

Juin 2014



RENFORCER LA PRÉVENTION DU VIH FONDÉE SUR DES DONNÉES ÉCLAIRÉES VISANT LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES

Bref

Melanie Croce-Galis,¹ Karen Hardee,² et Jill Gay¹

¹ What Works Association, ² Population Council

Photo credit: 2006 Mike Wang/PATH, Courtesy of Photoshare

I. Introduction

Les adolescents d'aujourd'hui n'ont jamais connu un monde sans SIDA.¹ Les personnes nées séropositives et celles qui commencent à avoir des rapports sexuels sous l'ère du VIH et du SIDA sont exposées à des défis et des risques compliqués, jusqu'alors inconnus des générations précédentes. Aujourd'hui, 1,8 milliards des jeunes âgés de 10 à 24 ans représentent 26 pour cent de la population mondiale et 32 pour cent dans certaines régions comme l'Afrique subsaharienne.² De nombreux pays affichant la prévalence du VIH la plus élevée connaissent une « explosion démographique de jeunes » ; par conséquent, malgré une prévalence du VIH décroissante, la proportion absolue de jeunes atteints du VIH ou exposés au risque de contracter le VIH augmentera dans les cinq prochaines années. Il apparaît également de plus en plus clairement que de nombreux comportements à haut risque au sein de populations clés commencent dès l'adolescence.³ Par conséquent, les adolescents sont au centre des priorités dans le programme de prévention du VIH. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables, présentant des taux d'infection du VIH presque deux fois plus élevés que ceux des jeunes hommes.⁴ Fin 2012, près de deux tiers des nouvelles infections du VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans touchaient des filles.⁵

À propos de ce dossier

Ce dossier présente les interventions prioritaires des chargés de programme, étayées de données factuelles tirées de programmes réussis destinés aux femmes et aux filles, même si certaines des interventions mentionnées vont également dans l'intérêt des hommes et des garçons. Ce dossier s'articule en trois parties : les domaines prioritaires fondés sur des données éclairées nécessaires aux programmes ; les lacunes à résoudre dans la mise en œuvre et la recherche ; et les considérations liées à l'extension des programmes réussis adressés aux filles et jeunes femmes. Pour plus d'informations sur ces points ou toutes autres interventions, rendez-vous sur www.whatworksforwomen.org. Les interventions décrites ci-après reposent sur un examen approfondi des données factuelles mondiales ; néanmoins, la réponse de chaque pays et de chaque communauté doit être adaptée afin de répondre aux opportunités spécifiques et aux défis rencontrés à l'échelle locale.

Une génération non atteinte du SIDA est un scénario improbable sans prise en compte des besoins spécifiques des adolescents – en particulier des filles – qui les exposent au risque de contracter le VIH.

Méthodologie

Les données factuelles des interventions efficaces et prometteuses de prévention du VIH visant les femmes et les filles ont été recueillies dans le cadre d'une analyse de documentation de *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions* (www.whatworksforwomen.org) au cours du mois de janvier 2012. Les conclusions se sont appuyées sur des rencontres avec les spécialistes éminents de gestion de programmes, de politique et de recherche sur les adolescents ainsi que sur des recherches menées au moyen de SCOPUS, Medline, et Popline de 2005 à 2011 à l'aide des mots-clés de recherche « VIH », « SIDA », « femme » et d'autres termes spécifiques. La documentation non publiée a été recueillie en passant en revue des sites Internet clés, dont celui des agences des Nations Unies, de l'Organisation Mondiale de la Santé, de la Collaboration Cochrane ; de l'Open Society Institute ; du Conseil International pour la recherche sur les femmes ; du Population Services International ; du Population Council ; de la Communauté internationale des femmes atteintes du VIH/SIDA ; de la Banque mondiale ; du FHI 360 ; AIDStar I et II, et du Guttmacher Institute. Des spécialistes ont été consultés sur chaque sujet afin de garantir l'exhaustivité des données factuelles collectées (cf. www.whatworksforwomen.org pour de plus amples informations sur la méthodologie, y compris sur la quantité totale d'articles et de rapports étudiés et la liste intégrale des références complètes).

La tangibilité des données factuelles a été évaluée grâce à la version modifiée de l'échelle de gris (Tableau 1), conçue pour les examens systématiques menés par la Collaboration Cochrane d'analyses systématiques (<http://www.cochrane.org/>) et appliquée au panel d'interventions de cette analyse. La méthodologie intègre trois dimensions afin de classer les interventions comme « Réussies » et « Prometteuses » :

1. La profondeur des données factuelles (la quantité d'évaluations/d'études étayant l'intervention) ;
2. L'étendue des données factuelles (le nombre de pays fournissant des données pour étayer l'intervention) ; et
3. La tangibilité des données factuelles (échelle de gris) où la mention « Réussies » correspond à des études de gris I, II, ou IIIa pour au moins deux pays et/ou cinq études de gris IIIb, IV, ou V dans plusieurs pays ; et « Prometteuses » correspond à des études de gris I, II, ou IIIa sur un seul paramètre ou au moins deux études de catégorie de gris IIIb, IV, ou V dans un pays ou une région.

Les données ont été classées conformément à un cadre socio-écologique puis ventilées selon différentes populations d'adolescents et de jeunes adultes. Les catégories sont assez souples : par exemple, les idées reçues propres à chaque sexe peuvent être abordées à l'échelle de la communauté ou de la société ; les initiatives d'éducation à l'intention des individus peuvent être traitées à l'échelle de la société ou de la communauté, etc. Par conséquent, cette structure est présentée à titre d'illustration.

Tableau 1. Échelle de gris de tangibilité des données factuelles

Type	Tangibilité des données factuelles
I	Données factuelles tangibles provenant d'au moins une analyse systématique de plusieurs essais rigoureux, contrôlés et aléatoires.
II	Données factuelles tangibles provenant d'au moins un essai rigoureux, aléatoire, contrôlé et de taille appropriée.
IIIa	Données factuelles d'études/essais rigoureux non aléatoires, incluant un groupe témoin (ex. études de cas-témoins appariés quasi-expérimentaux, avant-après avec groupe témoin).
IIIb	Données factuelles d'études/essais rigoureux non aléatoires n'incluant pas de groupe témoin (ex. groupe unique avant-après, cohorte, séries chronologiques/chronologiques interrompues).
IV	Données factuelles tirées d'études rigoureuses non expérimentales de plusieurs centres ou groupes de recherche.
V	Opinions des autorités respectées, reposant sur des données cliniques, des études descriptives, ou rapports de comités d'experts.

Remarque : Le gris comprend cinq types de données factuelles.⁶ Quant à What Works, le niveau III a été subdivisé afin de différencier les études et évaluations incluant des groupes témoins (IIIa) de celles n'en incluant pas (IIIb). Des études qualitatives peuvent correspondre à la fois aux niveaux IV et V, en fonction du nombre de participants à l'étude, parmi d'autres facteurs.⁷

Lignes directrices de gestion du programme visant les adolescents

L'adolescence étant une période d'apprentissage si intense, une *approche évolutive des inégalités entre les sexes* (une approche visant à transformer les relations filles/garçons afin d'encourager l'équité comme moyen de parvenir à des résultats en matière de santé)⁸ est essentielle au programme destiné aux adolescents, dans la mesure où elle peut aborder les idées reçues néfastes propres à chaque sexe qui exposent les jeunes femmes au risque de contracter le VIH.

Le programme pour les adolescents doit également *adhérer aux principes des droits de l'homme*, comme prévu dans les traités et conventions relatifs aux droits de l'homme, y compris, mais sans s'y limiter, la Convention relative aux droits de l'enfant.⁹

Il convient de rappeler que la plupart des données factuelles énoncées dans les présentes est tirée d'études menées auprès de personnes qui n'ont pas besoin d'autorisation parentale pour participer à une étude, âgées de 18 ans dans différents pays, mais cela peut varier ; l'âge de l'autorisation parentale est déterminé par le comité d'éthique de recherche institutionnel de chaque pays. Néanmoins, une grande partie du travail accompli auprès des adultes, tel que le développement des services de conseil et de dépistage, présente un potentiel de réduction de pertes humaines chez les adolescents. Bien que les études citées n'aient pas été menées auprès d'adolescents (groupes d'âge indiqués), certaines conclusions pourraient être adaptées et, sous réserve d'une évaluation rigoureuse, appliquées à une population d'adolescents. De

la même manière, les données factuelles sur le renforcement des interventions reposent sur l'extension du programme à tous les âges confondus, bien que l'expérience spécifique aux jeunes et aux adolescents en soit toujours à ses débuts.¹⁰ L'évaluation constante de l'adaptation du programme à l'intention des jeunes contribuera à combler les lacunes en matière de données factuelles sur le programme de prévention du VIH auprès des adolescents.

II. Interventions prioritaires

Au vu des données disponibles à ce jour, les interventions indiquées ci-après doivent être considérées comme prioritaires pour la prévention du VIH auprès des adolescents. Les principales composantes des interventions sont *indiquées en italique* et les citations de référence annotées. Malgré de nombreux programmes prometteurs, il reste très peu d'interventions rigoureusement évaluées visant les adolescents afin de justifier les recommandations d'extension nationale. Les deux exceptions notables sont un niveau de scolarisation croissant chez les adolescents et une éducation sexuelle complète de grande qualité dispensée.

Remarque sur l'âge : Les besoins des très jeunes adolescents (10-14 ans) diffèrent considérablement de ceux des adolescents plus âgés (15-18 ans) et des jeunes adultes (19-24 ans) ; par conséquent, les interventions suivantes et leurs éléments doivent être mis en œuvre en fonction de l'âge. Néanmoins, le comportement sexuel des adolescents ne connaît pas de limites d'âge : certains adolescents peuvent avoir un début précoce d'activité sexuelle, tandis que d'autres peuvent rester abstinentes jusqu'à un âge plus avancé.

