation sur les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA : Projections préliminaires pour la transmission mère-enfant. Londres : Le CIRF et l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres
224. Le CIRF et l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (2010) Modélisation de l'impact de la stigmatisation sur les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA : Projections préliminaires pour la transmission mère-enfant. Londres : Le CIRF et l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres.
225. Sibeko, L., Coutoudis, A., Nzuzi, S. et Gray-Donald, K. (2009) Expériences des mères en matière d'alimentation infantile : Contraintes et soutiens pour une alimentation optimale dans une communauté urbaine touchée par le VIH en Afrique du Sud. *Public Health Nutrition*, 12 (11), pp. 1983-1990.
226. Recommandation 200 : Recommandation concernant le VIH/SIDA et le monde du travail. Genève : Organisation internationale du travail ; 2010.
227. Campagne mondiale contre le SIDA : Le VIH et le monde du travail - pourquoi et comment nous devrions tous plaider pour la mise en œuvre de la recommandation de l'OIT sur le VIH et le lieu de travail. Genève : Organisation internationale du travail ; 2010.
228. Rapport sur les écarts 2014 : les personnes vivant avec le VIH. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2014.
229. Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. L'impact de l'exposition aux campagnes médiatiques et du soutien social sur les niveaux et les tendances de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH au Nigeria : des outils pour améliorer l'efficacité des programmes de prévention du VIH. *Revue des sciences biosociales*. 2010 ; 42(3) :395-407
230. Sprague L, Simon S, Sprague C. Discrimination dans l'emploi et stigmatisation du VIH : résultats d'une enquête menée auprès d'organisations de la société civile et de personnes porteuses du VIH en Afrique. *Revue africaine sur la recherche du SIDA*. Édition 2011 ; 10 :311–24.

231. S'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH/SIDA dans un programme sur le lieu de travail : nouveaux résultats. Washington, DC : Horizons ; 2002
232. Remarque : Il y a un manque de données en provenance d'Afrique du Nord et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour combler ces lacunes.
233. Enseignants vivant avec le VIH. Genève : Équipe de travail inter-institutions sur l'éducation du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2008.
234. Brown DC. Réduire la stigmatisation du VIH et du SIDA parmi les étudiants universitaires en Afrique du Sud. Ann Arbor, MI : ProQuest Information & Apprentissage ; 2009.
235. Winskell K, Miller KS, Allen KA, Obong'o CO. Guider et soutenir les adolescents porteurs du VIH en Afrique sub-saharienne : le développement d'un curriculum pour les membres de la famille et de la communauté. Revue Child Youth Services [Service à l'enfance et à la jeunesse]. 2016 ; 61 :253-60
236. Le VIH et les adolescents : directives pour le dépistage du VIH, le conseil et la prise en charge des adolescents porteurs du VIH : recommandations pour une approche de santé publique et considérations pour les décideurs et les gestionnaires. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013.
237. Stephenson R. Facteurs communautaires façonnant la stigmatisation liée au VIH chez les jeunes dans trois pays africains. AIDS Care [Soins aux patients atteints du SIDA]. 2009 ; 21(4) :403-10.
238. Pretorius JB, Greeff M, Freeks FE, Kruger A. Une intervention de réduction de la stigmatisation du VIH pour les personnes porteuses du VIH et leurs familles. Health SA Gesondheid. 2016 ; 21 :187-95.
239. <https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview>
240. <https://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2019-march-2020/work-progress-africa%E2%80%99s-remaining-conflict-hotspots>
241. <https://reliefweb.int/report/world/2019-natural-disasters-claim-more-1200-lives-across-east-and-southern-africa>
242. https://www.who.int/3by5/publications/documents/en/iasc_guidelines.pdf
243. <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/emergencies-conflicts-and-hiv-response>
244. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/august/20190815_peacekeeping-humanitarian-operations
245. <https://blogs.lse.ac.uk/africaatlse/2020/04/23/gender-based-violence-in-zimbabwe-a-pandemic-covid19-virus/>
