

LES JEUNES ET LE VIH/SIDA
UNE SOLUTION A LA CRISE

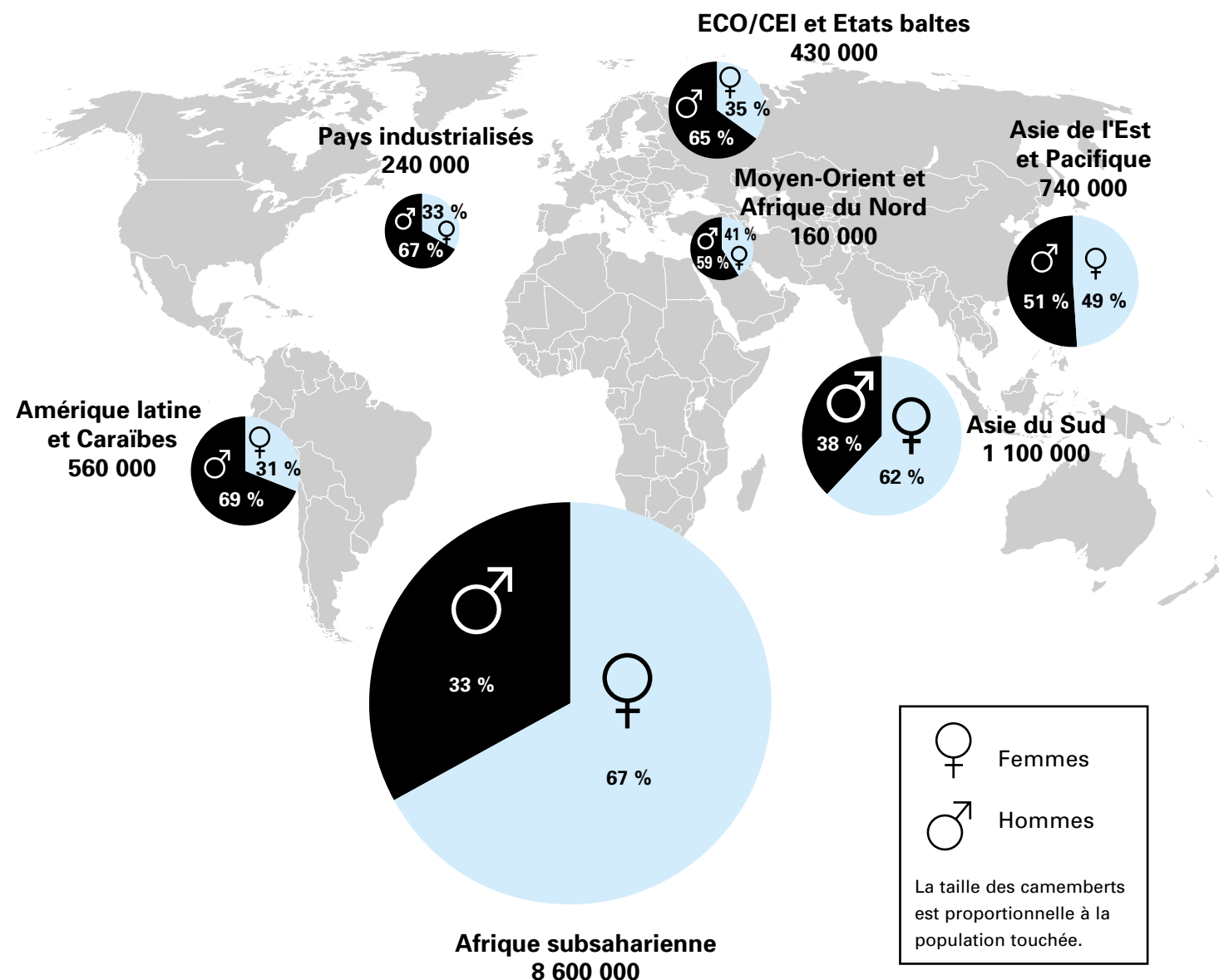
TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
LES JEUNES SONT AU CŒUR D'ÉPIDÉMIES DE SIDA QUI SONT DIFFÉRENTES	9
POURQUOI CIBLER LES JEUNES ?	11
Les jeunes ont des rapports sexuels	11
Les jeunes manquent d'informations	13
Les filles sont très vulnérables	17
Beaucoup de jeunes sont particulièrement exposés	19
Les jeunes renversent les tendances	23
LA VOIE À SUIVRE	24
UNE STRATÉGIE COMPORTANT DIX MESURES	25
1 Mettre fin au silence, à la stigmatisation et à la honte	25
2 Fournir aux jeunes connaissances et informations	26
3 Donner aux jeunes les compétences nécessaires pour mettre leurs connaissances en pratique	29
4 Fournir des services de santé adaptés aux besoins des jeunes	30
5 Encourager le conseil et les tests volontaires et confidentiels	31
6 Collaborer avec les jeunes, encourager leur participation	32
7 Amener les jeunes vivant avec le VIH/SIDA à participer	34
8 Créer un environnement sûr et favorable	35
9 Atteindre les jeunes les plus exposés	35
10 Renforcer les partenariats, assurer un suivi	36
TABLEAUX DE STATISTIQUES	37



11,8 MILLIONS DE JEUNES (15-24 ANS) VIVENT AVEC LE SIDA

7,3 millions de jeunes femmes
et 4,5 millions de jeunes hommes



Note : cette carte ne reflète pas le point de vue de l'UNICEF, de l'OMS ou de l'ONUSIDA concernant le statut légal des pays et territoires représentés ou le tracé des frontières.

Source : ONUSIDA/UNICEF, 2001

INTRODUCTION

La propagation du VIH/SIDA peut-être interrompue. Nous devons axer nos efforts sur les jeunes. Plus de la moitié des nouvelles infections à VIH aujourd'hui se produisent chez des jeunes de 15 à 24 ans. Pourtant, on continue d'ignorer les besoins d'1 milliard de jeunes à travers le monde lors de la conception de stratégies pour lutter contre le VIH/SIDA, la formulation des politiques et l'allocation des budgets. Ceci est d'autant plus tragique que les jeunes sont plus susceptibles que les adultes d'adopter des comportements sans risque et de s'y tenir.

Le présent rapport contient des données importantes qui mettent en lumière le rôle clé des jeunes pour vaincre l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, notamment les résultats de plus de 60 nouvelles enquêtes nationales. Il souligne une fois de plus que nous devons accorder la plus haute priorité aux investissements en faveur des jeunes et s'en faire des partenaires dans la lutte contre la maladie.

« Les succès remportés dans le monde pour lutter contre le SIDA doivent se mesurer par leur impact sur nos enfants et nos jeunes. Reçoivent-ils l'information dont ils ont besoin pour se protéger du SIDA ? Les filles ont-elles les moyens d'assumer leur sexualité ? Les nourrissons sont-ils protégés de la maladie et les orphelins du SIDA sont-ils élevés au milieu de l'affection et des encouragements ? Telles sont les questions difficiles que nous devons nous poser. C'est à la réponse qu'ils y apporteront que l'on pourra juger nos dirigeants. Nous ne pouvons laisser le SIDA dévaster une nouvelle génération. »

– Carol Bellamy
Directrice générale de l'UNICEF

Les jeunes sont au cœur de la pandémie mondiale du VIH/SIDA. Ils sont aussi notre plus grand espoir pour lutter contre cette terrible maladie.

Les jeunes d'aujourd'hui ont reçu un terrible héritage qui les détruit eux et leurs amis, leurs frères et sœurs, leurs parents, leurs maîtres et leurs modèles. Ils sont environ 11,8 millions entre 15 et 24 ans à vivre avec le VIH/SIDA. Chaque jour, près de 6000 jeunes de 15 à 24 ans contractent le VIH. Mais seulement un petit nombre d'entre eux savent qu'ils sont infectés.

Plus de vingt ans après le début de l'épidémie, la vaste majorité des jeunes manquent encore d'information sur les questions sexuelles et les infections sexuellement transmissibles (IST). Même si la plupart d'entre eux ont entendu parler du SIDA, ils sont nombreux à ne pas savoir comment le VIH se transmet et ils ne se sentent pas concernés. Souvent, les jeunes qui possèdent certaines connaissances concernant le VIH ne se protègent pas parce qu'ils manquent des compétences, de l'appui ou des moyens d'adopter des comportements sûrs.

Néanmoins, dans les régions où la propagation du VIH/SIDA ralentit ou se trouve même en baisse, c'est dans une large mesure parce que les hommes et les femmes jeunes ont été encouragés à adopter des comportements sûrs et reçu les outils nécessaires. Les jeunes ont montré qu'ils sont capables de faire des choix responsables pour se protéger lorsqu'ils bénéficient d'un soutien adéquat, et qu'ils peuvent se former et motiver les autres à faire ces bons choix.

Nous savons quelles stratégies sont efficaces et ce que nous devons faire.

Apprendre aux jeunes ce qu'est le VIH et leur enseigner les compétences nécessaires en matière de négociation, de résolution de conflit, de réflexion critique, de prise de décisions et de communication, cela améliore leur confiance en soi et leur capacité à prendre des décisions informées, telles que celle de retarder les relations sexuelles jusqu'à ce qu'ils sachent se protéger du VIH, des autres IST et des grossesses non désirées.

Des services à l'écoute des jeunes offrent le traitement des IST et un accès aux préservatifs, et aident les jeunes à se sentir responsables de leur sexualité et de leur santé reproductive. Les services de conseil et de dépistage du VIH volontaires et confidentiels permettent aux jeunes de connaître leur sérologie VIH et d'adopter des comportements sûrs, qu'ils soient ou non infectés.

Nous savons qu'il est essentiel de prêter tout particulièrement attention aux jeunes vulnérables et à ceux qui sont particulièrement exposés au risque d'infection. Nous savons que, pour que les

programmes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA soient efficaces, il faut que les jeunes participent à leur élaboration et à leur mise en œuvre. Nous savons aussi que le fait de maintenir les enfants à l'école contribue à les protéger de l'infection à VIH.

Nous savons que le début de l'adolescence, entre 10 et 14 ans, est une période au cours de laquelle des modèles durables de comportements sains peuvent être mis en place, notamment le fait de retarder le début de l'activité sexuelle, et que ces comportements sont susceptibles de modifier le cours du VIH/SIDA. Il est plus facile d'adopter dès le départ des habitudes saines que de modifier des comportements à risque déjà bien établis.