Figure 1. Un modèle socio-écologique

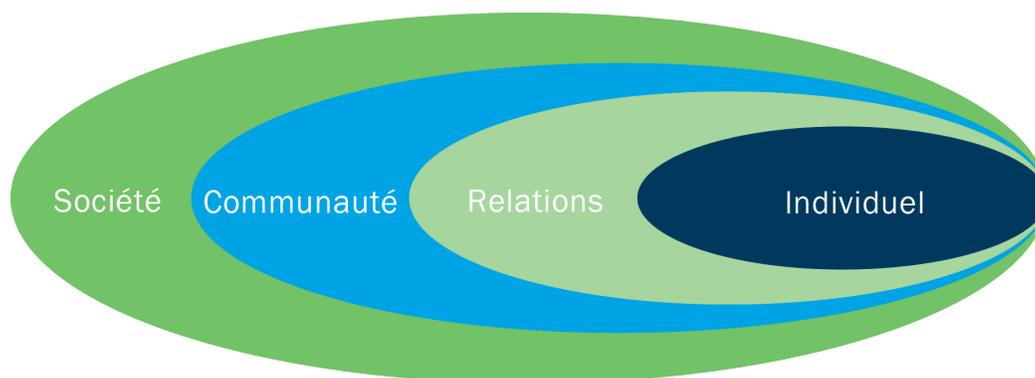




Photo par: Star for Life

Niveau sociétal

Réussie: Améliorer le niveau de scolarisation de tous les adolescents

Un lien peut être établi entre l'amélioration du niveau de scolarisation des garçons et des filles et la réduction du risque de transmission du VIH. Un risque de plus en plus faible de transmission du VIH chez les plus instruits – en particulier chez les filles – apparaît très clairement.¹¹ Les interventions ayant réussi à améliorer le niveau de scolarisation et associées à la réduction de la transmission du VIH impliquent la *suppression des frais de scolarité* afin de permettre aux filles d'aller (ou de rester) à l'école¹² et la *mise en place d'un encadrement pédagogique pour les orphelins*.¹³ Les systèmes d'allocations sous conditions constituent une stratégie prometteuse qui peut permettre aux filles de rester à l'école et favoriser une réduction de l'incidence du VIH.¹⁴

Les stratégies de lutte contre le VIH doivent promouvoir la scolarisation des filles. L'amélioration du niveau de scolarisation exige la collaboration au sein des secteurs de la santé et de l'éducation, ainsi que des organismes de coordination des programmes liés au VIH, afin de coordonner la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation. À l'échelle mondiale, des progrès ont été réalisés dans l'amélioration du taux d'achèvement du cycle primaire ; toutefois, la garantie que tous les adolescents terminent le cycle secondaire est une priorité quotidienne. Cet objectif est important en soi, et doit également être poursuivi du fait de son interaction avec de nombreux résultats positifs en matière de santé, notamment la réduction de l'incidence du VIH.

Réussie : Proposer une éducation sexuelle complète de qualité à l'ensemble des adolescents

Il apparaît clairement que *l'éducation sexuelle et sur le VIH* assortie de certaines caractéristiques (ex. un accent claire-

ment mis sur la prévention du VIH ; aborder des situations qui pourraient aboutir à des rapports non consentis ou non protégés, la façon de les éviter, et la façon de se sortir de telles situations ; un accent mis sur la connaissance, les valeurs, les normes, les attitudes, et les compétences ; le recours à des méthodes pédagogiques participatives, etc.)¹⁵ préalable aux prémices de l'activité sexuelle peut s'avérer efficace en termes de réduction des stigmatisations et de prévention de la transmission du VIH en élevant l'âge du premier rapport sexuel et, pour les personnes menant une vie sexuelle, en favorisant le recours au préservatif et au dépistage du VIH, et en réduisant le nombre de partenaires sexuels.¹⁶ Il convient de faire remarquer que les seules interventions en milieu scolaire n'ont pas démontré d'impact en termes de réduction de l'incidence du VIH ; cependant, elles ont révélé des effets favorables sur la sensibilisation et les comportements signalés,¹⁷ en laissant entendre que l'éducation sexuelle est nécessaire à une prévention efficace du VIH mais doit être accompagnée d'autres interventions, à savoir des services de santé accessibles et à l'écoute des jeunes.¹⁸

La *qualité de l'éducation sexuelle* est aussi importante que les services qu'elle propose ; la fidélité aux composantes vertueuses des programmes pilotes doit être maintenue. La *formation des enseignants* afin de dispenser une éducation sexuelle participative et adaptée à l'âge, pouvant améliorer la connaissance et les compétences des étudiants, est primordiale.¹⁹ Pour plus d'informations, cf. *Comprehensive Sexuality Education: The Challenges and Opportunities of Scaling Up* (UNESCO, 2012).

Niveau communautaire

Prometteuse : Garantir l'accès aux services de santé et au dépistage à tous les adolescents et jeunes adultes

Les besoins des jeunes en services sont souvent négligés

dans le programme lié au VIH, pas spécialement conçu pour les adolescents. Proposer des *services cliniques acceptables et accessibles aux jeunes, pratiques d'accès, abordables, confidentiels et non critiques* est une manière prometteuse d'améliorer le recours à des services de santé en matière de reproduction clinique, notamment le conseil et le dépistage du VIH (HTC).²⁰ Les politiques qui prévoient l'autorisation parentale pour le HTC peuvent entraver l'accès aux services pour les adolescents. Il apparaît clairement que la mise à disposition de services de *conseil et de dépistage du VIH* peut aider les femmes à connaître leur statut de séropositivité et à améliorer leurs comportements prudents, plus particulièrement celles dont le test était positif (*réussite auprès des adultes*);²¹ cependant, de nombreuses études sur le dépistage ne sont pas axées sur les adolescents. La prestation des services de *conseil et de dépistage du VIH ainsi que d'autres services de santé* a fait ses preuves pour augmenter la proportion d'adultes accédant au HTC (*réussite auprès des adultes*).²² Pour ce qui est des adolescents porteurs du VIH, la *mise à disposition du traitement antirétroviral (ARV)* peut réduire (mais n'élimine pas pour autant) le risque de transmission du VIH et constitue une stratégie supplémentaire de prévention du VIH.²³ La mise en place de *protocoles complets de prise en charge des victimes de viol*, incluant la prophylaxie post-exposition (PPE) et la contraception d'urgence, peut améliorer les services accessibles à tous.²⁴

Prometteuse : Utiliser les moyens de communication de masse et les campagnes de marketing social comme outil pour sensibiliser les adolescents

Les moyens de communication de masse et les campagnes de marketing social se sont avérés des outils très utiles pour réaliser bon nombre d'objectifs et, si utilisés de manière ciblée et coordonnée à d'autres interventions, peuvent sensibiliser efficacement un grand nombre de jeunes pour ainsi augmenter le nombre d'individus et de couples qui ont accès aux services de conseil et de dépistage du VIH.^{25,26} Le bilan est plus mitigé pour ces campagnes dans leur capacité à persuader les adolescents de sexe masculin et féminin de changer leurs comportements à risque.²⁷ Les données factuelles auprès des adultes ont montré que *les interventions au niveau de la communauté (y compris les médias) apportant des informations précises sur la transmission du VIH* peuvent réduire considérablement les stigmatisations et la discrimination liées au VIH (*réussite auprès des adultes*);²⁸ *les campagnes sur les moyens de communication de masse portant sur l'égalité des sexes* inscrites dans le cadre d'interventions complètes intégrées peuvent améliorer les comportements prudents face au VIH (*prometteur chez les adultes*);²⁹ et, *la promotion de la santé publique peut accroître la sensibilisation à la violence à l'encontre des femmes (prometteur chez les adultes)*.³⁰

Niveau relationnel

Prometteuse : Mettre l'accent sur l'égalité des sexes pour tous les adolescents et jeunes adultes

Les idées reçues néfastes propres à chaque sexe constituent un facteur de risque favorable à la violence et peuvent augmenter le risque de contracter le VIH. Des spécialistes du développement et du genre s'accordent de plus en plus sur le fait que les interventions visant à aborder les idées reçues propres à chaque sexe et à réduire le VIH doivent travailler avec « les hommes et les femmes, les garçons et les filles, dans une démarche bien plus forte et mutuelle, pour défier les idées reçues propres à chaque sexe, parvenir à l'état d'égalité des sexes et améliorer la santé. »³¹ Aborder l'égalité des sexes au cours de la période formatrice qu'est l'adolescence peut transformer les attitudes à long terme.

La formation des enseignants sur la violence à caractère sexiste est une stratégie prometteuse de changement des normes sur son acceptation.³² Pour ce qui est des adolescents plus âgés et des jeunes adultes (16–24 ans) *les approches pédagogiques participatives à l'échelle communautaire intégrant hommes et femmes* peuvent engendrer plus de rapports égalitaires entre les sexes, et par conséquent réduire la violence (*réussite auprès des adultes*).³³ Les données factuelles ont démontré que le fait d'aborder l'égalité des sexes, en particulier auprès des hommes (âge non précisé), s'accompagnant de *la formation, de discussions entre pairs et partenaires, et de l'éducation à l'échelle communautaire* qui remet en question les idées reçues néfastes propres à chaque sexe, peut améliorer la prévention du VIH, le dépistage, les traitements et prises en charge (*réussite auprès des adultes*).³⁴ Chez les adultes, *le dialogue au sein du couple et les conseils*, incluant les techniques de prévention de la violence à caractère sexiste, peuvent également augmenter la proportion de couples recevant et transmettant les résultats de leurs tests (*réussite auprès des adultes*).³⁵ Cela peut également être testé comme une stratégie visant les adolescents mariés et ceux en couple.