246. Fonds des Nations Unies pour les Populations. Des millions de cas supplémentaires de violence, de mariages d'enfants, de mutilations génitales féminines et de grossesses non désirées sont attendus en raison de la pandémie de COVID-19 [site web du FNUAP]
247. <https://www.aidsdatahub.org/resource/gender-based-violence-and-covid-19>
248. ONUSIDA (2016) Rapport sur les lacunes en matière de prévention [pdf]
249. ONU Femmes (2014, 28 novembre) Message de la Directrice Exécutive d'ONU Femmes pour la Journée Mondiale du SIDA, le 1er décembre 2014
250. <https://www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/global-norms-and-standards>
251. Agenda 2063 Document cadre, L'Afrique que nous voulons - « Un cadre stratégique partagé pour une croissance inclusive et un développement durable et une stratégie globale pour optimiser l'utilisation des ressources de l'Afrique au profit de tous les Africains ».
252. Le premier plan décennal de mise en œuvre de l'Agenda 2063 formule des objectifs (nationaux et continentaux) à atteindre d'ici 2023, et indique les principales actions et étapes du processus sur les cadres de l'UA, ainsi que des stratégies indicatives pour atteindre les objectifs fixés.
253. Les programmes phares de l'Agenda 2063 comprennent : « Accroître l'accès à l'enseignement supérieur et à la formation continue en Afrique en touchant un grand nombre d'étudiants et de professionnels sur plusieurs sites simultanément et en développant des ressources d'enseignement ouvert, à distance et en ligne (ODEL) pertinentes et de haute qualité pour offrir à l'étudiant potentiel un accès garanti à l'université de n'importe où dans le monde et à tout moment (24 heures sur 24, 7 jours sur 7. »
254. Réf. L'Article XII du Protocole de Maputo exigeant des États qu'ils prennent toutes les mesures appropriées pour (a) « éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et garantir l'égalité des chances et d'accès dans le domaine de l'éducation et de la formation...(c) protéger les femmes, en particulier les petites filles, contre toutes les formes d'abus, y compris le harcèlement sexuel dans les écoles et autres établissements d'enseignement, et prévoir des sanctions contre les auteurs de telles pratiques ; ...(e) intégrer la sensibilisation aux questions sexospécifiques et l'éducation aux droits humains à tous les niveaux des programmes d'enseignement, y compris la formation des enseignants ».
255. Réf. L'Article VI du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique : « L'âge minimum du mariage pour les femmes est de 18 ans ».
256. Réf. L'Article VIII du Protocole de Maputo.
257. En particulier, en incluant une éducation complète, adaptée à l'âge et à la culture, sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, ainsi que l'orientation vers des services de SSR, et (en tant qu'intervention prioritaire) en veillant à ce que toutes les filles et tous les garçons achèvent un enseignement primaire et secondaire gratuit, équitable et de bonne qualité.
258. Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, http://www.africa-nion.org/official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/a.%20C.%20ON%20THE%20RIGHT%20AND%20WELF%20OF%20CHILD.pd
259. Dans le rapport de la 5ème réunion du Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant qui s'est tenue au Nairobi Safari Club à Nairobi, Kenya, du 8 au 12 novembre 2004.
260. Réf. L'Article 11.1(h) de la CADBE stipule que l'éducation doit favoriser « la compréhension par l'enfant des soins de santé primaires » ; et l'Article 11.2(e) précise que les parties « prennent des mesures spéciales à l'égard des enfants de sexe féminin... pour leur assurer un accès égal à l'éducation... ». L'Article 11.6 exige en outre que « toutes les mesures appropriées » soient prises « pour que les enfants qui tombent enceintes avant d'avoir terminé leurs études... aient la possibilité de poursuivre leurs études en fonction de leur capacité individuelle ».
261. africas_agenda_for_children-english.pdf (au.int)
262. La Charte africaine de la jeunesse définit la jeunesse ou les jeunes comme « toute personne âgée de 15 à 35 ans ».
263. Réf. L'Article 13 de la Charte africaine de la jeunesse stipule : « tout jeune a droit à une éducation de qualité » afin de développer « les compétences nécessaires à la vie courante pour fonctionner efficacement dans la société et d'inclure dans les programmes d'enseignement des questions telles que le VIH/SIDA, la santé reproductive, la prévention de la toxicomanie et les pratiques culturelles qui nuisent à la santé des jeunes filles et des femmes ».