Le rôle des parents, des familles élargies, des communautés, des écoles et des pairs est crucial pour guider et soutenir les jeunes afin qu'ils fassent des choix judicieux en ce qui concerne leur santé et leur bien-être. Des études ont montré que des rapports suivis, positifs, émotionnels avec un adulte attentif peuvent aider les jeunes à se sentir en sécurité et leur permettre de développer les aptitudes nécessaires pour affronter les difficultés de leur vie.

Aucune des stratégies destinées à la limiter la propagation du VIH/SIDA ne sera efficace si les droits des enfants et des jeunes ne sont pas protégés et défendus avec vigueur. Aucun progrès ne sera accompli si l'on ne rend pas inacceptable la discrimination à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA ou qui en sont touchées.

Les communautés et les gouvernements doivent comprendre les facteurs qui accroissent la vulnérabilité des jeunes au VIH. Ils doivent aussi soutenir les jeunes par des campagnes d'information publiques tant dans les écoles qu'à l'extérieur de celles-ci, afin d'améliorer la sensibilisation

« C'est en accordant une priorité spéciale aux jeunes que l'on parviendra à influencer sur le cours de l'épidémie. Le changement des comportements et des attentes à un jeune âge permettra d'obtenir des avantages pendant toute la vie, à la fois pour prévenir le VIH et atténuer la stigmatisation qui lui est associée. Le défi consiste à promouvoir des programmes efficaces qui encouragent les jeunes à faire face au VIH/SIDA de toutes les manières possibles... Dans tous les pays où la transmission du VIH a reculé, c'est parmi les jeunes que les progrès les plus spectaculaires ont été enregistrés. »

--Peter Piot, Directeur général, ONUSIDA

LES JEUNES SONT AU CŒUR D'ÉPIDÉMIES DE SIDA QUI SONT DIFFÉRENTES

et de combattre la stigmatisation. Ils doivent offrir une protection juridique aux femmes, aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et aux enfants rendus orphelins par le SIDA. Ils doivent également promulguer et faire appliquer des législations contre l'exploitation sexuelle des enfants, contre les mariages précoces et forcés et contre la violence et la coercition sexuelle au sein du mariage comme hors de celui-ci.

Toutes ces mesures exigent un leadership vigoureux. Les problèmes liés au VIH/SIDA sont profondément enracinés dans les croyances et les pratiques culturelles et sociales, et nombre d'entre eux sont intimes, personnels et privés. Le leadership implique d'avoir le courage de répondre aux besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive. Il implique de collaborer avec les jeunes pour créer un environnement dans lequel le SIDA ne sera pas abordé dans le secret et la honte, mais ouvertement et avec compassion.

Le leadership implique de faire en sorte que tous les jeunes dans toutes les communautés disposent des faits concernant le VIH/SIDA et la manière de le prévenir et qu'ils aient accès aux services, aux compétences et au soutien nécessaires pour adopter tout de suite des comportements sans danger et pour faire passer l'information. Enfin le leadership implique de mettre en place une culture de tolérance zéro par rapport aux abus sexuels, à l'exploitation et à toutes les formes de violence à l'égard des enfants et des adolescents.

Le présent rapport souligne que les gouvernements et la société civile partout dans le monde doivent de toute urgence collaborer avec les jeunes sur des stratégies efficaces de prévention, de traitement et de prise en charge. Il préconise un engagement politique sans précédent pour forger les partenariats nécessaires et obtenir les ressources financières et humaines essentielles. Et il demande aux adultes de tous les pays du monde de montrer qu'ils sont prêts à faire face à des problèmes difficiles.

Les jeunes représentent notre meilleure chance de vaincre le VIH/SIDA.

Note : en règle générale, l'UNICEF, l'ONSDA et l'OMS définissent les personnes entre 10 et 19 ans comme des « adolescents » et le groupe plus nombreux des 10 à 24 ans comme des « jeunes ». Le présent rapport utilise ces termes de manière interchangeable en précisant toutefois la tranche d'âge, le cas échéant.

LE VIH se propage rapidement dans les pays et ne connaît pas de frontières. Il frappe à la fois les hommes et les femmes sans tenir compte de la géographie ou de l'orientation sexuelle.

Le monde est aujourd'hui confronté à une multitude d'épidémies de SIDA différentes qui ne sont pas apparues en même temps, qui n'ont pas la même ampleur et qui touchent des populations différentes – et qui sont même souvent dues à des facteurs différents.

Dans de nombreux pays, l'épidémie de VIH est encore considérée comme « faible » ou « concentrée », frappant principalement les groupes à haut risque, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe. Une épidémie est dite 'concentrée' lorsque moins de 1 pour cent de la population générale mais plus de 5 pour cent des membres d'un groupe à haut risque sont infectés.

**« Dans trop de pays, une
conspiration officielle du silence
autour du SIDA a privé la
population des informations qui
auraient pu sauver des vies.
Nous devons donner aux jeunes
les capacités de se protéger
grâce à l'information et à un
environnement social favorable
susceptible de réduire leur
vulnérabilité à l'infection. »**

– Kofi A. Annan
Secrétaire général
des Nations Unies

En Europe de l'Est et en Asie centrale, pratiquement toutes les infections à VIH déclarées sont liées à l'injection de drogues, un phénomène qui a pris de l'ampleur chez les jeunes, et notamment les jeunes hommes qui constituent aujourd'hui la majorité des consommateurs de drogues injectables. Dans certaines parties d'Amérique latine et d'Asie, ainsi que dans nombre de pays industrialisés, des épidémies concentrées sévissent dans le groupe des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Plusieurs de ces pays ont également des épidémies hétérosexuelles concentrées, chez les jeunes professionnel(le)s du sexe et les hommes qui achètent leurs services. Dans plusieurs pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, les taux d'infection à VIH augmentent chez les consommateurs de drogues injectables.

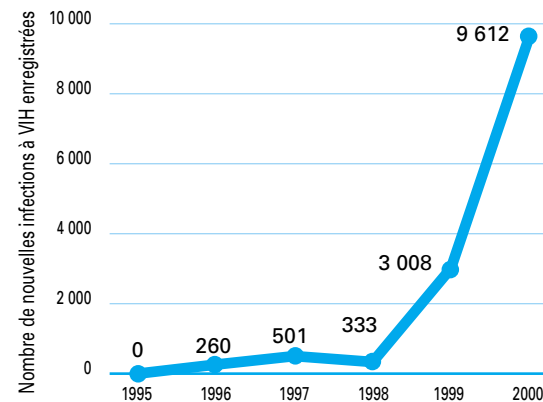
POURQUOI CIBLER LES JEUNES ?

Dans certains pays d'Asie du Sud-Est tels que l'Indonésie, le Népal et le Viet Nam, les épidémies explosent chez les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe, dont la majorité a moins de 25 ans. En Chine, pays qui abrite un cinquième de la population mondiale, de graves épidémies concentrées ont fait leur apparition dans plusieurs provinces et le VIH se propage rapidement dans de nouveaux groupes.

Lorsque le VIH se répand plus largement dans la population (càd lorsque plus d'1 pour cent de la population globale est infecté), le nombre d'infections a tendance à augmenter rapidement. Ces épidémies « généralisées », comme celles qui frappent l'Afrique et certaines régions d'Asie, d'Amérique centrale et des Caraïbes, représentent au moins 4 sur 5 des nouvelles infections enregistrées dans le monde.

PROGRESSION FULGURANTE DU VIH LIEE A LA CONSOMMATION DE DROGUES INJECTABLES CHEZ LES ADOLESCENTS EN FEDERATION DE RUSSIE

Nombre de nouvelles infections à VIH enregistrées chez les adolescents (10-19 ans) qui consomment des drogues injectables, 1995-2000



Source : Centre européen de surveillance épidémiologique du SIDA, surveillance du VIH/SIDA en Europe, 2001.

■ **Afrique subsaharienne.** Dans 12 pays d'Afrique subsaharienne, on estime qu'au moins 10 pour cent des adultes de 15 à 49 ans ont contracté le VIH. En majorité, les nouvelles infections se produisent chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. En Afrique du Sud, au Zimbabwe et au Botswana, on estime que plus de 60 pour cent des garçons aujourd'hui âgés de 15 ans contracteront le VIH au cours de leur vie.

■ **Asie.** Les épidémies concentrées chez les consommateurs de drogues injectables et les jeunes professionnel(le)s du sexe se sont répandues dans la population au Cambodge, au Myanmar et en Thaïlande, ce qui a provoqué des épidémies généralisées dans ces pays. Des schémas de transmission similaires ont été observés dans plusieurs États du sud de l'Inde, où le taux d'infection à VIH a maintenant dépassé 1 pour cent chez les femmes enceintes.

■ **Caraïbes et Amérique centrale.** Les Caraïbes, où 2,3 pour cent de tous les adultes de 15 à 49 ans sont infectés, est la deuxième région la plus touchée du monde. Les pays les plus affectés sont les Bahamas, la Guyane et Haïti. La plupart des nouvelles infections sont enregistrées chez les jeunes femmes (de 15 à 24 ans).

■ **Europe de l'Est et Asie centrale.** Selon une estimation récente de l'incidence du VIH dans la région, environ 1 million de personnes de 15 à 49 ans auraient contracté le virus. Cette progression est due principalement au fait que les épidémies concentrées qui frappent les toxicomanes se répandent rapidement parmi les consommateurs occasionnels de drogues injectables, des jeunes pour la plupart, et parmi leurs partenaires sexuels.

Les groupes et les communautés défavorisés et forcés de vivre en marge de la société, y compris les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les enfants des rues, les jeunes qui ont quitté l'école, les orphelins du SIDA, les minorités vulnérables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les enfants dans des conflits armés, doivent être atteints de toute urgence non seulement pour réduire le nombre des nouvelles infections à VIH, mais pour empêcher sa transmission dans le reste de la population.

Les jeunes ont des rapports sexuels

Pour la majorité des jeunes, l'activité sexuelle commence à l'adolescence. Dans de nombreux pays, les filles et garçons célibataires sont sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans. Une enquête récente réalisée auprès des garçons de 15 à 19 ans au Brésil, en Hongrie et au Kenya par exemple, a révélé qu'un quart d'entre eux avaient eu des rapports sexuels avant 15 ans. Selon une étude effectuée au Bangladesh, 88 pour cent des garçons célibataires et 35 pour cent des filles célibataires vivant en zone urbaine avaient eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans. En zone rurale, ces chiffres étaient de 38 pour cent pour les garçons et de 6 pour cent pour les filles.