Niveau individuel

Prometteuse/réussie : Améliorer la connaissance et encourager le comportement prudent chez les adolescents les plus jeunes

Les efforts nationaux pour diminuer ou retarder l'activité sexuelle, développer le recours aux préservatifs, et réduire le nombre de partenaires sexuels peuvent être efficaces dans la prévention de la transmission du VIH.³⁶ Les interventions réussies comprennent *des programmes complets adressés aux jeunes*, à l'instar de ceux recourant à des composants multiples (ex. coordination politique et intégration des services

de santé, formations aux capacités d'autosuffisance, séminaires, sports, etc.) qui peuvent améliorer la connaissance des adolescents sur le VIH et encourager un comportement prudent (*réussite*).³⁷ Le conseil peut réduire les comportements à risque et la transmission du VIH chez les adultes,³⁸ et l'intégration de discussions sur la consommation d'alcool dans le HTC peut développer les comportements préventifs tels que l'utilisation de préservatifs, la diminution de partenaires, et la réduction de la consommation d'alcool (*réussite auprès des adultes*), même si ces études n'ont pas été testées de façon spécifique sur les adolescents. Les interventions prometteuses telles que le fait d'encourager la communication entre adultes et jeunes sur les informations de santé en matière de reproduction, peut augmenter les comportements prudents chez les adolescents,⁴⁰ et le fait de proposer une éducation préventive sur le VIH par des personnes porteuses du VIH (souhaitant divulguer leur séropositivité) aux jeunes peut appuyer les messages sur l'adoption d'un comportement prudent.⁴¹

Prometteuse : Mettre l'accent sur les préservatifs auprès des adolescents qui ont des rapports sexuels

L'utilisation de préservatifs est une méthode de prévention essentielle, réduisant de plus de 95 pour cent les chances de contracter le VIH⁴², avec une efficacité comparable entre les préservatifs masculins et féminins lorsqu'ils sont utilisés systématiquement et correctement. Agir dès le début de l'activité sexuelle, en promouvant les préservatifs, soit en séances individuelles soit en séances de groupe, assorties de formations aux compétences, de distributions de préservatifs, et d'une éducation motivante, peut accroître l'utilisation de préservatifs (*réussite auprès des adultes*).⁴⁴ Accroître l'accessibilité et la mise à disposition des préservatifs peut développer le recours aux préservatifs (*prometteur chez les adultes*).⁴⁵ De la même manière, l'élargissement de la distribution de préservatifs féminins peut accroître l'utilisation du préservatif féminin, et par conséquent faire augmenter le nombre de rapports sexuels protégés, et prévenir la transmission et l'infection du VIH (*réussite auprès des adultes*).⁴⁶ La promotion du double usage des préservatifs comme moyen de contraception et de prévention du VIH peut rendre son utilisation plus acceptable et plus facile à négocier (*réussite auprès des adultes*),^{47,48} en particulier chez les jeunes (*prometteur chez les adolescents*).⁴⁹ En outre, la distribution de préservatifs auprès des jeunes peut aider les adolescents à accéder aux préservatifs de manière plus décomplexée (*prometteur chez les adolescents*)⁵⁰ et promouvoir le plaisir associé à l'utilisation de préservatifs masculins et féminins peut augmenter la pratique d'un sexe plus sûr (*prometteur chez les adultes*).⁵¹ Pour ce qui est des adolescents plus âgés, les interventions efficaces impliquent également de développer la communication au sein du couple sur le risque du VIH, pouvant augmenter les comportements préventifs, dont l'utilisation



Photo par: hodag

du préservatif (*réussite auprès des adultes*).⁵² En règle générale, la promotion de l'acceptabilité de l'utilisation du préservatif par les femmes et les hommes comme la norme en matière de rapports sexuels est une stratégie prometteuse visant à abaisser la prévalence nationale du VIH.⁵³

Prometteuse : Favoriser l'emploi pour les adolescents plus âgés et les jeunes adultes

Bien que de meilleurs indicateurs et des programmes plus rigoureux soient nécessaires pour mesurer l'impact lié au VIH et au SIDA de l'émancipation économique sur les femmes et les filles, les études ont parfaitement démontré que l'amélioration de l'accès des femmes à l'information, aux compétences, aux technologies, services, assistance sociale, et revenus ont accru leur capacité à se protéger elles-mêmes du VIH.⁵⁴ Pour les jeunes hommes, également, l'amélioration de l'accès à l'emploi favorise un meilleur développement humain et social ainsi que l'éradication de la pauvreté. L'amélioration des opportunités d'emploi, de la microfinance, ou des activités génératrices de revenus à petite échelle peut également réduire un comportement favorisant le risque du VIH, en particulier chez les adultes, et peut s'avérer prometteuse chez les adolescents et les jeunes adultes, si évaluée avec rigueur.^{55,56} La mise à disposition du dépistage du VIH et des conseils sur site en milieu professionnel peut favoriser l'adoption du HTC.⁵⁷

Réussie : Soutenir les orphelins et enfants vulnérables (OVC)

Les orphelins et les enfants vulnérables sont une population clé exposé au risque de contraction du VIH. Les filles devenues orphelines à cause du VIH et du SIDA sont confrontées à de nombreux handicaps : En tant qu'enfants, elles ne bénéficient d'aucune garantie juridique (ex. succession et propriété), manquent de maturité, et n'ont pas les compétences nécessaires pour s'occuper d'elles-mêmes et pour subvenir à leurs besoins. En tant qu'enfants de sexe féminin, souvent elles ne bénéficient pas d'une égalité d'accès aux ressources du foyer en matière de scolarisation, alimentation, ou de santé. Lorsqu'une catastrophe frappe la famille, les filles sont souvent celles qui doivent quitter l'école pour vaquer à toujours plus de tâches ménagères au sein du foyer.

Les interventions réussies auprès des orphelins et des enfants vulnérables impliquent *un soutien et des conseils psychologiques*, susceptibles d'améliorer leur bien-être psychologique.⁵⁸ Les programmes proposant *une assistance sociale, de santé et économique intégrée axée sur la famille* peuvent également se traduire par une amélioration des systèmes de santé et d'éducation pour les orphelins.⁵⁹ Depuis que les orphelins sont confrontés en particulier au risque du VIH,⁶⁰ les programmes proposant des allocations à l'échelle de la communauté, des opportunités de microentreprise, des pensions de vieillesse ou toute autre *aide financière et de subsistance* peuvent s'avérer efficaces dans le soutien apporté aux orphelins.⁶¹ Les stratégies prometteuses pour les orphelins et les enfants vulnérables impliquent la création de *projets de développement communautaires*, plutôt qu'un programme très défini lié au VIH et au SIDA, afin de réduire les stigmatisations à l'encontre des personnes devenues orphelines à cause du SIDA.⁶²

Prometteuse/réussie : Aider les jeunes femmes s'adonnant au commerce du sexe à se protéger

Bien que les jeunes femmes puissent entrer dans la prostitution à un âge précoce, « les Nations Unies limitent leur définition de "travailleurs du sexe" aux adultes âgés de plus de 18 ans et affirment que l'implication d'enfants (de moins de 18 ans) dans des rapports sexuels rémunérés/commerce du sexe et toutes autres formes d'exploitation et d'abus viole les conventions des Nations Unies ainsi que le droit international des droits de l'homme. Les enfants de moins de 18 ans se livrant au commerce du sexe sont des victimes et ne sont pas considérés comme des travailleurs du sexe. »⁶³ Les interventions de prévention du VIH destinées aux enfants victimes d'exploitation et de traite dépassent le propos de ce dossier.

Concernant les femmes de plus de 18 ans impliquées dans le commerce du sexe, certaines interventions au titre de programmes ont démontré leur succès, y compris *les programmes de prévention complets* intégrant des éléments tels que l'éducation par les pairs, les fournitures et services médicaux, et les groupes de soutien. Ces derniers peuvent s'avérer efficaces pour inciter les travailleurs du sexe à adopter des pratiques sexuelles plus sûres (*réussite auprès des adultes*).⁶⁴ *L'éducation par les pairs* auprès des travailleurs du sexe⁶⁵ (*réussite auprès des adultes*) et *les politiques impliquant les travailleurs du sexe, les propriétaires de maisons closes et les clients* dans le développement et la mise en place de l'utilisation du préservatif peut accroître le recours du préservatif signalé (*prometteur chez les adultes*).^{66,67}

Les autres interventions réussies comprennent les *interventions cliniques avec des travailleurs de proximité*, qui peuvent s'avérer efficaces pour développer le recours au préservatif et le dépistage du VIH chez les travailleurs du sexe (*réussite auprès des adultes*);⁶⁸ la *promotion des services cliniques quotidiens, de grande qualité, volontaires et confidentiels associés aux infections sexuellement transmissibles (IST)* prévoyant la promotion du préservatif peut réduire le risque du VIH parmi les travailleurs du sexe⁶⁹ (*prometteur chez les adultes*); et, *créer un sens communautaire, d'émancipation et des responsabilités* parmi les travailleurs du sexe peut contribuer à soutenir une prévention efficace du VIH (*réussite auprès des adultes*).⁷⁰ *Cibler les clients masculins* est une intervention prometteuse qui peut développer le recours au préservatif et réduire le risque de VIH chez les travailleurs du sexe.⁷¹

Prometteuse : Encourager le comportement prudent pour les jeunes s'injectant des drogues

Dans les régions où la consommation de drogues participe à l'épidémie de VIH, en particulier chez les adolescents plus âgés et les jeunes adultes, *le traitement par agonistes opioïdes*, plus particulièrement les programmes de maintien à la méthadone et à la buprénorphine, mène à des réductions de la consommation de drogues, de la transmission du VIH, et du comportement à risque chez les personnes s'injectant des drogues et peut être utilisé de façon sûre et efficace par les femmes enceintes (*réussite auprès des adultes*).⁷² *Les programmes complets de réduction des méfaits*, incluant les programmes d'échange de seringues, la distribution de préservatifs, l'aide et la thérapie agoniste, les interventions animées par les pairs, et les conseils de réduction des risques sans jugement de valeur peuvent réduire les comportements à risque associés au VIH ainsi que sa prévalence parmi les personnes s'injectant des drogues (*réussite auprès des adultes*).⁷³

Encourager l'utilisation de préservatifs et d'autres comportements prudents est important pour les jeunes qui se

droguent. Les interventions développant le comportement prudent comprennent l'éducation par les pairs auprès des femmes consommant des drogues et auprès des partenaires féminines des hommes consommant des drogues (*réussite auprès des adultes*).⁷⁴ Des séances de groupes unisexes de sensibilisation à la question de l'égalité des sexes pour les couples consommant des drogues peuvent également favoriser un recours accru au préservatif et des pratiques d'injection plus sûres (*réussite auprès des adultes*).⁷⁵ La proposition de services gratuits de conseils et de dépistage du VIH aux femmes consommant des drogues est une intervention prometteuse pouvant aider à réduire les comportements à risque associés au VIH.⁷⁶

III. Lacunes dans la mise en œuvre et la recherche des données pour les adolescents

Les interventions qui instaurent un environnement favorable et fournissent les services adéquats et accessibles apportent aux adolescents la connaissance et les ressources nécessaires pour se protéger eux-mêmes et leurs partenaires. Cependant, nombre de lacunes dans la recherche et la mise en œuvre persistent et, dans l'ensemble, les programmes efficaces doivent être élargis pour sensibiliser beaucoup plus d'adolescents, en particulier ceux qui sont les plus négligés tels que les très jeunes adolescents, les jeunes déscolarisés, les jeunes porteurs du VIH et les jeunes sans domicile et vivant en milieu rural. L'analyse complète de la documentation a fait ressortir les lacunes suivantes :

Niveau sociétal...