264. Réf. L'Article 16.2 de la Charte africaine de la jeunesse requiert (b) « la participation des jeunes à l'identification de leurs besoins en matière de santé et de reproduction et à la conception de programmes qui répondent à ces besoins, en accordant une attention particulière aux jeunes vulnérables et défavorisés » ; (e) la disponibilité de « mesures de protection et de services de santé reproductive ».
265. Réf. L'Article 23.1, qui oblige les États à (a) « adopter des mesures législatives qui éliminent toutes les formes de discrimination à l'égard des filles et des jeunes femmes et garantissent leurs droits humains et leurs libertés fondamentales » ; (d) « garantir l'accès universel et égal à l'éducation formelle pendant au moins neuf ans et l'achèvement de cette éducation » ; (e) « garantir l'accès égal à l'enseignement professionnel, secondaire et supérieur et l'achèvement de cet enseignement afin de remédier efficacement au déséquilibre existant entre les jeunes hommes et les jeunes femmes dans certaines professions » ; (j) « offrir aux jeunes femmes l'égalité d'accès à l'emploi et promouvoir leur participation dans tous les secteurs de l'emploi ».
266. <https://au.int/en/pressreleases/20200206/campaign-accelerated-reduction-maternal-mortality-africa-carmma-2009-2019>
267. <https://www.carmma.org>
268. Les partenaires de la campagne CRAMM sont le FNUAP, la FIPP (Fédération internationale pour la planification familiale) AR, le Partenariat sur la santé maternelle, néonatale et infantile (PMNCH), Marie Stopes International, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), UKAid, l'UNICEF et Partners in Population Development Africa [Partenaires en Population et Développement (Région Afrique)].
269. <http://freetoshineafrica.org/>
270. https://au.int/sites/default/files/pages/32905-file-campaign_to_end_child_marriage_in_africa_call_for_action-_english.pdf
271. ONUSIDA/02.31E (Version originale, juin 2002) ISBN 92-9173-190-0
272. Page 32 du document relatif au Cadre de la Commission de la condition de la femme « CCF 60 ».pdf
273. CDDA PF. Modèle de loi de la CDAA sur le mariage des enfants https://www.sadcpf.org/index.php?option=com_content&view=article&id=146:sadc-model-law-on-child-marriage-on-the-cards&catid=125:news-a-events
274. Maffi, I. et M. Affes, Le droit à l'avortement en Tunisie après la révolution de 2011 : Dispositions juridiques, médicales et sociale, vues à travers sept histoires d'avortement. *Santé et droits de l'homme*, 2019. 21(2) : p. 69
275. Kimani, M., Les femmes d'Afrique du Nord obtiennent plus de droits. *Afrique Renouveau*, 2008. 22(2) : pages 8-10.
276. Rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD, page 50.
277. Delany-Moretlwe, S., Scorgie, F., et Harvey, S. 2018. Synthèse de données STRIVE : L'étude EMPOWER : Une évaluation d'une intervention combinée de prévention du VIH incluant la PrEP orale pour les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique du Sud et en Tanzanie. http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/EMPOWER%20brief_0.pdf
278. <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/technical-areas/dreams>
279. Birdthistle, I., et al., Évaluation de l'impact du partenariat DREAMS pour réduire l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes dans quatre contextes : un protocole d'étude. *BMC Santé Publique*, 2018. 18(1) : p. 912.
280. <http://sheconquerssa.co.za/>
281. Subedar, H., Barnett, S., Chaka, T., Dladla, S., Hagerman, E., Jenkins, S., ... et Schultz, L. (2018). Faire fonctionner la collaboration multisectorielle : Lutter contre le VIH en donnant des moyens d'action aux adolescentes et aux jeunes femmes : une campagne multisectorielle menée par le gouvernement en Afrique du Sud. *The BMJ*, 363.
282. <https://raisingvoices.org/sasa/>
283. Abramsky, T., Devries, K. M., Michau, L., Nakuti, J., Musuya, T., Kyegombe, N., et Watts, C. (2016). L'impact de SASA ! Une intervention de mobilisation communautaire, sur les expériences des femmes en matière de violence conjugale : résultats secondaires d'un essai randomisé en grappes à Kampala, en Ouganda. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 70(8), 818-825.
284. Abramsky, T. et al (2014) Résultats de l'étude SASA ! : un essai contrôlé randomisé en grappes pour évaluer l'impact d'une intervention de mobilisation communautaire visant à prévenir la violence contre les femmes et à réduire le risque de VIH à Kampala, en Ouganda. *BMC Medicine* 12 :122
285. USAID DREAMS : Partenariat pour réduire le VIH/SIDA chez les adolescentes et les jeunes femmes
286. <https://au.int/en/sa/cecm>
287. L'UA a organisé la campagne avec le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et le FNUAP, et coopère avec un large éventail de partenaires, dont la Fondation Ford, la Commission économique des Nations unies pour l'Afrique (CENUA), Save the Children, Plan International, le Forum sur la politique de l'enfance en Afrique (ACPF) et le ministère britannique du développement international (DFID).
288. Ministère de la jeunesse, des sports et de la culture. 2004. Politique nationale de la jeunesse. République fédérale démocratique d'Éthiopie
289. Ministère de la jeunesse, des sports et de la culture. 2004. Politique nationale de la jeunesse. République fédérale démocratique d'Éthiopie
290. Centre international de recherche sur les femmes (CIRF) (2005) La stigmatisation liée au VIH dans tous les contextes : un point commun à son origine [pdf]
291. SOAWR (Solidarité pour les droits des femmes africaines) a identifié sept priorités : l'accès des femmes à la prise de décision ; l'accès, le contrôle et la propriété des terres et des biens ; la SSR&DR ; les femmes et le VIH ; la santé maternelle ; la violence à caractère sexiste à l'égard des femmes et les pratiques néfastes ; et les femmes et le secteur privé.
292. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
293. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20200909_Lessons-HIV-COVID19.pdf
294. https://www.iwtc.org/ideas/5_girls.pdf
295. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf
296. <https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/multi-stakeholder-hearing-statements/>
297. https://www.iwtc.org/ideas/5_girls.pdf
298. Planification, N. E. P. A. D. (2018). Agence de coordination (2015) Rapport consolidé des communautés économiques régionales (CER) d'Afrique - Renforcement des capacités institutionnelles pour une prestation efficace. Midrand, janvier.
299. L'initiative est menée conjointement par l'ONUSIDA, l'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF et ONU Femmes.



**L'Égalité des Genres,
l'Autonomisation des Femmes et le
VIH en Afrique:**
L'impact des enjeux croisés et les
priorités continentales

DÉTAILS DU CONTACT

+251 (0) 11 551 77 00
+251 (0) 11 551 78 44

 www.au.int

 Siège de l'Union africaine,
Case postale 3243,
Roosevelt Street (zone de l'ancien aéroport),
W21K19,
Addis Ababa,
Ethiopie