« Les jeunes ont besoin que les adultes les aident à surmonter les pensées, les sentiments et les expériences qui accompagnent la maturité physique... Des données recueillies dans le monde entier ont clairement montré qu'en donnant des informations et des compétences sur la sexualité et les rapports humains, on évite des problèmes de santé et on encourage des attitudes plus mûres et plus responsables. »

– Dr Gro Harlem Brundtland
Directrice générale
Organisation mondiale de la santé

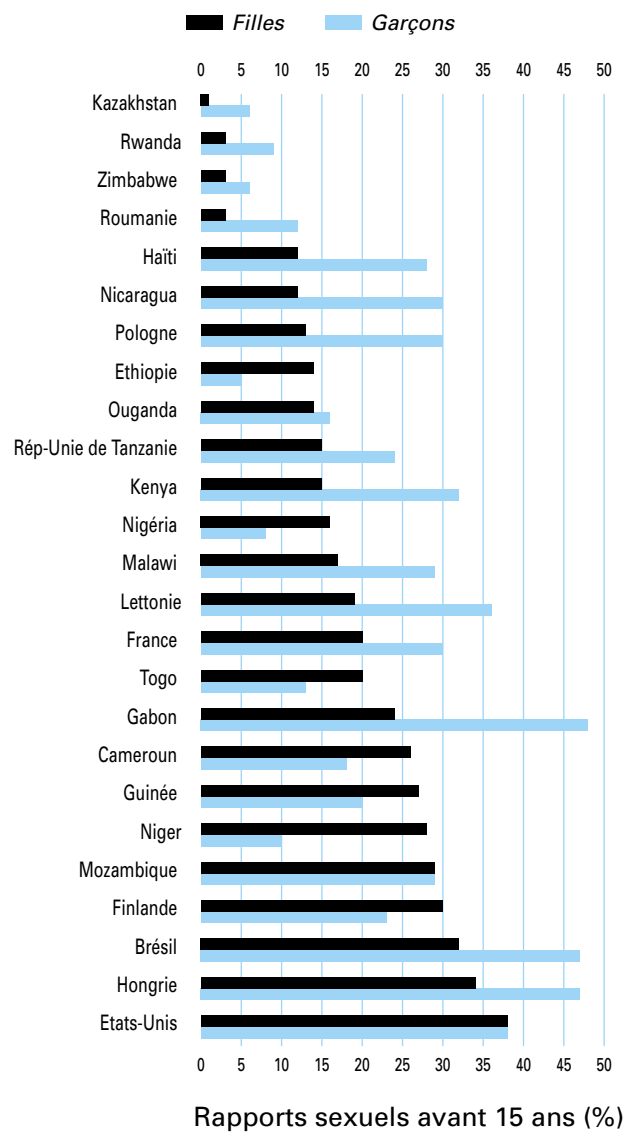
Les mariages précoces se produisent partout dans le monde, mais ils sont courants dans certaines parties de l'Afrique et de l'Asie du Sud. Au Niger et en Inde, 76 pour cent et 50 pour cent respectivement des filles sont mariées avant l'âge de 19 ans. Au Népal, 19 pour cent des filles sont mariées avant d'avoir atteint leur quinzième anniversaire et 60 pour cent avant l'âge de 18 ans.

Les adolescents dont l'activité sexuelle est précoce ont une probabilité plus élevée d'avoir des rapports sexuels avec des partenaires à haut risque ou avec des partenaires multiples et sont moins susceptibles d'utiliser des préservatifs. Retarder l'âge du premier rapport sexuel chez les jeunes peut réellement les protéger de l'infection.

Parce qu'ils manquent des connaissances et des compétences nécessaires, les adolescents tendent à moins se protéger du VIH que les jeunes qui ont dépassé 20 ans. Au Burkina

BEAUCOUP DE JEUNES ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVANT 15 ANS

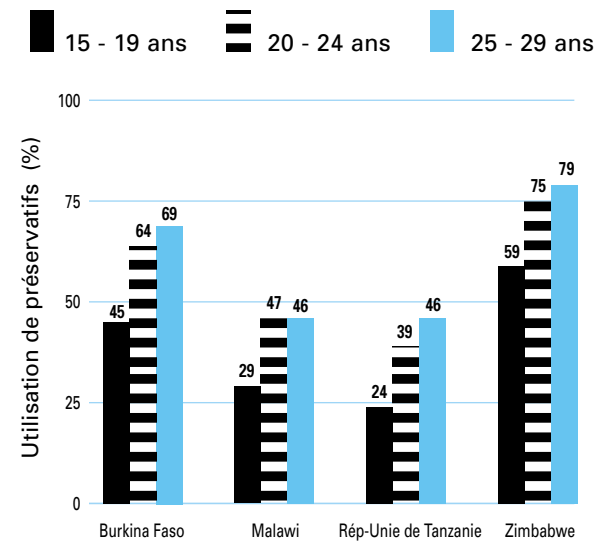
% de jeunes, filles et garçons, (15-19 ans) qui ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, 1998-2001



Source : Enquêtes sur la population et la santé (EPS), 1998-2001, Enquêtes sur le comportement en matière de santé des enfants d'âge primaire, 1998.

LES HOMMES JEUNES SONT MOINS SUSCEPTIBLES D'UTILISER DES PRESERVATIFS

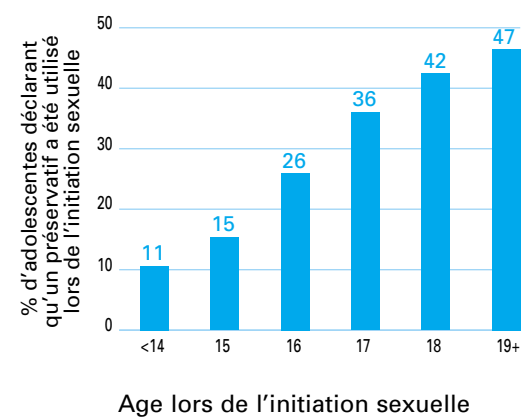
% d'hommes dans 4 pays d'Afrique subsaharienne ayant utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire hors mariage ou hors concubinage, 1999-2001



Source : Mesure EPS, 1999-2001.

LA PROBABILITE D'UTILISER UN PRESERVATIF EST MOINDRE LORS DE L'INITIATION SEXUELLE DES JEUNES ADOLESCENTS

% d'adolescentes à KwaZulu Natal, Afrique du Sud, ayant déclaré que leurs premiers rapports sexuels se sont déroulés avec un préservatif, par âge à l'initiation sexuelle, 1999



Source : 'Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa'. Manzini, Ntsiki. Reproductive Health Matters, 9 (17): 44+, Mai 2001.

Faso, seulement 45 pour cent des garçons de 15 à 19 ans ont déclaré utiliser un préservatif avec un partenaire hors mariage, par rapport à 64 pour cent des hommes de 20 à 24 ans. Au Malawi, 29 pour cent des garçons de 15 à 19 ans utilisaient un préservatif, par rapport à 47 pour cent des 20 à 24 ans. En Roumanie, 70 pour cent des garçons de 15 à 19 ans ont déclaré avoir des rapports sexuels avant le mariage mais seulement 39 pour cent d'entre eux ont utilisé un préservatif lors du premier rapport ; 41 pour cent des filles ont déclaré avoir des rapports sexuels avant le mariage, mais seulement 26 pour cent ont utilisé un préservatif la première fois. Une autre étude réalisée en Ukraine a révélé qu'à peine 28 pour cent des femmes de 15 à 24 ans avaient utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel.

Les jeunes manquent d'informations

De nouvelles études provenant du monde entier ont montré qu'un nombre considérable de jeunes ne savent pas comment le VIH se transmet ou comment se protéger de la maladie.

Dans les pays où sévissent des épidémies généralisées, tels que le Cameroun, la République centrafricaine, la Guinée équatoriale, le Lesotho et la Sierra Leone, plus de 80 pour cent des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont des connaissances insuffisantes sur le VIH.

En Somalie, 26 pour cent seulement des filles ont entendu parler du SIDA ; elles ne sont qu'1 pour cent à savoir comment éviter l'infection. En Ukraine, si 99 pour cent des filles avaient entendu parler du SIDA, 9 pour cent seulement pouvaient indiquer les trois moyens principaux qui permettent d'éviter l'infection (voir encadré ci-dessus).

Deux tiers des jeunes en fin de scolarité primaire au Botswana pensaient qu'ils pouvaient savoir si une personne était infectée par le VIH rien qu'en la regardant. Dans le secondaire, un cinquième des élèves pensaient encore être capables d'identifier des partenaires à

L'ABC DE LA PREVENTION DU VIH

Il faut encourager les jeunes à différer le début de leur activité sexuelle. Et lorsqu'ils deviennent sexuellement actifs, ils doivent posséder les connaissances nécessaires pour pratiquer une sexualité à moindre risque.

- A** S'abstenir d'avoir des rapports sexuels/retarder la première expérience sexuelle
- B** Etre fidèle à un seul partenaire
- C** Utiliser systématiquement et correctement un préservatif en latex

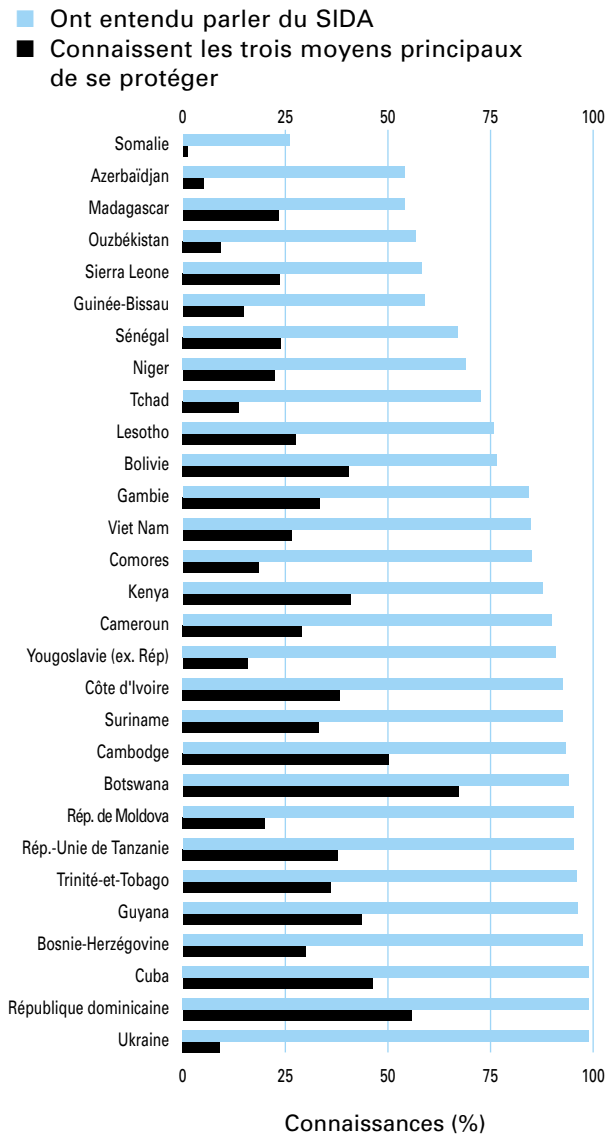
risque rien qu'en les regardant. Cette idée fautive est particulièrement dangereuse dans un pays où un de leurs partenaires sexuels potentiels sur trois est infecté par le VIH.