Des politiques claires et une législation favorable à l'accès à l'information et aux services sont nécessaires pour réduire le risque de transmission du VIH chez les jeunes.⁷⁸ Les lois et pratiques qui empêchent l'accès des adolescents aux services, tels que l'autorisation parentale, l'âge, et l'état civil, doivent être étudiées et révisées.⁷⁹ Des lois interdisant le mariage à un âge précoce doivent être promulguées et appliquées.⁸⁰ Des efforts fructueux visant à élever le niveau de scolarisation des filles, plus particulièrement en cycle secondaire, doivent être déployés.⁸¹

Niveau communautaire...

Des interventions sont nécessaires pour réduire le mariage et le sexe intergénérationnels,⁸² ainsi que des interventions visant à éliminer le harcèlement sexuel et le viol des femmes, des filles, des garçons, et des hommes. Des efforts s'imposent pour susciter la sensibilisation au sein des communautés sur le fait que la violence à l'encontre des adultes et

des enfants est inacceptable, afin de renforcer les systèmes de protection législative des adultes et des enfants, et afin de définir et de mettre en œuvre des services de protection adaptés aux adultes et aux enfants dans les pays en voie de développement,⁸³ d'associer les programmes liés au VIH et au SIDA à des programmes portant sur la violence à caractère sexiste, y compris les abus sexuels sur les enfants et la prophylaxie post-exposition (PPE).⁸⁴

Dans les régions affichant des taux élevés de consommation de drogues intraveineuses, des interventions sont nécessaires aux fins d'intensifier et d'accroître l'accès à la méthadone et à la buprénorphine—thérapie agoniste efficace pour le traitement de la dépendance à la drogue—ainsi que des programmes de distribution/d'échange de seringues.⁸⁵ Des efforts sont également nécessaires afin d'éliminer la détention obligatoire des consommateurs de drogues et proposer à la place aux personnes s'injectant des drogues (PWID) des services de dépistage et de prévention du VIH ainsi qu'un traitement efficace de la dépendance aux drogues par des professionnels de la santé.⁸⁶ Les adolescentes s'injectant des drogues ont besoin de programmes de réduction des risques adaptés à leurs besoins,⁸⁷ et des services confidentiels et d'informations préventifs sur le VIH doivent être mis à la disposition des personnes s'injectant des drogues (PWID) qui bénéficient d'un traitement de désintoxication.⁸⁸ Des interventions sont nécessaires aux fins d'apporter aux femmes et à leurs partenaires une meilleure compréhension du risque de transmission du VIH à travers les rapports sexuels et la consommation de drogues injectables.⁸⁹ Les femmes s'injectant des drogues sont censées pouvoir accéder aux services consacrés à la violence à l'encontre des femmes, à l'utilisation de méthodes doubles, à la contraception efficace, et à la santé en matière de reproduction.⁹⁰ Nombre de ces lacunes ont été constatées chez les adultes, mais les adolescents sont aussi concernés.

Les programmes dédiés à la promotion du préservatif et à l'éducation sexuelle doivent tenir compte des différentes motivations des jeunes hommes et femmes à avoir des rapports sexuels non protégés,⁹¹ et le programme lié au VIH doit sensibiliser plus efficacement les partenaires masculins comme les partenaires féminines et renforcer l'accent mis sur l'égalité des sexes.⁹² L'accroissement des formations destinées aux enseignants et les politiques d'éducation claires relatives à l'éducation sexuelle visant à proposer une éducation efficace sur le SIDA sont également nécessaires.⁹³

Des mesures doivent être prises afin de développer la connaissance des adolescents des horaires et lieux d'accès aux services de santé, y compris l'accès aux services de contraception et aux préservatifs.⁹⁴ Des interventions sur mesure sont urgentes afin de proposer une meilleure disponibilité et

un meilleur accès aux préservatifs féminins, ainsi qu'à l'éducation et à la formation sur leur utilisation à titre d'option de préservatif supplémentaire.⁹⁵ Les fournisseurs doivent suivre une formation pour promouvoir l'utilisation des préservatifs féminins⁹⁶ et débattre de la sexualité et du plaisir avec les adolescents qui font appel aux services de santé en matière de reproduction.⁹⁷

Les programmes doivent promouvoir en permanence les comportements prudents, tels que l'utilisation du préservatif, en plus de la circoncision.⁹⁸ Les programmes consacrés à la circoncision doivent apporter aux femmes et aux filles, ainsi qu'aux hommes et aux garçons, la connaissance factuelle détaillée sur les bienfaits et les risques liés à la circoncision volontaire médicale⁹⁹ et intégrer une formation sur le thème de l'égalité des sexes pour les jeunes hommes.

Des efforts supplémentaires doivent être déployés pour mettre les services de conseil et de dépistage du VIH (HTC) à la disposition des adolescents et les rendre accessibles¹⁰⁰ et pour garantir la confidentialité des résultats des tests au VIH.¹⁰¹ Des mesures doivent également être prises pour garantir des thèmes et stratégies de conseil HTC optimaux, éclairés d'informations détaillées sur l'accès au traitement et la réduction du risque.¹⁰² L'application de protocoles standards est requise pour réduire le risque de harcèlement au dépistage du VIH par le fournisseur, en particulier dans le cadre de conseils et dépistage à l'initiative du fournisseur.¹⁰³

Niveau relationnel...

Le fait de changer les idées reçues sur les rapports hommes/femmes susceptibles d'exacerber le risque de transmission du VIH, telles que celles prônant les partenaires sexuels multiples, l'usage de la violence, ou la consommation d'alcool excessive pour les hommes et l'ignorance sexuelle, la soumission et la dépendance pour les femmes et les filles représente un défi.^{104,105} Des interventions encore plus poussées sont nécessaires parallèlement au renforcement des interventions déjà en place. Des interventions sont nécessaires pour réduire l'homophobie, pouvant inciter les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) à en avoir avec des femmes¹⁰⁶—plus particulièrement pour les jeunes qui découvrent leur identité sexuelle qui se développe pendant l'enfance et l'adolescence. L'élargissement et le renforcement des interventions de promotion des possibilités économiques pour les femmes et les filles sont nécessaires pour accroître leur capacité de refuser un rapport sexuel à risque animé par des besoins économiques.¹⁰⁷ Les interventions qui réduisent les temps de déplacement et/ou garantissent un accès facile et sûr à des transports publics sûrs peuvent diminuer le risque de violence sexuelle à l'encontre des adolescentes.¹⁰⁸

Des interventions évaluées sont urgentes afin de réduire les partenaires multiples et concurrents, en particulier dans les régions où le degré de perception du risque du VIH est faible, où les idées reçues veulent que les femmes soient fidèles et que les hommes aient des partenaires sexuels multiples.¹⁰⁹



Photo par: Dietmar Temps

Niveau individuel...

Plus d'efforts doivent être déployés afin d'aider les jeunes à identifier les risques du VIH¹¹⁰ et, pour les adolescents, afin de réduire l'acceptation de la violence à caractère sexiste et des stigmatisations à l'encontre des personnes porteuses du VIH.¹¹¹

Des interventions s'imposent afin d'éduquer les filles âgées de 8 à 14 ans sur les menstruations, la puberté et les connaissances de base sur le VIH.¹¹²

D'autres interventions sont nécessaires pour aider les orphelins et les enfants vulnérables de sexe féminin à réduire les comportements sexuels à risque et à se protéger contre la violence sexuelle.¹¹³ Les programmes de soutien, y compris les services de conseil, sont nécessaires aux orphelins séropositifs et à leurs soignants pour combattre la dépression, l'isolement social et les stigmatisations,¹¹⁴ et des programmes doivent encourager l'implication des hommes dans le traitement des enfants et la prise en charge des orphelins.¹¹⁵

Pour les jeunes adultes se livrant au commerce du sexe (voir la définition des Nations Unies ci-dessus), les informations fondamentales sur les services associés au VIH, telles que les points d'accès aux préservatifs et au dépistage confidentiel du VIH, constituent une nécessité permanente.¹¹⁶

L'attention prêtée à ces lacunes dans la recherche et la mise en œuvre est essentielle au développement d'une base de données factuelles complète sur les stratégies de prévention efficaces du VIH visant les jeunes.

IV. La marche à suivre : Réflexions sur l'extension des programmes réussis destinés aux adolescents

Le renforcement de la prévention visant les adolescents est important afin de sensibiliser encore plus de jeunes. De nombreux efforts éprouvés à petite échelle pour toucher les jeunes existent, cependant, à moins de les renforcer, ils n'auront aucun impact sur l'incidence et la prévalence du VIH. Dans une étude de recherche préventive sur le VIH au cours de ces 25 dernières années, Rotheram-Borus, et al. (2009) ont souligné qu'une « prévention efficace du VIH impose de conjuguer les stratégies d'interventions comportementales, biomédicales et structurelles, » pourtant le renforcement des interventions éprouvées s'est révélé insuffisant. Ils indiquent que l'actuel défi pour les chercheurs en prévention est de « redéfinir la rentabilité, l'utilité, la faisabilité et la durabilité des programmes de prévention en termes d'élaboration, de livraison, test et diffusion. »¹¹⁷

À l'échelle mondiale, il existe des écarts considérables chez les adolescents ; le programme réussi sera nécessairement personnalisé en fonction du contexte. Cependant, la documentation montre que la prévention du VIH chez les adolescents en général requiert une réponse complète et multisectorielle assortie des messages cohérents répétés à maintes reprises par des sources multiples. Plusieurs facteurs clés sont nécessaires au renforcement des interventions efficaces (Tableau 2).

Plusieurs contraintes ont également été identifiées en termes de politique, de programmes, des prestations de services et de communauté, et peuvent freiner la progression de l'extension.¹¹⁹ Les facteurs favorables comme les contraintes doivent être pris en considération dans l'extension du programme destiné aux adolescents. Par exemple, on peut citer parmi les barrières pour les adolescents au niveau du foyer/de la communauté la nécessité de l'autorisation parentale pour le dépistage du VIH ; les barrières au niveau de la prestation de services de santé sont dues au manque de confidentialité et d'infrastructures axées sur l'adolescent ; les adolescents sont souvent négligés de la bureaucratie gouvernementale et les besoins en informations des jeunes ne constituent pas une priorité.