Les idées fausses sur le VIH/SIDA sont très répandues parmi les jeunes. Elles varient d'une culture à l'autre et des rumeurs particulières sont accréditées dans certaines populations, tant sur la manière dont le VIH se transmet (piqûres de moustique ou sorcellerie) que sur la manière de l'éviter (en mangeant certaines espèces de poisson ou en ayant des rapports sexuels avec une personne vierge). Des enquêtes réalisées dans 40 pays indiquent que plus de 50 pour cent des jeunes entre 15 et 24 ans ont des idées gravement erronées sur la façon dont se transmet le VIH/SIDA

Les adolescents qui ne sont pas encore sexuellement actifs doivent être encouragés à retarder leur activité

LA PLUPART DES JEUNES ONT DES CONNAISSANCES LIMITEES SUR LA PREVENTION DU VIH

% de jeunes femmes (15-19 ans) qui ont entendu parler du SIDA et % de celles qui connaissent les trois moyens principaux d'éviter l'infection,* 1999-2001



*Les trois moyens principaux sont : l'abstinence, la fidélité et l'utilisation systématique du préservatif.

Sources : UNICEF/Enquêtes en grappe à indicateur multiple (EGIM), Mesure EPS, 1999-2001.

sexuelle. Lorsque les jeunes ont des rapports sexuels, ils doivent être en mesure de se protéger. Des préservatifs de bonne qualité doivent être facilement disponibles, gratuitement ou à bon marché. Pourtant, dans certains cas, les jeunes savent moins bien qu'avant où ils peuvent se procurer des préservatifs. Au Zimbabwe en 1999, par exemple, à peine 68 pour cent des garçons entre 15 et 19 ans pouvaient citer précisément une source d'approvisionnement en préservatifs, par rapport à 77 pour cent en 1994. Cela montre à quel point il est important de continuer à fournir les informations de base à chaque nouvelle génération d'adolescents.

Même lorsqu'ils disposent de l'information, certains adolescents pratiquent des rapports sexuels non protégés, car ils n'ont pas les compétences nécessaires pour négocier soit l'abstinence soit l'utilisation du préservatif. Il se peut qu'ils aient peur ou soient gênés de parler de sexe avec leur partenaire.

D'autres encore n'adoptent pas des comportements sûrs car ils estiment que leur risque individuel est faible. Au Nigéria, 95 pour cent des jeunes filles de 15 à 19 ans estimaient que leur propre risque de contracter le SIDA était minime ou inexistant ; à Haïti, ce chiffre est de 93 pour cent pour l'ensemble des adolescents. Une étude réalisée au Malawi a révélé que les jeunes filles pensaient qu'il n'était pas très dangereux d'avoir des relations sexuelles avec un garçon dont la mère connaissait leur famille.

A maintes reprises, des études ont identifié des « facteurs protecteurs » qui contribuent à réduire les comportements à risque tels que les rapports sexuels non protégés et la consommation de drogues chez les adolescents. Une étude effectuée dans les zones rurales du Zimbabwe, par exemple, a prouvé que la participation à un groupe communautaire de jeunesse bien structuré réduisait, chez les jeunes femmes, le risque d'infection à VIH.

Parmi ces facteurs protecteurs, on peut noter :

- Les relations positives avec les parents, les enseignants et les autres adultes de la communauté
- Le fait de se sentir apprécié
- Un environnement scolaire positif
- Une exposition à des valeurs, des règles et des attentes positives
- Le fait d'avoir des convictions spirituelles
- Un sentiment d'espoir pour l'avenir

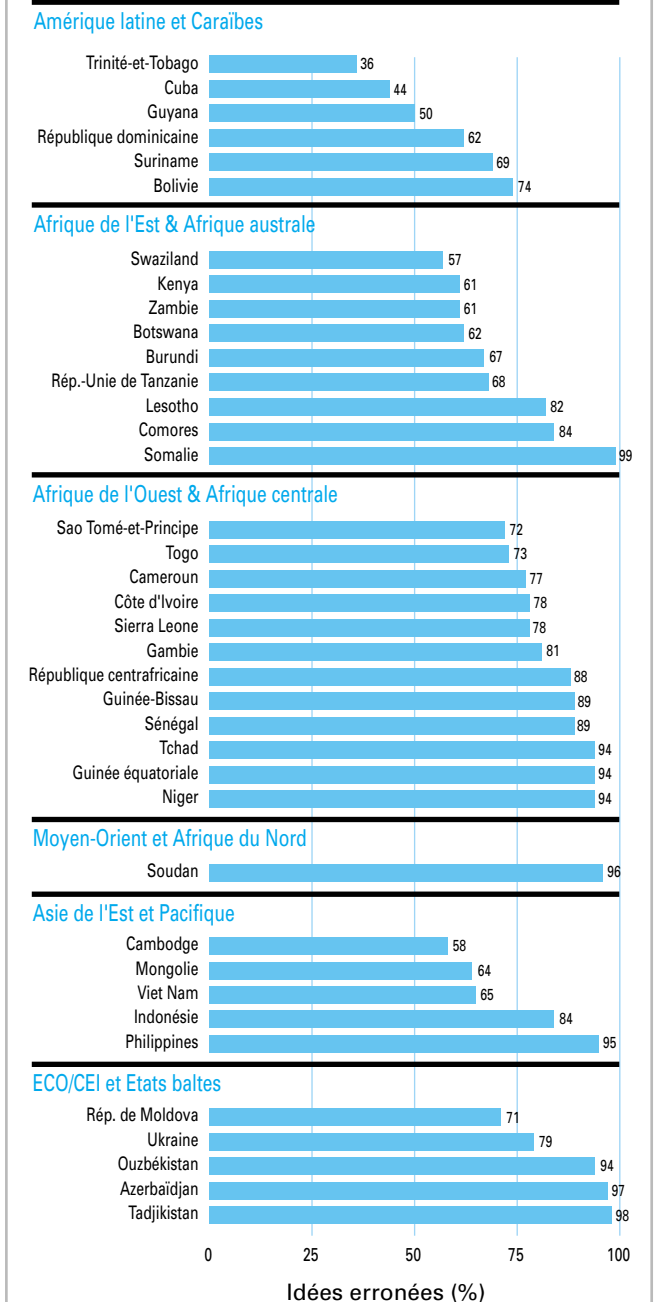
L'adolescence est souvent une période d'expérimentation avec les drogues et l'alcool. En République-Unie de Tanzanie, les jeunes de 16 à 24 ans qui fument et boivent de l'alcool avaient un risque quatre fois plus élevé que leurs pairs d'avoir des partenaires multiples. Aux Etats-Unis, l'absence de protection est statistiquement 2,5 fois plus probable chez les étudiants qui ont des rapports sexuels sous l'emprise de la drogue et de l'alcool que chez les autres. A Buenos Aires (Argentine), un cinquième des consommateurs de drogues injectables disent avoir commencé à se piquer à 16 ans ou avant et les deux tiers à 18 ans.

« Les garçons souhaitent tant être entendus ! La plupart des adolescents acquièrent leurs connaissances sur le sexe auprès de leurs amis ou par les films et la littérature pornographiques. Certains d'entre eux ne parlent à personne et on ne leur dit rien. Ceux qui parlent, en particulier aux adultes, sont souvent ignorés, on leur dit de se comporter comme un homme, sans leur dire ce que c'est qu'être un homme. »

– Kunle Onasanya, Nigéria

LA PLUPART DES FILLES ONT DES IDEES GRAVEMENT ERRONEES SUR LE VIH/SIDA

% de filles (15-19 ans) ayant au moins une idée gravement erronée sur le VIH/SIDA ou qui n'ont jamais entendu parler du SIDA



Idees erronees : le VIH peut se transmettre par sorcellerie ; par piqûre de moustique ; ou croyance qu'une personne qui a l'air en bonne santé ne peut pas être séropositive.

Sources : UNICEF/EGIM, Mesure EPS, 1999-2001.

TRAITER LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Plus de 100 millions de nouvelles infections sexuellement transmissibles (IST), sans compter le VIH, se produisent chaque année chez les jeunes de moins de 25 ans. Les IST facilitent considérablement la transmission du VIH entre partenaires sexuels, c'est pourquoi leur traitement et leur prévention constituent une étape importante pour interrompre le cycle des infections à VIH/SIDA. Les IST qui provoquent des ulcères génitaux sont celles qui accroissent le plus le risque de transmission. Une étude réalisée en Afrique du Sud a montré que les hommes infectés par le HSV-2 avaient un risque sept fois plus élevé d'être aussi séropositifs que les hommes sexuellement actifs qui n'avaient pas d'infection à HSV-2. Une autre étude marquante effectuée à Mwanza (République-Unie de Tanzanie), a montré que l'incidence du VIH était de 40 pour cent plus faible, après deux ans, dans les communautés où les IST symptomatiques sont prises en charge que dans les communautés où il n'existe pas de soins adéquats.