Comme indiqué par Mavedzenge, et al. (2013) dans leur analyse systématique des révisions systématiques, il existe des données factuelles tangibles pour les interventions

Tableau 2. 10 principaux facteurs favorables à l'extension¹¹⁸

1. Simplicité technique de l'intervention
2. Besoin ressenti pour l'intervention
3. Ressources disponibles pour adapter les programmes-pilotes prometteurs
4. Adaptable à différents environnements
5. Systèmes prêts à l'extension
6. Engagement politique
7. Renforcé par les politiques
8. Comprend l'ensemble des parties prenantes
9. Mécanismes de responsabilisation en place/développés
10. Réflexions sur l'égalité des sexes et les droits de l'homme abordées

contre le VIH principalement élaborées pour les adultes, mais il y a encore peu de données factuelles sur la façon dont les adolescents pourraient accéder à ces interventions.¹²⁰ Néanmoins, certains programmes étayés de données factuelles peuvent être étendus pour toucher un plus grand nombre d'adolescents, en particulier les filles. Il apparaît très clairement que l'élévation du niveau de scolarisation, en particulier dans le cycle secondaire, aide à réduire le risque de VIH chez les filles et ouvre la voie à d'autres bienfaits économiques et sanitaires. Des interventions éprouvées favorisant le maintien de la scolarisation des filles, telles que des allocations et la suppression des frais de scolarité, doivent être adaptées dans le cadre de stratégies nationales de lutte contre le VIH afin de cibler les filles les plus exposées au risque de contamination du VIH. Une éducation sexuelle complète de grande qualité constitue une preuve largement tangible de sa capacité immédiate d'adaptation à chaque pays, impliquant des efforts supplémentaires pour les jeunes déscolarisés.

D'autres approches prometteuses d'extension incluent la garantie d'un accès aux services de santé et aux informations, l'amélioration de la connaissance adaptée à l'âge sur le VIH/SIDA chez les plus jeunes adolescents, les efforts concentrés sur l'information sur le préservatif et sa distribution auprès des adolescents menant une vie sexuelle, ainsi que les opportunités d'emploi pour les adolescents plus âgés. L'attention prêtée à l'égalité entre les sexes pour l'ensemble des adolescents pendant leurs années formatrices peut également avoir un impact crucial sur l'égalité des sexes dans un futur proche. Des interventions prometteuses ont été mises

en place pour les groupes particulièrement vulnérables tels que les orphelins et les enfants vulnérables, les personnes s'injectant des drogues, ou se livrant au commerce du sexe.

Des lacunes importantes persistent dans la recherche, les programmes et l'évaluation de l'expérience d'extension des programmes destinés aux filles. Un programme réussi chez les femmes adultes peut manquer de pertinence chez les adolescentes. Des évaluations rigoureuses sont nécessaires, en particulier pour les approches fructueuses réalisées auprès des adultes qui peuvent être envisagées dans le cadre de l'extension visant à sensibiliser les adolescents. Sont également requises des informations complémentaires sur les coûts et la rentabilité. Les données présentées ici donnent des indications utiles sur les interventions potentielles pouvant, sous réserve d'une évaluation rigoureuse, être étendues pour sensibiliser une proportion toujours plus importante d'adolescents, en particulier les filles porteuses du VIH ou exposées à sa transmission.

Pour plus d'informations sur les adolescents, une description détaillée de la méthodologie, et des références complètes concernant les citations, cf. www.whatworksforwomen.org.

Citation suggérée : Croce-Galis, M; Hardee, K; Gay, J (2014). *Scaling up Evidence-Informed HIV Prevention for Adolescent Girls and Young Women*. Washington DC: Population Council, Evidence Project. www.whatworksforwomen.org

Les photos dans cette publication sont à titre indicatif seulement et ne représentent pas la santé ou le statut sexuelle des sujets de photos

Références

1. Fransen-dos-Santos, R. 2009. "Young People, Sexual and Reproductive Health and HIV." *Bulletin of the World Health Organization* 87 (11): 877-879.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition*.
3. IOM. 2011. *The Science of Adolescence Risk-Taking: Workshop Report*. Washington, DC: National Academy Press.
4. UNAIDS. 2011. *UNAIDS World AIDS Day Report 2011*.
5. UNICEF. 2013. *Towards an AIDS-Free Generation: Children and AIDS – Sixth Stocktaking Report*. NY.
6. Gray, 1997, *Evidence Based Health Care: How to Make Health Policy and Management Decisions*. London, UK: Churchill Livingstone.
7. Pour plus d'informations sur ces types d'études et leurs points forts et faibles, cf. Gray, 2009, *Evidence-Based Health Care and Public Health: How to Make Decisions About Health Services and Public Health*. 3rd Edition. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone Elsevier.
8. Interagency Gender Working Group (IGWG). (2013). *Gender Terms and Definitions; Gender Continuum*: http://www.igwg.org/igwg_media/integrindrRH-HIV/gendertersdefinitions.pdf
9. (Office of the High Commissioner for Human Rights (n.d) UN General Assembly. 1990. *Convention on the Rights of the Child*. General Assembly resolution 44/25. <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>. Consulté en août 12, 2013).
10. Safe Youth Worldwide (2005). *Scaling Up HIV Prevention Programs for Youth: The Essential Elements* (http://www.plannedparenthood.org/nyc/files/NYC/ScalingUpSYW_online.pdf)
11. Plusieurs pays : Hargreaves et al., 2008a, Gray I; Hargreaves and Glynn, 2002; World Bank, 2002 cité dans *Global Campaign for Education*, 2004, Gray V; South Africa: Hargreaves et al., 2008b, Gray II; Bärnighausen et al., 2007, Gray IV; Pettifor et al., 2008a, Gray



WHAT WORKS FOR WOMEN AND GIRLS

Données factuelles nécessaires aux interventions liées au VIH/SIDA

- ▶ **Les femmes et les filles sont particulièrement touchées par le VIH et le SIDA.**
- ▶ **Le traitement du VIH/SIDA chez les femmes et les filles nécessitent des données factuelles d'interventions réussies.**

Retrouvez ces données factuelles sur le site ▶ www.whatworksforwomen.org

- IV; Ethiopia: Bradley et al., 2007, Gray IIIb; Zambia: Michelo et al., 2006, Gray IIIb; Malawi: Clark et al., 2009, Gray IIIb; India, Cambodia: Greener and Sarkar, 2010, Gray IV; Lao PDR: Schyareun et al., 2011, Gray IV; Burkina Faso, Ghana, Malawi, Uganda: Biddlecom et al., 2007, Gray IV; Zimbabwe: Gregson et al., 2004
12. Ethiopia, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique: The World Bank and UNICEF, 2009, Gray IIIa; Tanzania, Kenya, Uganda: Burns et al., 2003; UNICEF, 2005; Deiningner, 2003; Bundy and Kattan, 2005, cité dans Global Coalition on Women and AIDS, année non indiquée, Gray V
 13. Zimbabwe: Hallfors et al., 2011, Gray II; Kenya: Cho et al., 2011, Gray II; Zambia: Chatterji et al., 2010: 139, Gray IIIb
 14. Malawi: Baird et al., 2012, Gray II
 15. Cf. UNESCO, 2009b; Pulerwitz et al., 2006; Barker et al., 2010b; Peacock, 2009
 16. Plusieurs pays : Johnson et al., 2011, Gray I; UNESCO, 2009b, Gray I; Kirby et al., 2007a; Kirby et al., 2007b; Kirby et al., 2006; Kirby, 2009, Gray I; Sub-Saharan Africa: Michielsen et al., 2010, Gray I; Mavedzenge et al., 2010, Gray I; Swaziland: Burnett et al., 2011, Gray II; Tanzania: Ross et al., 2007a: 1952, Gray II; Bahamas: Chen et al., 2010b, Gray II; South Africa: Reddy et James, 2003, Gray IIIa; Uganda: Aggleton et al., 2000, Gray IIIa; Kenya: Maticka-Tyndale, 2010, Gray IIIa; Agbemenu and Schlenk, 2011, Gray IIIb; Thailand: Ishikawa et al., 2011a, Gray IIIa; Brazil: Andrade et al., 2009, Gray IIIb; Gauri et al., 2007, Gray IV; Mexico: Pick et al., 2007, Gray IV
 17. Mavedzenge, Doyle et Ross, 2010
 18. Comprehensive Sexuality Education: The Challenges and Opportunities of Scaling Up, UNESCO, 2012
 19. Plusieurs pays : UNESCO, 2009b, Gray I; Uganda: Shuey et al., 1999 cité dans James-Traore et al., 2004, Gray IIIa; Yemen: Al-Iryani et al., 2011, Gray IIIa; Cameroon: Arcand & Wouabe 2010, Gray IV
 20. Examen sur 80 pays : Ross et al., 2006, Gray IIIb; Mozambique: Melo et al., 2008, Gray IIIb; Madagascar: Neukom and Ashford, 2003, Gray IIIb
 21. Examen sur plusieurs pays : Kennedy et al., 2010b, Gray I; Tanzania, Kenya, Trinidad: Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group, 2000, Gray II; Rwanda, Kenya, Tanzania, Trinidad, Uganda: Denison et al., 2008, Gray II; Bunnell et al., 2008, Gray IIIb; Zimbabwe: Cremin et al., 2010, Gray IIIa; Gregson et al., 2002, Gray IIIb; Mozambique: Mola et al., 2006, Gray IIIa; South Africa: Leon et al., 2010a, Gray IIIa; Pettifor et al., 2010, Gray IIIb; Kenya: Huchko et al., 2011, Gray IIIb; Dominican Republic: Sears et al., 2008, Gray IIIb; Rwanda: Allen et al., 2003, Gray IIIb; Tanzania: Maman et al., 2001b: 597, Gray IIIb; Botswana: Creek et al., 2006, Gray IV
 22. Ethiopia: Bradley et al., 2008a, Gray IIIb; Haiti: Peck et al., 2003, Gray IIIb; Kenya: Liambila et al., 2009, Gray IIIb; South Africa: Kharsany et al., 2010a, Gray IV
 23. Botswana, Kenya, Malawi, South Africa, Zimbabwe, Brazil, India, Thailand, United States: Cohen et al., 2011, Gray II; Botswana, Kenya, Rwanda, South Africa, Tanzania, Uganda, Zambia: Donnell et al., 2010, Gray IIIa; Sub-Saharan Africa: Attia et al., 2009: 1401, Gray V; Switzerland: Cohen et al., 2009, Gray V
 24. South Africa: Kim et al., 2007a; Kim et al., 2009a, Gray IIIb; Kenya: Kilonzo et al., 2009a, Gray IIIb; Siika et al., 2009, Gray IIIb; Malawi, Zambia: Keesbury and Askew, 2010, Gray V
 25. Cochrane review: Vidanapathirana et al., 2005, Gray I; Tanzania: Mossdorf et al., 2010, Gray IIIb; Kenya: Marum et al., 2008, Gray IIIb
 26. Lovelife. 2012. Talking Points 2012: A study on HIV, sexual risk behavior, and access to opportunity among young people in South Africa evaluating LoveLife's impact on the life choices and risk tolerance of young people. South Africa. www.lovelife.org.za.
 27. Plusieurs pays : Bertrand et al., 2006, Gray I; Rwanda: Neukom and Ashford, 2003, Gray IIIa; Cameroon: Neukom et Ashford, 2003, Gray IIIa; Zimbabwe: Kim et al., 2001, Gray IIIa; Zambia: Underwood et al., 2001; Gray IIIb; Nepal, Brazil, Senegal: Geary et al., 2007, Gray IV; Uganda: Adamchack et al., 2007, Gray V
 28. Thailand: Apinundecha et al., 2007, Gray IIIa; UNAIDS, 2007b; Viravaidya et al., 2008, Gray IIIb; Vietnam: Nyblade et al., 2008, Gray IIIb; China: Yang and Zhang, 2004, Gray IIIb; Nigeria: Fakolade et al., 2010; Babaloba et al., 2009, Gray IIIb; Malawi: Berendes et Rimal, 2011:224, Gray IIIb; Ghana: Boneh et Jaganath, 2011, Gray IV
 29. Nicaragua: Solarzano et al., 2008, Gray IIIa; Brazil: Pulerwitz et al. 2006, Gray IIIb
 30. Zambia: Morel-Seytoux et al., 2010, Gray IIIb; South Africa: Usdin et al., 2005, cité dans Rottach et al., 2009, Gray IV; India: Pelto et Singh, 2010, Gray IIIb
 31. Greene, M. et A. Levack. 2010. Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations. Washington, DC: Population Reference Bureau, Interagency Gender Working Group. www.igwg.org, (p.vi).
 32. South Africa: Dreyer, 2001 cited in James-Traore et al., 2004, Gray IIIb; Ghana, Malawi: USAID, 2008a, Gray IIIb
 33. South Africa: Jewkes et al., 2006b; Gray II; Colvin, 2009, Gray IIIb; Jewkes et al., 2010c, Gray IV; Ethiopia: Pulerwitz et al., 2010a; Gray IIIa;
 34. South Africa: Jewkes et al., 2006b, Gray II; Colvin, 2009, Gray IIIb; India: Verma et al., 2008, Gray IIIa; Tanzania: Maganja et al., 2007, Gray IIIa; Botswana: Norr et al., 2004; Gray IIIa; Brazil: Pulerwitz et al., 2006, Gray IIIb
 35. Uganda: Kairania et al., 2010, Gray IIIb; Tanzania: Maman et al., 2001a, Gray IV; Maman et al., 2001b, Gray IV; Rwanda, Zambia: Allen et al., 2007b, Gray V; Kenya: Sarna et al., 2009, Gray V
 36. Malawi: Bello et al., 2011a, Gray IIIb; Uganda: Slaymaker et al., 2009, Gray IIIb; Zambia: Sandoy et al., 2007, Gray IV; Zimbabwe: Gregson et al., 2006, Gray IV
 37. Uganda, Tanzania, Ghana, Botswana: African Youth Alliance, 2007, Gray IIIa; Zimbabwe: Terry et al., 2006, Gray IIIa
 38. Tanzania: Kamenga et al., 2001, Gray II; Zimbabwe: Cremin et al., 2010, Gray IIIa; India: Solomon et al., 2006, Gray IIIb
 39. South Africa: Kalichman et al., 2008, Gray II; Wechsberg et al., 2006, Gray IIIa; Kenya: Mackenzie et al., 2008, Gray IIIa; Luseno and Wechsberg, 2009, Gray IIIb
 40. South Africa: Phetla et al., 2008, Gray IIIb; Ghana: Wolf and Pulerwitz, 2003, Gray IIIb; Uganda: Damalie, 2001, Gray IV
 41. Australia: Paxton, 2002, Gray IV; South Africa: Phetla et al., 2008, Gray V
 42. IOM, NAS, 2001; Cochrane Collaborative Review Group on HIV Infection and AIDS, 2004, Gray I; Multi-country: Davis and Weller, 1999, Gray I; Eastern and Southern Africa: Hughes et al., 2012, Gray IIIb; Brazil: UNAIDS, 2008, Gray V
 43. PATH et UNFPA, 2006; Drew et al., 1990 cited in Hoke et al., 2007, Gray II; Feldblum et al., 2001; Fontanet et al., 1998; French et al., 2003 cited in Dias et al., 2006, Gray II; Trussell et al., 1994 cité dans Fernandez et al., 2006, Gray II; Nelson, 2007 in Lancet; Gray V
 44. Méta-analyse : Scott-Sheldon et al., 2011b, Gray I;

45. Tanzania, Cameroon, Ghana, China, Indonesia, Thailand, Caribbean, Mexico, Central America: Charania et al., 2011, Gray IIIa; Kenya: Papo et al., 2011, Gray IIIb
46. Brazil: Barbosa et al., 2007: 265, Gray IIIb; Kenya: Thomsen et al., 2006, Gray IIIb; Brazil, South Africa: Dowdy et al., 2006, Gray IIIb; Madagascar: Hoke et al., 2007, Gray IIIb; China: Liao et al., 2011a and b, Gray IIIb; Zimbabwe: Napierala et al., 2008, Gray IIIb
47. Zambia: Mark et al., 2007, Gray II; Ethiopia: Aklilu et al., 2001, Gray IIIa
48. South Africa: Wechsberg et al., 2010, Gray IIIb; Zimbabwe: Callegari et al., 2008, Gray IIIb
49. 18 African countries: Cleland et al., 2006b, Gray IV; South Africa: Maharaj et al., 2006, Gray V; Africa: Cleland et al., 2006a, Gray V; Brazil: Juarez et al., 2006, Gray V
50. Mexico: Zellner et al., 2006, Gray IIIb; Cameroon, Rwanda: Neukom et al., 2003, Gray IV
51. Brazil, North America, New Zealand: Knerr et al., 2009, Gray IV; Cambodia, Namibia, South Africa, Senegal, Zimbabwe, Sri Lanka, Mongolia, India and the UK: Philpott et al., 2006, Gray V
52. Malawi: Zulu et al., 2003, Gray IIIb; South Africa: MacPhail et al., 2007, Gray IV; Uganda: Williamson et al., 2006, Gray IV; India, Thailand, Uganda: McGrath et al., 2007, Gray V
53. Uganda: Singh et al., 2003a, Gray IIIb; Ethiopia, Tanzania, Zambia: Nyblade et al., 2003, Gray IIIb; Zimbabwe: Feldman and Masophere, 2003: 165, Gray IIIb; 18 pays d'Afrique subsaharienne : Cleland et al., 2006a, Gray V
54. Weiss et al., 1996 cité dans Weiss et Gupta, 1998; Kaufman et al., 2002
55. Remarque : Dans certains cas, le micro-crédit peut favoriser la violence à l'encontre des femmes si l'intervention n'est pas bien élaborée et adaptée au contexte local (Schuler et al., 1998; Gupta et al., 2008a; Dunbar et al. 2010).
56. South Africa: Pronyk et al., 2008a, Gray II; Kaufman et al., 2002, Gray IV; Haiti: Longuet et al., 2009, Gray IIIb; Republic of Congo: Boungou, 2007, Gray V
57. Zimbabwe: Corbett et al., 2006, Gray II; Democratic Republic of Congo, Rwanda, Burundi, Republic of Congo, Nigeria: Van der Borgh et al., 2010, Gray IV
58. Uganda: Kumakech et al., 2009, Gray II; Rwanda: Brown et al., 2009, Gray IIIa; Kenya, Tanzania: Nyangara et al., 2009a, Gray IV
59. China: Zhao et al., 2010b, Gray IIIb; South Africa: Boon et al., 2009, Gray IV; Rwanda: Irwin et al., 2009: 49 citant Binagwaho et al., 2008, Gray V; Botswana: Kidman et al., 2007, Gray V; Zimbabwe: Miller et al., 2011a: 37, Gray V; Kenya: Thurman et al., 2012, Gray IIIb
60. Chatterji et al., 2005; Ayieko, 1998; HRW, 2003c; Birdthistle et al., 2008; Gregson et al., 2005
61. Uganda: Ssewamala et al., 2009, Gray II; Ssewamala et al., 2010, Gray IV; Kenya: Skovdal et al., 2010a: 7, Gray V; South Africa: Adato et al., 2008 citant Samson et al., 2004, Gray IV; Freeman et al., 2006, Gray V; Malawi, Zambia: Adato et al., 2008 citant Schubert et al., 2007, Gray IV
62. Kenya, Tanzania: Nyangara et al., 2009b, Gray IV; Tanzania: Wallis et al., 2010, Gray IV
63. UNICEF, 2013, Experiences from the Field: HIV Prevention among Most at Risk Adolescents in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States, page v.
64. India: Halli et al., 2006, Gray II; Swendeman et al., 2009, Gray IIIa fondé sur Basu et al., 2004 et Saha, 2008; Ramesh et al., 2010, Ng et al., 2011, Pickles et al., 2010, Gray IIIb; China: Lau et al., 2007a, Gray IIIa; Wu et al., 2007b, Gray IIIb
65. Meta-analysis in Sub-Saharan Africa, East and Central Asia, Latin America: Medley et al., 2009a, Gray I
66. La mise en œuvre des politiques varie dans la pratique. Des documents récents sur les politiques relatives à l'utilisation à 100 % du préservatif, par exemple au Cambodge (Lowe, 2002), suggèrent que certains aspects des politiques relatives à l'utilisation à 100 % du préservatif peuvent s'avérer déstabilisants pour les travailleurs du sexe et violent les droits de l'homme. Certains ont suggéré que, pour ce motif, les études Kerrigan de 2004 et 2006, ainsi que l'étude Pisey de 2008 et Morisky et Tiglaio de 2010 ne devraient pas être entreprises. La campagne sur le recours à 100 % du préservatif en Thaïlande « est susceptible d'avoir eu un impact irréversible sur les travailleurs du sexe marginalisés à travers l'augmentation de la corruption, les descentes de police et le dépistage obligatoire du VIH » (Shannon et al., 2009: 659). « Il est primordial que l'ensemble des programmes observent une approche adaptée au travailleur du sexe et permettent aux travailleurs du sexe de déterminer collectivement le rôle que les propriétaires de maisons closes doivent jouer dans les programmes de prévention du VIH/SIDA » (UNAIDS, 2011f: 12).
67. Dominican Republic: Kerrigan et al., 2006; Kerrigan et al., 2004, Gray IIIa; Philippines: Morisky et Tiglaio, 2010; Morisky et al., 2010; Chiao et al., 2009; Ang et al., 2011, Gray IIIb; China: Hong et al., 2008, Gray IV
68. Mexico: Patterson et al., 2008, Gray IIIa; China: Rou et al., 2007, Gray IIIb; Guatemala: Sabido et al., 2009, Gray IIIb; Mozambique: Lafort et al., 2010: 146, Gray IIIb; Brazil: Lippman et al., 2010, Gray V
69. China: Li et al., 2006, Gray IIIa; Kenya: Ngugi et al., 2007, Gray V; South Africa: Stadler et al., 2006, Gray V
70. Armenia: Markosyan et al., 2010, Gray II; Kenya: Bandewar et al., 2010, Gray IIIb; India: Gooptu and Banyopadhyay, 2007, Gray V; Pillai et al., 2008, Gray V; Argento et al., 2011; Gray V; Systematic review: Shahmanesh et al., 2008; Padian et al., 2011b, Gray V
71. Senegal: Leonard et al., 2000, Gray IIIb; India: Lipovsek et al., 2010, Gray IIIb
72. Metzger et al., 2003 cité dans Strathdee et al., 2006; Demaan et al., 2002 cité dans Strathdee et al., 2006; Metzger et al., 2003 cité dans Strathdee et al., 2006; Ball et al., 1988 cité dans Strathdee et al., 2006; Bruce, 2010; Roberts et al., 2010, Données supplémentaires: Multi-country: Kimber et al., 2010, Gray I; Moses et al., 1994 cité dans IOM 2007; Serpellini et al., 1994 cité dans IOM, 2007, Gray IIIa; Larney et al., 2009, Gray IIIb; Cochrane review: Mattick et al., 2008, Gray I; Mattick et al., 2009, Gray I; Gowing et al., 2011; Gray IIIb; Jurgens et al., 2009b, Gray IIIb; Malaysia: Schottenfeld et al., 2008, Gray I; United States: McCarthy et al., 2005, Gray IIIb; United States, Europe, Australia: Beusekom et al., 2006, Gray IV; Ukraine, Pakistan, Kenya: Strathdee et al., 2010, Gray IIIb; Taiwan: CDC, Taiwan cité dans Tsai et al., 2010, Gray IIIb
73. United States, Canada, Europe, Nepal, Russia: Wodak et al., 2006: 802, Gray I; China: Wu et al., 2007a, Gray II; Chen et al., 2007c, Gray IIIb; Chawarski et al., 2011, Gray IIIa; India: Sharma et al., 2009, Gray IIIb; Australia: Topp et al., 2011, Gray IIIb; Canada: Kerr et al., 2010b, Gray IIIb; Bangladesh: Guinness et al., 2009, Gray IIIb; Brazil: PHR, 2007b, Gray IIIb; Meta-analysis: Palmateer et al., 2010, Gray IIIb; Smyrnov, P., Broadhead, R.S., Datsenko, O., Matiyash, O. (2012). Rejuvenating harm reduction projects for injection drug users: Ukraine's nationwide introduction of peer-driven interventions. *International Journal of Drug Policy*, 23, 141-147.