Dans une large mesure, la progression rapide des IST est due au fait que la majorité des infections ne se signalent par aucun symptôme (notamment chez la femme) ou alors produisent des symptômes si bénins que le patient n'en tient souvent pas compte. Il arrive parfois que les symptômes des IST disparaissent avec le temps, donnant l'impression à tort que la maladie a également disparu. Enfin, de nombreux adolescents ne connaissent pas la différence entre des conditions normales et anormales et ne savent par conséquent pas quand il leur faut rechercher un avis médical.

Même lorsqu'ils pensent qu'ils sont infectés, de nombreux jeunes n'essaient pas de se faire soigner car ils craignent que leur vie privée ne soit pas respectée. Ils se sentent parfois embarrassés ou trop coupables pour demander à être soignés. Les services sont parfois aussi inaccessibles, car les dispensaires sont éloignés ou ont des heures d'ouverture limitées ; de plus, les soignants sont parfois peu disposés à prendre en charge des adolescents. Lorsque les services se trouvent dans les centres de santé maternelle et infantile, il y a peu de chance que des jeunes hommes les fréquentent.

Les filles sont très vulnérables

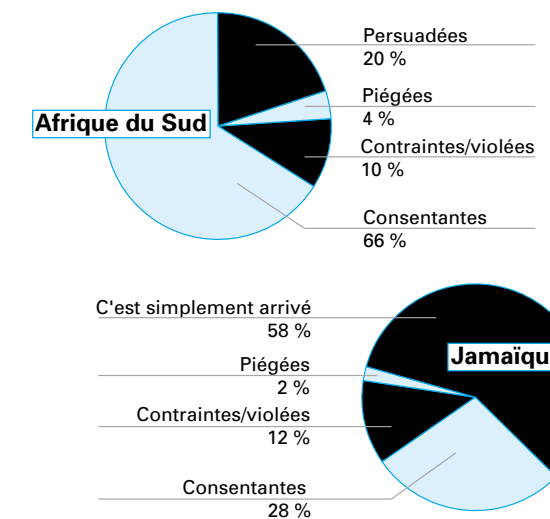
Bien que la moyenne d'hommes infectés soit légèrement plus forte que celle des femmes à l'échelle du monde, les adolescentes sont particulièrement vulnérables au VIH. Cet état de fait se constate très clairement en Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par le VIH/SIDA. Plus de deux tiers des nouvelles infections enregistrées chez les 15 à 19 ans se déclarent chez des femmes. En Ethiopie, au Malawi, en République-Unie de Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe, on compte de 5 à 6 filles infectées dans le même groupe d'âge pour chaque garçon de 15 à 19 ans.

Les raisons pour lesquelles les jeunes filles d'Afrique subsaharienne sont infectées et meurent à un plus jeune âge que les garçons sont nombreuses. Dans les grandes zones urbaines d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, des études épidémiologiques ont révélé que de 17 à 22 pour cent des filles entre 15 et 19 ans étaient déjà séropositives, par rapport à 3 à 7 pour cent de garçons du même âge. Cela indique un modèle de brassage sexuel selon lequel des hommes plus âgés ont des rapports avec des filles jeunes. Dans de nombreux pays où la situation économique est telle que les filles ont des difficultés à payer leurs frais de scolarité, certaines se mettent en quête d'un protecteur (un homme plus âgé qui leur donne de l'argent ou des biens en nature en échange de faveurs sexuelles), monnaient leurs faveurs (se font occasionnellement payer en argent ou en marchandises) ou se livrent au commerce du sexe (de leur propre gré ou en y étant forcées) afin de payer leur scolarité, d'aider leurs parents ou de subvenir à leurs propres besoins.

Ce brassage des âges est aggravé par le dangereux mythe selon lequel les rapports sexuels avec une fille vierge peuvent guérir du VIH. Un grand nombre d'hommes présumant en outre que les filles plus jeunes ne sont pas encore infectées. Dans les cultures où il est crucial que les filles soient vierges au mariage, certaines jeunes filles protègent leur virginité en adoptant des pratiques sexuelles dangereuses, tels que le rapport anal non protégé.

LA VULNERABILITE DES FILLES

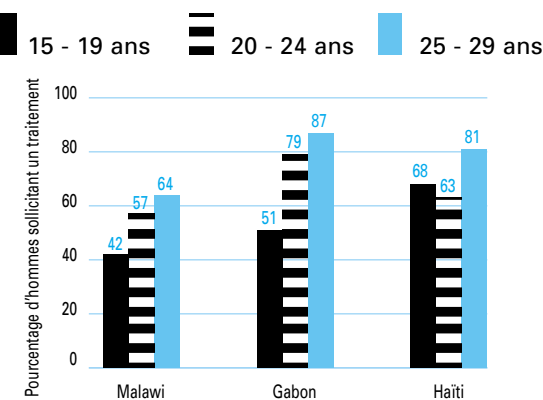
Un grand nombre de filles (15-19 ans) déclarent qu'elles ont eu des rapports non désirés ou forcés lors de l'initiation sexuelle. Adolescentes à KwaZulu Natal, Afrique du Sud (1999) et en Jamaïque (2001)



Source : 'Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa'. Manzini, Ntsiki. Reproductive Health Matters, 9 (17): 44+, Mai 2001; Report of Adolescent Condom Survey, Jamaïque, 2001, Commercial Market Strategies / Jamaïque, août 2001.

LES HOMMES JEUNES ONT MOINS RECOURS AUX TRAITEMENTS MEDICAUX

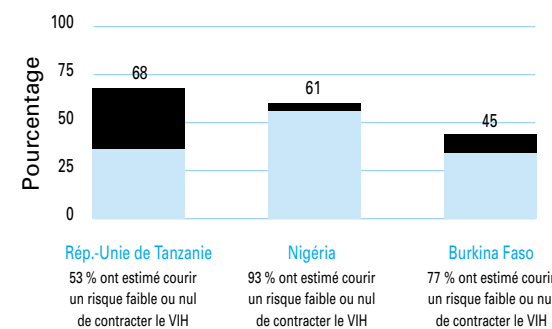
% d'hommes sollicitant un traitement pour des infections sexuellement transmissibles au Malawi, au Gabon et en Haïti, 2000



Source : Mesure EPS, 2000-2001.

BEAUCOUP D' HOMMES JEUNES N'ESTIMENT COURIR AUCUN RISQUE

% de jeunes hommes célibataires sexuellement actifs (15-24 ans) qui n'ont pas utilisé de préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels, 1999



Source : Mesure EPS, 1999.

DES CONNAISSANCES INSUFFISANTES

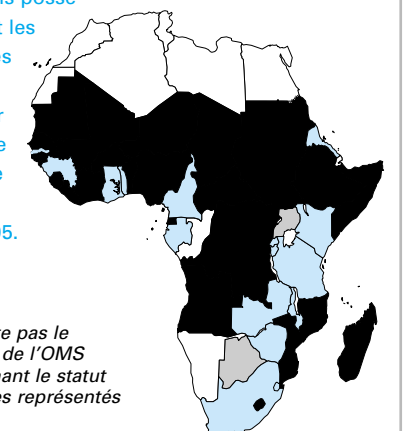
% de filles (15-19 ans) sachant qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut avoir le virus du SIDA, 1996-2001



En Afrique subsaharienne, des efforts nationaux et régionaux doivent être déployés à grande échelle pour s'assurer que 90 % des jeunes de 15 à 24 ans possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour se protéger du VIH – un objectif fixé par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU consacrée au VIH/SIDA à l'horizon 2005.

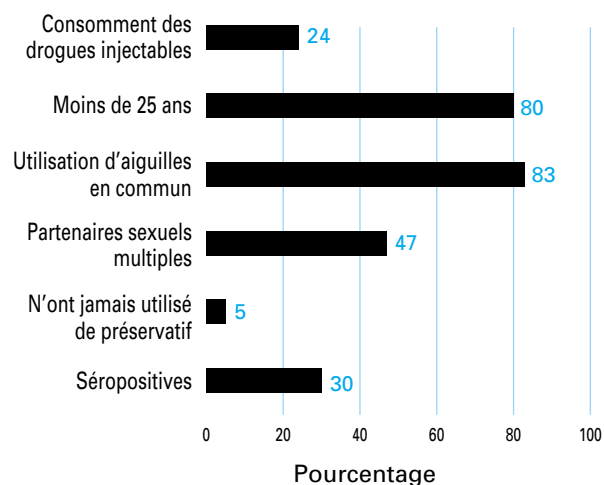
Source : UNICEF/EGIM, Mesure EPS, 1996-2001

Note : cette carte ne reflète pas le point de vue de l'UNICEF, de l'OMS ou de l'ONUSIDA concernant le statut légal des pays et territoires représentés ou le tracé des frontières.



JEUNES CONSOMATRICES DE DROGUES DANS LE NORD DE LA THAÏLANDE

Profil des jeunes filles admises dans des centres de désintoxication, 1999-2000



Source : 'Women who use drugs and their HIV risks in northern Thailand'. Namtip Srirak, Myat Htoo Razak, et. al. 2001. 6e Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, 5-10 octobre 2001, Melbourne, Australie, Abstract book, page 102.

Les facteurs biologiques jouent aussi un rôle important. Les femmes courent un risque beaucoup plus élevé que les hommes d'être infectées pendant un rapport sexuel vaginal non protégé ; et ce risque est accru chez les plus jeunes d'entre elles car leur appareil génital n'est pas encore complètement formé et les tissus se déchirent facilement. A Kisumu, dans l'ouest du Kenya, où plus d'un quart des jeunes filles déclarent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, une sur douze était déjà séropositive à cet âge.

C'est chez les plus pauvres et les plus faibles que le danger d'infection est le plus important. Les jeunes

filles vivant dans la pauvreté sont souvent entraînées ou forcées à avoir des rapports sexuels avec un homme plus âgé, plus riche ou dans une position d'autorité, par exemple un employeur, un maître d'école, ou un protecteur, afin de pouvoir rester à l'école ou obtenir un soutien financier pour elles-mêmes et leur famille. Une étude réalisée au Botswana a révélé que près d'une adolescente sur cinq non scolarisée trouvait difficile de refuser des rapports sexuels lorsque de l'argent et des cadeaux étaient offerts. Des filles qui n'avaient que treize ans avaient eu des rapports sexuels avec leurs protecteurs.

Le mariage en lui-même n'offre aucune protection contre le VIH pour ces jeunes femmes, en particulier si leur mari est beaucoup plus âgé. Une étude effectuée à Kisumu (Kenya) a révélé que la moitié des femmes dont les conjoints avaient au moins 10 ans de plus qu'elles étaient séropositives. Par contre, aucune femme dont le conjoint avait au maximum trois ans de plus n'était infectée. Une autre étude portant sur près de 400 femmes en consultation au dispensaire IST de Pune (Inde), a montré que 25 pour cent d'entre elles avaient une IST et que 14 pour cent étaient séropositives. Parmi ces femmes, 93 pour cent étaient mariées et 91 pour cent n'avaient jamais eu de rapports sexuels avec un homme autre que leur mari. De nombreuses jeunes mariées, qui n'ont pas le pouvoir de négocier des pratiques sexuelles sans danger, pourraient même être plus vulnérables au VIH/SIDA et aux IST que les filles célibataires.

Les interventions de prévention du VIH doivent cibler les garçons comme les filles. Des rapports mutuellement respectueux peuvent libérer les jeunes hommes et femmes des dangers que présentent des relations sexuelles forcées ou non désirées et leur permettre de se sentir à l'aise pour parler des questions sexuelles et pour négocier sécurité et protection.

Beaucoup de jeunes sont particulièrement exposés

Les jeunes qui sont contraints de vivre en marge de la société, sur le plan social et économique, ont encore moins accès à l'information, aux connaissances, aux services et au soutien que les autres. S'ils vivent déjà avec le VIH, ils sont encore plus victimes de la stigmatisation et de la discrimination, et ils n'ont pratiquement pas accès aux soins ou aux médicaments lorsque le SIDA se déclare.

Les jeunes qui consomment des drogues injectables

La consommation de drogues injectables commence souvent à l'adolescence. Cette toxicomanie a fortement progressé chez les jeunes ces dernières années, notamment chez les hommes. On compte de plus en plus d'utilisateurs occasionnels et il arrive fréquemment que des jeunes qui ne se considèrent pas comme des consommateurs réguliers de drogues injectables en fassent l'expérience.

L'utilisation commune des aiguilles et des seringues expose à un risque extrêmement élevé de contracter le VIH. Au Népal, le taux d'incidence du VIH est monté en flèche parmi les consommateurs de drogues injectables, passant de 2 pour cent en 1995 à près de 50 pour cent

en 1998 ; la moitié des 50 000 consommateurs de drogues injectable de ce pays avaient entre 16 et 25 ans. Une enquête menée auprès des services de traitement de la toxicomanie à Dublin (Irlande) a révélé que 70 pour cent des jeunes qui se piquaient empruntaient des seringues.

Dans les pays d'Asie centrale, la Fédération de Russie et les pays d'Europe centrale et de l'Est, on estime que 70 pour cent des consommateurs de drogues injectables ont moins de 25 ans. L'épidémie de VIH qui sévit dans cette région est celle qui progresse le plus vite dans le monde.

La dépendance à l'égard de la drogue pousse davantage les jeunes à avoir recours au crime ou à la prostitution pour financer leurs besoins. Lorsque la consommation de drogues injectables s'ajoute à la prostitution, il y a de grandes chances pour que le virus se propage des utilisateurs et de leurs partenaires sexuels au reste de la population.

Les adolescents victimes de viol

Les notifications de viol sont en augmentation dans de nombreux pays, mais la majorité de la violence sexuelle n'est toujours pas dénoncée. Les garçons comme les filles sont vulnérables à la violence sexuelle, y compris aux abus et à l'exploitation, mais les victimes sont plus souvent des filles et des jeunes femmes. Il est peu

PROTEGER LES CONSOMMATEURS DE DROGUE AU VIET NAM

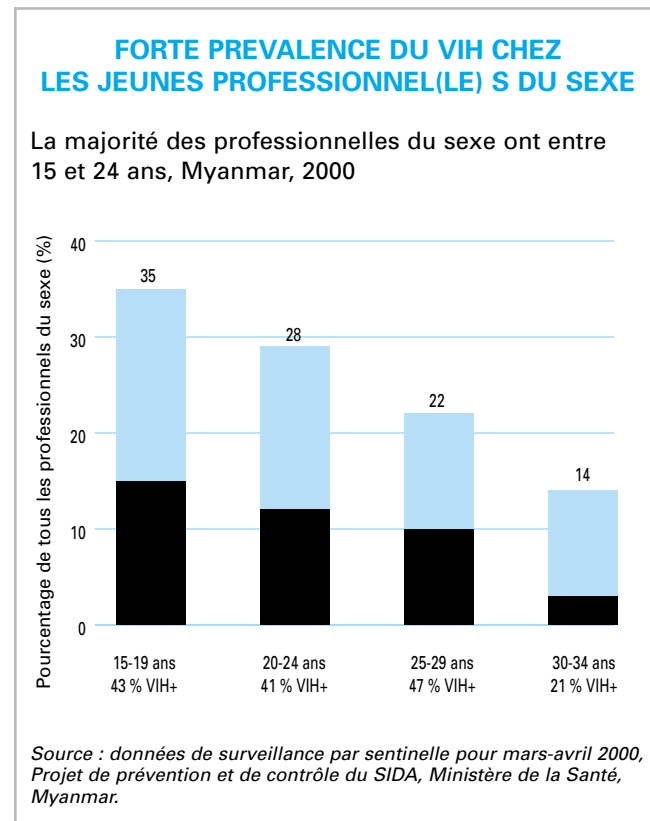
Un récipient contenant des aiguilles et des seringues stériles et un autre pour le matériel à jeter sont placés devant le café Hy Vong (Espoir) à Hô Chi Minh-Ville, au Viet Nam, où l'on peut échanger des seringues.

Lancé par Save the Children Fund et soutenu par les gouvernements du Canada et du Viet Nam, le café informe les jeunes consommateurs de drogues sur les risques d'infection à VIH et fournit également du matériel d'injection stérile. Géré par le comité municipal sur le SIDA de Hô Chi Minh-Ville, le café est situé dans un parc et entouré d'une clôture. A l'intérieur, les visiteurs ont accès à des préservatifs, à un dispensaire traitant les infections sexuellement transmissibles, à des boissons chaudes et des douches. La police locale a accepté de ne pas intervenir dans le parc et de ne pas arrêter ceux qui y viennent pour se droguer. Ouvert dix heures par jour, sept jours par semaine, le café est géré par d'anciens consommateurs de drogue qui donnent aussi à leurs clients des informations sur la prévention du VIH. Près de 350 personnes s'y rendent chaque jour, dont un grand nombre de professionnel(le)s du sexe qui sont également consommateurs de drogues injectables.

probable que les auteurs des violences utilisent un préservatif, et les coupures et blessures produites par les rapports sexuels forcés accroissent le risque d'infection à VIH.

Au Botswana, une étude réalisée en 1998 a révélé que plus des deux cinquièmes de tous les viols jugés au tribunal impliquaient des enfants de moins de 16 ans, dont 58 pour cent avaient entre 11 et 20 ans. Au KwaZulu Natal, en Afrique du Sud, 10 pour cent des adolescentes ont déclaré que leur première expérience sexuelle s'était produite sous la contrainte ou était un viol. Des enquêtes effectuées dans neuf pays des Caraïbes ont révélé que, parmi les adolescentes qui avaient eu des rapports sexuels, 48 pour cent affirmaient que ce premier rapport sexuel s'était déroulé sous la contrainte.

Les auteurs de ces viols ne sont pas toujours des étrangers. Les filles comme les garçons courent le risque d'être violés par des parents, des amis de la famille, des employeurs, des enseignants et d'autres adultes en qui les jeunes ont confiance.



« En tant qu'enfants, nous avons des rêves. Nous rêvons de devenir infirmière ou enseignante.

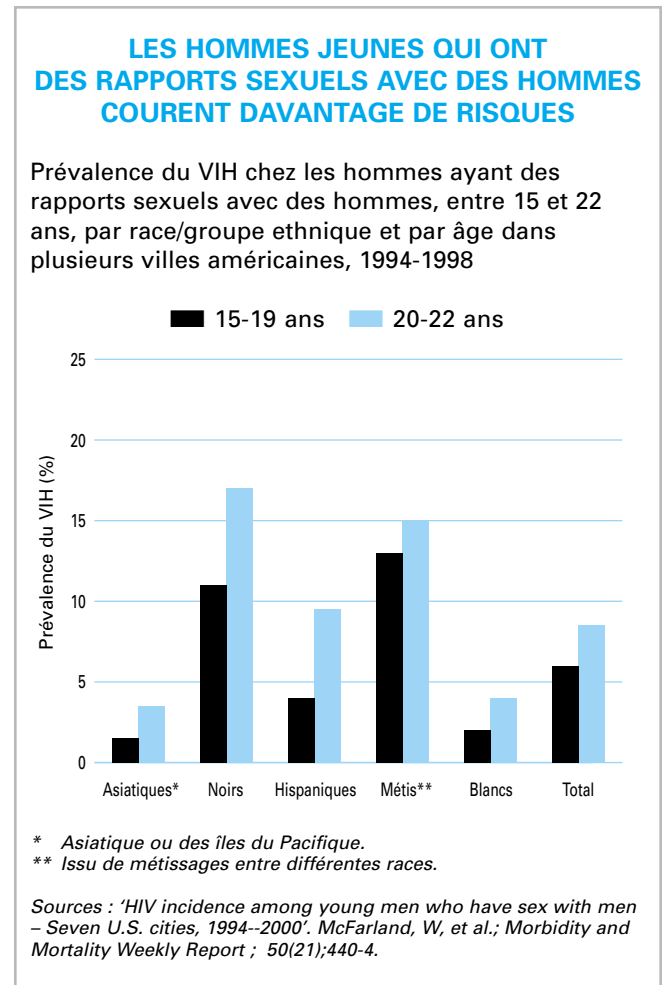
Personne ne rêve d'être prostituée. »

– G., jeune séropositive des Philippines qui est devenue prostituée à 16 ans et qui est maintenant éducatrice pour les pairs.

Les jeunes et le commerce du sexe

On estime que chaque année, environ 1 million d'enfants sont enlevés et entraînés de force dans le commerce du sexe. L'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales est dans une large mesure clandestine, c'est pourquoi il est difficile de réunir des données précises à ce sujet. Selon le Conseil du bien-être social en Inde, environ 2 professionnel(le)s du sexe sur 5 ont moins de dix-huit ans et certain(e)s ont à peine 8 ou 9 ans. A Moscou (Fédération de Russie), les jeunes filles commencent à se prostituer en moyenne à 16 ans. Les filles et les garçons sont également exploités. Dans plusieurs autres pays comme le Sri Lanka, la majorité des jeunes prostitués sont des garçons.