74. Méta-analyse en Afrique subsaharienne, Asie centrale et de l'Est, Amérique latine: Medley et al., 2009a, Gray I; Vietnam: Hammett et al., 2012, Gray IIIb
75. Cochrane review: Meader et al., 2010, Gray IIIb; Kazakhstan: Gilbert et al., 2010, Gray IIIa; Russia: OSF, 2012, Gray IIIb
76. Ukraine: Booth et al., 2009, Gray IIIb; South Africa: Needle et al., 2008; Parry et al., 2008; Parry et al., 2009, Gray IIIb; Estonia: Wilson et al., 2007, Gray V
77. Lacune constatée de façon générale pour les filles âgées de 15 à 19 ans, dans la mesure où la proportion de ces filles à l'école est assez faible (Haberland et Rogow, 2007). Lacune également constatée, par exemple, en République démocratique populaire du Laos (Sychareun et al. 2011); Pakistan (Farid-ul-Hasnain and Krantz, 2011); Cameroun (Isala Dimbuene and Kuate Defo, 2011); Jamaïca (Ishida et al., 2011); Yemen (Al-Serouri et al., 2010); Zambie (Carnevale et al., 2011); Népal (Upreti et al., 2009); Nicaragua (Manji et al., 2007); Éthiopie (Alemu et al., 2007; Erulkar et al., 2006); dans plus de 30 pays d'Afrique et quatre pays d'Asie (Dixon-Mueller, 2009).
78. Lacune constatée, par exemple : Antigua et Barbados; Bahamas; Bolivie; Colombie; Costa Rica; Chili; Dominique; Équateur; El Salvador; Guyane; Haïti; Honduras; Jamaïca; Mexique; Nicaragua; Panama; Paraguay; Pérou; Venezuela; République dominicaine; Sainte-Lucie; Suriname; Trinité et Tobago; et l'Uruguay (DeMaria et al., 2009); Inde (McManus et Dhar, 2008).
79. Lacune constatée, par exemple : Kenya (Agbemenu et Schlenk, 2011); Zimbabwe (Ferrand et al., 2011); Tanzanie (Ferrand et al., 2010); Inde, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Rwanda, Tanzanie, Thaïlande, Trinité, Ouganda, Zambie et Zimbabwe (McCauley, 2004) et Afrique du Sud (HRW, 2003a).
80. Lacune constatée à l'échelle mondiale (Malhotra et al., 2011; CHANGE, 2009, Ezer et al., 2006).
81. Lacune constatée, par exemple, dans 11 pays DHS (Hargreaves and Glenn, 2002; World Bank, 2002 cité dans Global Campaign for Education, 2004).
82. Lacune constatée, par exemple, dans une analyse de 45 études quantitatives et qualitatives : Sub-Saharaire (Hope, 2007); Libéria (Atwood et al., 2011); Botswana, Namibie et Swaziland (Cockcroft et al., 2010); Botswana, Malawi et Mozambique (Underwood et al., 2001); Tanzanie (UNICEF, Tanzanie et al., 2011a; Silberschmidt et Rasch, 2001); Zimbabwe (Munjoma et al., 2010); Pérou (Sandoval et al., 2009); Cameroun (Hattori et DeRose, 2008); Ouganda (Nobelius et al., 2011; Samara, 2010); Afrique du Sud (Ott et al., 2011; Jewkes et al., 2002 cité dans Jejeebhoy and Bott, 2003); Afrique du Sud et Ouganda (Geary et al., 2008; Katz et Low-Beer, 2008); Burkina Faso, Ghana, Malawi et Ouganda (Bankole et al., 2007); Botswana (PHR, 2007a); Kenya (Longfield et al., 2004); Ghana (Goparaju et al., 2003); Zimbabwe (Gregson et al., 2002).
83. Lacune constatée, par exemple : Afrique du Sud (Jewkes et al., 2010b); Égypte (Nada et Suliman, 2010); Inde (Bal et al., 2010); Namibie, Swaziland, Ouganda, Zambie et Zimbabwe (Brown et al., 2009).
84. Lacune constatée, par exemple : Éthiopie, Kenya, Malawi, Zambie et Afrique du Sud (Keesbury et Askew, 2010); Philippines (Ramiro et al., 2010); Afrique du Sud (HRW, 2003a).
85. Lacune constatée, par exemple : Iran (Claeson, 2011); Ukraine (Izenberg and Altice, 2010); Vietnam (Nguyen et al., 2012, Abstract); Indonésie (Afriandi et al., 2010); Thaïlande (Kerr et al., 2010c); Chine, Russie, Vietnam, Ukraine et Malaisie (Wolfe et al., 2010); Mexique (Moreno et al., 2010); Thaïlande, Indonésie, Bangladesh, Myanmar, Inde et Népal (Sharma et al., 2009); et de manière générale (Piot et al., 2008, Mattick et al., 2003; Gowing et al., 2005 cité dans IOM, 2007).
86. Lacune constatée, par exemple : Azerbaïdjan, Géorgie, Kirghizstan, Russie et l'Ukraine (OSI, 2009); Azerbaïdjan, Kazakhstan, Kirghizstan, Tadjikistan, Turkménistan et Ouzbékistan (UNODC, 2010a); Chine (Jia et al., 2010; HRW, 2010b; Sullivan et Wu, 2007: 121, Liu et al., 2006a: 119); Cambodge (HRW, 2010a); Ukraine (Strathdee et al., 2010); Afrique du Sud (Parry et al., 2010); Thaïlande (Hayashi et al., 2009); Vietnam (Thanh et al., 2009a); et de manière générale (Wolfe et al., 2010; Jurgens et al., 2010; Gowan et al., 2008); Cambodge, Chine, Malaisie et Vietnam (WHO et al., 2011b).
87. Lacune constatée, par exemple : Ukraine (Busza et al., 2010; Teltschik et al., 2008)
88. Lacune constatée, par exemple : Hongrie (Gyarmathy et al., 2011b); Russie (Niccolai et al., 2010); Afrique du Sud (Scheibe et al., 2011, Parry et al., 2010) et Asie centrale (Thorne et al., 2010).
89. Lacune constatée, par exemple : Vietnam (Hammett et al., 2010); Chine (Jiang et al., 2010); Inde (Solomon et al., 2010a); Brésil (Nappo et al., 2011); à l'échelle mondiale (Roberts et al., 2010); Russie (Toussova et al., 2009); Vietnam (Nguyen et Scannapieco, 2008, Go et al., 2006); Brésil (Oliveira, 2007); Ukraine (Strathdee et al., 2010); Afrique du Sud (Parry et al., 2010); et de manière générale (IOM, 2007, Roberts et al., 2010).
90. Lacune constatée, par exemple : Russie (Abdala et al., 2011, Sarang et al., 2010); Cambodge (Human Rights Watch, 2010); Kirghizstan, Kazakhstan, et Tadjikistan (Shapoval et Pinkham, 2011); Afrique du Sud (Weschberg et al., 2008 cité dans El-Bassel et al., 2010; Parry et al., 2009) et Kenya et Tanzanie (Nieburg et Carty, 2011).
91. Lacune constatée, par exemple : Thaïlande (Vuttanont et al., 2006); Brésil (Mane et al., 2001, Juarez et Martin, 2006); Afrique du Sud (Moyo et al., 2008); Mozambique (Machel, 2001).
92. Lacune constatée, par exemple, à l'échelle mondiale (Bruce et al., 2011).
93. Lacune constatée, par exemple : Kenya (Njue et al., 2009).
94. Lacune constatée, par exemple : Afrique subsaharienne (Fatusi et Hindin, 2010); Éthiopie (Lindstrom et al., 2010); dans de nombreux pays (UNESCO, 2009b).
95. Lacune constatée, par exemple : Mozambique (Hayford et Agadjanian, 2010); Afrique du Sud (Scorgie et al., 2011; Mqhayi et al., 2003 cité dans Mantell et al., 2005); Kenya (Brady et al., 2009); Brésil (Dias et al., 2006); Ouganda (Wanyenze et al., 2011a; Green et al., 2001); de manière générale (Hoffman et al., 2004; Green et al., 2001; Okunlola et al., 2006; Mathews et Harrison, 2006).
96. Lacune constatée, par exemple : Kenya (Mung'ala et al., 2006); Afrique du Sud, les États-Unis, et Nigeria (Mantell et al., 2001).
97. Lacune constatée, par exemple : Sénégal, Burkina Faso, Nigeria, Kenya, Namibie et Swaziland (Winskell et al., 2011a).
98. Lacune constatée, par exemple : Ouganda (Wawer et al., 2009); Afrique subsaharienne (Hallett et al., 2008a); Kenya (Agot et al., 2007); Afrique du Sud (Faljaard et al., 2008); Ouganda et Zimbabwe (Matovu et al., 2007); Kenya, Rwanda, Afrique du Sud, et Zambie (Baeten et al., 2010).
99. Lacune constatée, par exemple : Kenya, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland et Ouganda (AVAC et al., 2010); et Afrique du Sud et Zimbabwe (Mavedzenge et al., 2011b).
100. Lacune constatée, par exemple : Zimbabwe (Ferrand et al., 2011).
101. Lacune constatée, par exemple : Zambie (Bond, 2010); Cameroun (Njizing et al., 2010); Vietnam (Nam et al., 2010); Malawi (Namakhoma et al., 2010).
102. Lacune constatée, par exemple, à l'échelle mondiale (Jurgens, 2007a);

- South Africa (Venkatesh et al., 2011a); Pakistan (Hussain et al., 2011); Tanzania (Mmbaga et al., 2009); et Zimbabwe (Sherr et al., 2007).
103. Lacune constatée, par exemple, dans 22 pays de la région : Eastern Mediterranean (Hermez et al., 2010); Zimbabwe (Sambisa et al., 2010); India (Joseph et al., 2010); Kenya (Karau et al., 2010); South Africa (Groves et al., 2009); Botswana (PHR, 2007a and Weiser et al., 2006a); China (Li et al., 2007); et Ukraine (Yaremenko et al., 2004).
104. Lacune constatée, par exemple : South Africa (Kelvin et al., 2008; Ngema et al., 2008; Harrison, 2008); Chile (Cianelli et al., 2008); China (Zhou, 2008); Amérique latine (Parodi et Lyra, 2008); et Zimbabwe (Feldman et Masophere, 2003).
105. Lacune constatée, par exemple, dans 29 pays de : Africa et Latin America (Clark et al., 2006); une analyse de plus de 150 études (Collins and Rau, 2000; Gupta et al., 2003 cité dans Gillespie et Kadiyala, 2005); South Africa (Bhana and Pattman, 2011); Zimbabwe (Feldman and Masophere, 2003); Ethiopia, Malawi, et Haiti (Mathur et al., 2003); et Tanzania (Silberschmidt and Rasch, 2001).
106. Lacune constatée, par exemple : Nigeria (Etiebel et al., 2012); Malawi, Namibia et Botswana (Beyrer et al., 2010b); China (Zhou, 2006); India (Gutierrez et al., 2010; Hernandez et al., 2006); et Nicaragua (Beyrer et al., 2010 cité dans WHO et al., 2011b).
107. Lacune constatée, par exemple : Uganda (Miller et al., 2011b); Haiti (Fawzi et al., 2010); Vietnam (Phinney, 2008); Brazil (Hebling and Guimaraes, 2004); Serbie (Bernays et al., 2010) et South Africa (Sussner et Stein, 2000).
108. Lacune constatée, par exemple : Zambia (Chimuka, 2002).
109. Lacune constatée, par exemple : Uganda (Wawer et al., 2012; Kajubi et al., 2011); India (Solomon et al., 2010a); China (Li et al., 2011a; Yun et al., 2011); South Africa et Zimbabwe (Mavedzenge et al., 2011); South Africa (Mah, 2010); Nigeria (Adebayo et al., 2011; Oydiran et al., 2010); Botswana (Thomas et Lungu, 2010; Foster et al., 2010a); South Africa (Tanser et al., 2011); Mozambique (Noden et al., 2009); Tanzania (Exavery et al., 2011); Ethiopia (Molla et al., 2008); India (Chatterjee et Hosain, 2006). Zimbabwe (Callegari et al., 2008; Feldman et Masophere, 2003); Mexico (Hirsch et al., 2007; Pulerwitz et al., 2001); Kenya et Zambia (Glynn et al., 2001; Glynn et al., 2003); Kenya (Kaiser et al., 2011); Zambia (Clark, 2004) et à l'échelle mondiale (Green et al., 2009) et tirée des HPTN 052 sites (Eshelman et al., 2011).
110. Lacune constatée, par exemple : Zimbabwe (Ferrand et al., 2011); Uganda (Kayiki and Forste 2011); Taiwan (Tung et al., 2010); Malaysia (Anwar et al., 2010); South Africa (Tenkorang et al., 2011; Anderson et al., 2007, Stadler et al., 2007); et Burkina Faso, Ghana, Malawi et Uganda (Biddlecom et al., 2007).
111. Lacune constatée, par exemple : Cameroon (Arcand & Wouabe 2010); Tanzania (UNICEF, Tanzania et al, 2011a); Thailand (Ishikawa et al., 2011a); Bolivia, Chile et Mexico (Lopez Torres et al., 2010).
112. Lacune constatée, par exemple : Sub-Saharan Africa (Sommer, 2011); Tanzania (Sommer, 2010) et Pakistan (Ali et Rizvi, 2010).
113. Lacune constatée, par exemple : South Africa (Cluver et al., 2011).
114. Lacune constatée, par exemple : Cambodia, India, Kenya, Tanzania et Ethiopia (Messer et al., 2010); Haiti (Surkan et al., 2010); Zimbabwe (Kembo, 2010; Nyamukapa et al., 2010); Rwanda (Betancourt et al., 2011); Rwanda (Thurman et al., 2008a); South Africa (Van der Heijden and Swartz, 2010; Cluver et al., 2007, Cluver and Gardner, 2007); China (Xu et al., 2010a and b; Zhao et al., 2010a; Zhang et al., 2009a; He and Ji, 2007).
115. Lacune constatée, par exemple, dans une révision systématique (Sherr, 2008); South Africa (Hill et al., 2008; et Zimbabwe (Nyamukapa et Gregson, 2005).
116. Lacune constatée à l'échelle mondiale (Overs et Hawkins, 2011); Turkmenistan (Chariyeva et al., 2011); Swaziland (Chipamaunga et al., 2010); Sudan (Abdelrahim et al., 2010); Somalia (Kriitmaa et al., 2010); et Pakistan (Khan et al., 2010) Afghanistan (Todd et al., 2011a; Kiritbati (McMillan et Worth, 2010); et China (Zhang et al., 2011b).
117. Rotheram-Borus, M. J., D. Swendeman and G. Chovnick (2009). "The past, present, and future of HIV prevention: integrating behavioral, biomedical, and structural intervention strategies for the next generation of HIV prevention." *Annu Rev Clin Psychol* 5: 143-67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19327028>.
118. Yamey, G. (2011). "Scaling up global health interventions: a proposed framework for success." *PLoS Med* 8(6): e1001049. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21738450>; Rottach, E., K. Hardee, R. Jolivet and R. Kiesel. 2012. Integrating gender into the scale-up of family planning and maternal, neonatal and child health programs. Washington, DC: Health Policy Project.; Hardee, K., L. Ashford, E. Rottach, R. Jolivet and R. Kiesel. 2011. The policy dimensions of scaling up health initiatives. Washington, DC: Health Policy Project. Draft; Global HIV Prevention Working Group (2007). Bringing HIV Prevention to Scale: An Urgent Global Priority. http://www.globalhivprevention.org/pdfs/PWG-HIV_prevention_report_FINAL.pdf; Safe Youth Worldwide (2005). Scaling Up HIV Prevention Programs for Youth: The Essential Elements (http://www.plannedparenthood.org/nyc/files/NYC/ScalingUpSYW_online.pdf); Simmons, R. P. Fajans and P. Ghiron, editors. 2006. Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Hanson K, Ranson MK, Oliviera-Cruz V, Mills A (2003) Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *J Int Dev* 15: 1-14.
119. Hanson K, Ranson MK, Oliviera-Cruz V, Mills A (2003) Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *J Int Dev* 15: 1-14.
120. Mavedzenge SN, Luecke E, Ross DA. 2013. Effectiveness of HIV Prevention, Treatment and Care Interventions Among Adolescents: A Systematic Review of Systematic Reviews. UNICEF Technical Brief. New York. UNICEF.

Contactez Nous

Health Policy Project
One Thomas Circle NW, Suite 200
Washington, DC 20005

www.healthpolicyproject.com
policyinfo@futuresgroup.com

What Works for Women & Girls est soutenu par le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) et l'Open Society Foundations aux États-Unis et est mise en oeuvre sous l'égide du Health Policy Project et Evidence Project de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), du Public Health Institute, et du What Works Association, Inc. Pour plus d'informations, consultez le site www.whatworksforwomen.org ou envoyez un e-mail à mcrocegalis@gmail.com.

Les informations fournies dans ce document ne est pas des informations officielles du Gouvernement américain et ne représentent pas nécessairement les vues ou les positions de l'Agence américaine pour le développement international.