Les clients recherchent souvent de jeunes adolescents car ils pensent que les enfants ne sont pas porteurs du VIH. Les adolescents sexuellement exploités n'ont en outre pratiquement aucun pouvoir de négociation pour demander que leurs exploiters pratiquent une sexualité sans risque. Jusqu'à 70 pour cent des adolescent(e)s professionnel(le)s du sexe à Abidjan (Côte d'Ivoire), et 48 pour cent à Pune (Inde), sont séropositifs. Au Cambodge, où la majorité des professionnel(le)s du sexe sont des jeunes, plus d'un quart des travailleurs sexuels entre 15 et 19 ans sont affectés par le VIH. Cela souligne que les efforts menés pour empêcher les jeunes de tomber dans le piège de l'exploitation sexuelle à des fins commerciales doivent s'intensifier. Parce que les jeunes filles sont rapidement infectées lorsqu'elles deviennent prostituées, des efforts spéciaux sont également nécessaires pour les identifier et leur fournir des services de prévention.



Les enfants et les jeunes qui vivent dans la rue

Dans toutes les régions du monde, des enfants vivent dans la rue. Ce sont des victimes de la guerre, de la pauvreté, de la violence au foyer, des sévices physiques et mentaux et du SIDA. Leur lutte quotidienne pour la survie occulte les préoccupations qu'ils pourraient avoir concernant une maladie qui pourrait les tuer dans les années à venir.

On estime que 10 000 enfants vivent ou travaillent dans les rues en Afrique du Sud. Leur nombre serait proche de 100 000 dans les trois villes de New Delhi, Mumbai et Calcutta en Inde. Plus de la moitié des 141 enfants des rues interrogés en Afrique du Sud ont admis avoir échangé des rapports sexuels contre de l'argent, des marchandises ou une protection et plusieurs ont indiqué qu'ils avaient été violés.

Les jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

Le risque de contracter le VIH lors de rapports anaux non protégés est particulièrement élevé. La stigmatisation sociale et la violence que subissent ceux que l'on identifie comme homosexuels peuvent aggraver le risque de contracter le VIH, car ces personnes cachent parfois leur sexualité et par conséquent, n'ont pas accès aux informations nécessaires. Certains jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ne s'identifient pas toujours comme homosexuels ou tentent parfois des expériences homosexuelles temporaires sans se protéger des comportements dangereux qui les exposent au risque d'infection à VIH. Au Pérou, parmi les jeunes hommes qui se reconnaissent comme homosexuels, 40 pour cent ont déclaré avoir eu récemment des rapports sexuels anaux non protégés. Dans une autre étude, plus de 72 pour cent des jeunes hommes « latinos » qui avaient eu des rapports sexuels avec d'autres hommes à Tijuana (Mexique) et à San Diego, Californie (Etats-Unis), ont admis avoir eu des rapports anaux sans protection.

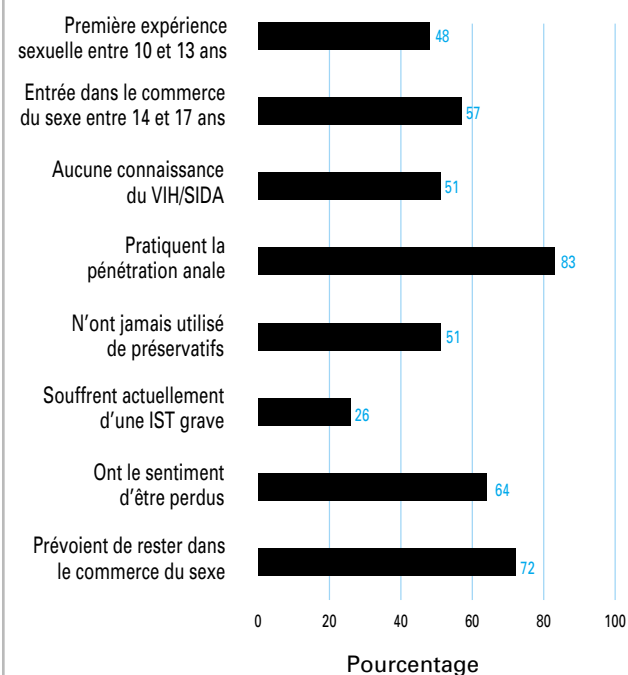
Les adolescents entraînés dans des conflits armés

Le VIH/SIDA se répand à la faveur de la désorganisation et de la destruction engendrées par les conflits armés, car les communautés se dispersent et les services de santé, l'infrastructure scolaire et les protections juridiques s'effondrent.

Au début du nouveau millénaire, 35 millions de personnes étaient réfugiées ou déplacées à l'intérieur de leur propre pays, dont près de 80 pour cent d'enfants et de femmes. Certains jeunes trouvent la sécurité dans les camps de réfugiés, bien qu'ils puissent y être victimes de sévices ou d'abus. Un grand nombre d'entre eux restent sans aucune protection et sont la cible de viols et d'agressions sexuelles. Ils n'ont souvent aucun accès à une information sur le VIH, à une prise en charge sanitaire et aux moyens de pratiquer une sexualité à moindre risque.

On estime qu'il existe 300 000 enfants soldats dans le monde dont certains ont à peine dix ans. Ils portent les armes, servent de messagers, de porteurs ou de cuisiniers et ils sont utilisés à des fins sexuelles. Les

LA SITUATION DES JEUNES PROSTITUES MASCULINS A BANGALORE, INDE, 2001



Source : 'Invisible Children: Commercially and Sexually Exploited Male Children (Male Child Prostitutes) in Bangalore, India'. Vinay Chandran, India, 2001. 6e Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, 5-10 octobre 2001, Melbourne, Australie, Abstract Book, page 21.

« Depuis la mort de mon père, nous vivons avec nos grands-parents. Je gagne de 50 à 60 roupies (environ 1 dollar US) en vendant des légumes ou en tirant le rickshaw. J'ai trois frères plus jeunes. Je veux étudier, mais mon grand-père dit qu'il n'a pas les moyens de me garder dans sa maison si je ne contribue pas à l'entretien de la famille. »

– Un adolescent de 16 ans rendu orphelin par le SIDA, Inde

jeunes hommes enrôlés dans l'armée ont tendance à avoir de multiples partenaires et les camps militaires sont souvent entourés de professionnel(le)s du sexe qui ont un taux très élevé d'IST/VIH. Même en temps de paix, les jeunes soldats ont des taux d'IST deux à cinq fois plus élevés que les civils et au cours des conflits armés, ces taux d'infection peuvent être cinquante fois plus élevés. Souvent ces jeunes hommes, à leur retour chez eux, transmettent le VIH à leurs épouses ou à d'autres femmes.

Les enfants orphelins ou atteints du SIDA

Plus de 13 millions d'enfants de moins de 15 ans ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA. Déjà, les orphelins du SIDA constituent la majorité des orphelins de moins de 15 ans. Le nombre total d'enfants rendus orphelins par l'épidémie devrait plus que doubler d'ici à 2010.

Les enfants orphelins du SIDA sont davantage exposés au risque de malnutrition, aux maladies, aux abus, au travail et à l'exploitation sexuelle que les enfants dont les parents sont morts pour d'autres raisons, et ces facteurs accroissent leur vulnérabilité à l'infection à VIH. Ils subissent aussi la stigmatisation et la discrimination souvent associées au VIH/SIDA et de ce fait, leurs besoins essentiels en matière d'éducation, de travail, de logement ou autres ne sont pas satisfaits.

Il est fréquent que les filles quittent l'école pour prendre soin de parents séropositifs ou pour s'occuper de leurs frères et sœurs plus jeunes. Les orphelins cessent aussi d'étudier parce qu'ils subissent une discrimination, qu'ils sont psychologiquement perturbés ou parce qu'ils ne sont pas en mesure de payer les frais de scolarité.

Une étude réalisée dans des exploitations agricoles commerciales du Zimbabwe a montré que près de la moitié des orphelins en âge d'aller à l'école primaire avaient abandonné leurs études et qu'aucun d'entre eux n'était entré dans le secondaire. En Ouganda, un quart des enfants de 13 à 18 ans dont les parents ont le VIH/SIDA quittent l'école. Les enfants qui abandonnent leurs études ont moins de chance d'acquérir les compétences nécessaires pour s'abstenir de rapports sexuels ou pour pratiquer une sexualité sans risque et ils sont économiquement plus vulnérables et exposés à l'exploitation sexuelle.

Les jeunes renversent les tendances

Lorsque des efforts réels et soutenus sont faits pour s'assurer que les jeunes vivent dans un environnement favorable et disposent des connaissances, des compétences et de l'aide nécessaires pour se protéger, les taux de VIH baissent :

■ **En Thaïlande**, le gouvernement a lancé une campagne afin de promouvoir 'l'utilisation du préservatif à 100 pour cent' dans les maisons de passe et a pris des initiatives ambitieuses visant à modifier les attitudes masculines à l'égard des femmes. Entre 1991 et 1995, les jeunes hommes ont réduit pratiquement de moitié le nombre de leurs visites à des professionnelles du sexe et l'utilisation du préservatif a augmenté de 60 pour cent pour atteindre près de 95 pour cent. Cela a permis d'obtenir un recul de la prévalence du VIH, de 8 pour cent en 1992 à moins de 3 pour cent en 1997.

■ **A Kampala (Ouganda)**, les taux de prévalence du VIH chez les adolescentes enceintes de 15 à 19 ans ont chuté de 22 pour cent en 1990 à 7 pour cent en 2000, très probablement en raison du report de la première relation sexuelle, d'une baisse du nombre de partenaires et d'une augmentation de l'utilisation du préservatif. Le président de l'Ouganda s'est exprimé ouvertement sur le SIDA et les médias, et les organisations gouvernementales, communautaires et religieuses se sont activement engagées dans des campagnes publiques d'éducation.

■ **A Lusaka (Zambie)**, la prévalence du VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans a baissé, passant de 28 pour cent en 1993 à 15 pour cent en 1998. Les données indiquent aussi que l'utilisation du préservatif est en hausse et que le nombre de partenaires sexuels a diminué. Ces progrès ont été attribués à un programme qui visait à donner aux jeunes les compétences pratiques et les services de santé dont ils ont besoin.

■ **Au Brésil**, de vastes campagnes d'information et la création de services de prévention ont eu des résultats positifs : en 1999, la moitié des jeunes hommes ayant des rapports sexuels pour la première fois ont utilisé un préservatif, par rapport à moins de 5 pour cent en 1986 et les ventes de préservatifs sont montées en flèche, passant de 70 millions à 320 millions entre 1993 et 1999.

LE LEADERSHIP A L'ECHELLE MONDIALE

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU consacrée au VIH/SIDA en juin 2001, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à atteindre plusieurs objectifs clés visant à réduire l'incidence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, notamment :

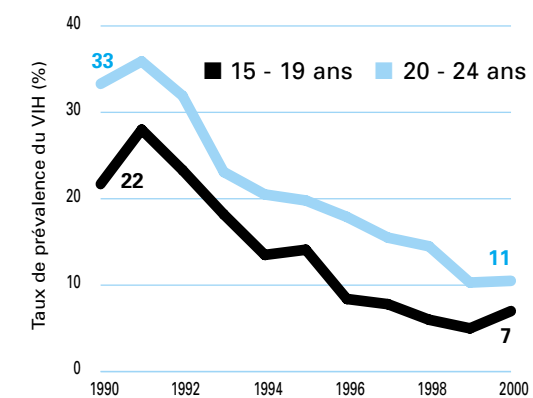
■ Réduire de 25 pour cent l'incidence du VIH chez les jeunes dans les pays les plus touchés d'ici à 2005 et de 25 pour cent à l'échelle mondiale d'ici à 2010.

■ Veiller à ce que 90 pour cent des jeunes aient accès à l'information, à l'éducation, aux services et possèdent les aptitudes requises pour réduire leur vulnérabilité au VIH d'ici à 2005, ce chiffre devant atteindre 95 pour cent en 2010.

D'autres objectifs portent sur la discrimination sexuelle et les problèmes des jeunes particulièrement vulnérables. La liste complète des objectifs se trouve sur le site Web du Programme commun Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).

L'ENGAGEMENT NATIONAL EST IMPORTANT

Recul de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes à Kampala, Ouganda, 1990-2000



Source : Programme national de lutte contre les MST/SIDA, Ouganda, 2001

1 Mettre fin au silence, à la stigmatisation et à la honte.

La crainte de la stigmatisation et d'une discrimination profondément enracinée empêche les jeunes à avoir recours à des méthodes de prévention telles que le préservatif, le dépistage du VIH et des autres IST, le suivi des traitements médicaux ou la divulgation de leur sérologie VIH à leurs partenaires sexuels.

Les dirigeants aux plans national et communautaire doivent rompre le silence, lutter contre la stigmatisation et éliminer la honte associée au VIH/SIDA. Les présidents, premiers ministres, responsables de la jeunesse, artistes, champions sportifs, chefs religieux et autres personnes influentes doivent avoir le courage de parler

ouvertement et sans jugement de la sexualité des adolescents, de la violence à l'égard des jeunes filles et des femmes et de la consommation de drogues. Les responsables de l'élaboration des politiques doivent faire en sorte que les adolescents disposent de l'information, des services et du soutien dont ils ont besoin. Les leaders doivent réunir les moyens financiers nécessaires à la lutte contre le SIDA et élaborer des stratégies fondées sur une analyse approfondie de la situation locale. Dans les pays où les dirigeants politiques ont fermement encouragé la franchise face à ces problèmes ainsi qu'une vaste gamme de ripostes (comme par exemple au Brésil, au Sénégal, en Thaïlande et en Ouganda), les tendances ont pu être inversées et de réels progrès ont été enregistrés.

La prévention est la clé qui permettra de réduire les taux d'infection et, en fin de compte, de vaincre le SIDA.

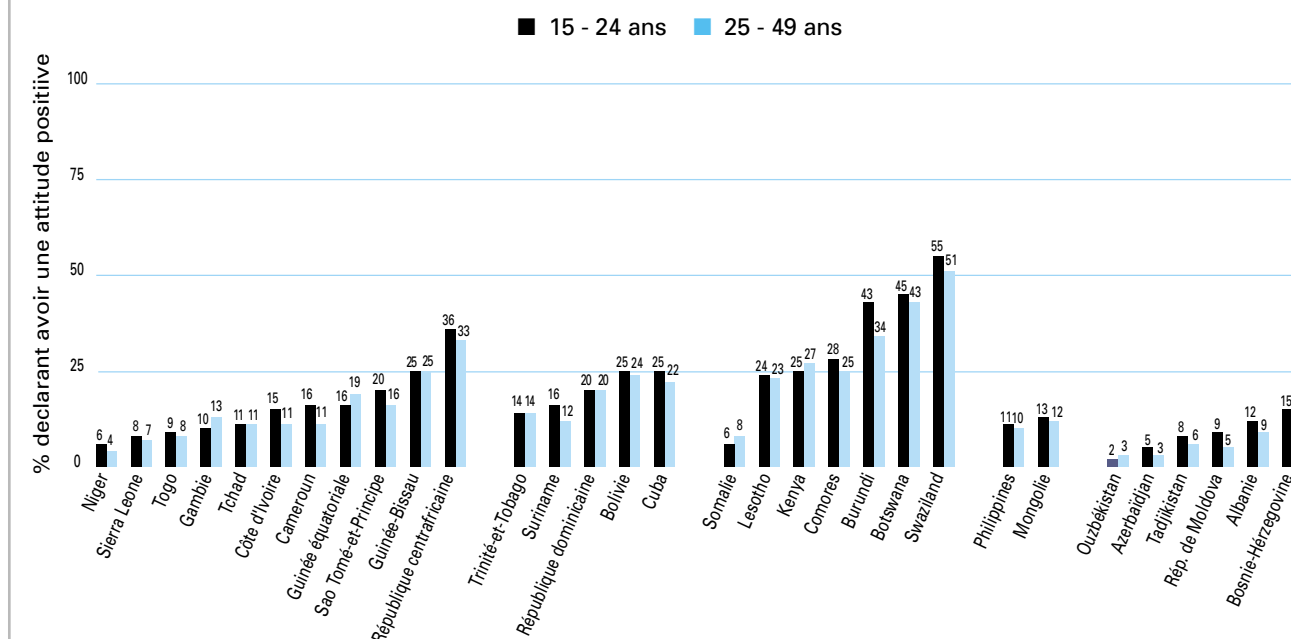
Les interventions doivent être adaptées aux conditions qui existent localement. Et elles doivent tenir compte des différences entre les filles et les garçons, les jeunes vivant en zone rurale et en zone urbaine, les enfants scolarisés et ceux qui ont quitté l'école, les jeunes adolescents et ceux qui sont plus âgés, les jeunes qui sont mariés et ceux qui ne le sont pas. Les responsables de l'élaboration des politiques doivent reconnaître que les droits des jeunes, et notamment des filles, ont besoin d'être protégés. La prévention du VIH doit aussi être axée sur les besoins immédiats des jeunes, tels que le logement et l'alimentation, ainsi que la possibilité de gagner un revenu sans être exploité ou s'exposer à des risques.

Les gouvernements peuvent contenir l'épidémie à relativement peu de frais en investissant dans la prévention avant que le VIH/SIDA ne devienne un problème de santé important en donnant aux jeunes particulièrement vulnérables les informations et le soutien dont ils ont besoin pour se protéger de l'infection.

Le présent rapport plaide en faveur d'une stratégie comportant dix mesures pour prévenir le VIH/SIDA. Ces mesures se renforcent mutuellement et peuvent être adaptées par les pays en fonction de leurs ressources et de l'évolution des épidémies.

LA CRAINTE ET LES PREJUGES ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA PERDURENT

% de femmes, parmi celles qui ont entendu parler du SIDA, déclarant avoir une attitude positive envers des personnes séropositives ou atteintes du SIDA en réponse à deux questions*



* 1. Un maître d'école séropositif mais qui a l'air en bonne santé doit-il continuer à travailler ?
2. Achèteriez-vous des produits d'alimentation à un commerçant séropositif ?

Source : UNICEF/EGIM, 1999-2001

2 Fournir aux jeunes connaissances et informations.

Les jeunes ne peuvent pas se protéger s'ils ne disposent pas des données nécessaires sur le VIH/SIDA. Les adolescents doivent acquérir ces connaissances avant d'être sexuellement actifs et cette information doit être régulièrement renforcée et accrue à l'école et à l'extérieur. Il est essentiel d'offrir à tous les enfants une éducation de bonne qualité qui dispense des connaissances de base sur la sexualité et le VIH.

BRISER LES TABOUS EN EGYPTE

En Egypte, un programme télévisé hebdomadaire de 20 minutes, « Youth Whispers » (La jeunesse chuchote), encourage les jeunes à donner leur opinion sur les problèmes qui les concernent. L'émission, qui présente des entretiens avec les jeunes, des débats en studio avec eux et leurs parents et des jeux de questions-réponses, apporte aux jeunes des informations importantes qu'ils peuvent appliquer dans leur vie et il sensibilise la communauté aux préoccupations de la jeunesse. Le programme est extrêmement populaire et les adolescents participent activement à l'élaboration de son contenu. Mise au point par l'UNICEF et la Société égyptienne sur le SIDA, l'émission a abordé des thèmes tels que les tentatives de suicide, les rapports mère-fille, la confiance et la confidentialité et la santé reproductive.

... améliorer la connaissance grâce à l'école

Nombre d'adultes craignent qu'en donnant des informations sur la sexualité à de jeunes adolescents ou en leur apprenant à se protéger, on les rendra sexuellement actifs. Des enquêtes au Cambodge, en Haïti, au Malawi et au Zimbabwe ont montré que 40 pour cent ou plus des adultes estimaient que les enfants de 12 à 14 ans ne devaient pas apprendre à utiliser les préservatifs. Pourtant, l'examen de plus de 50 programmes d'éducation sexuelle menés dans le monde entier a révélé que les jeunes sont plus susceptibles de retarder le début de leur activité sexuelle lorsqu'ils disposent d'une information correcte sur la santé sexuelle et reproductive. Et s'ils commencent à avoir des rapports sexuels, ils ont davantage de chance de se protéger des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

Une éducation de qualité favorise la réflexion analytique et des habitudes saines. Les jeunes possédant une meilleure éducation ont plus de chances d'acquérir les connaissances, la confiance et les compétences sociales nécessaires pour se protéger du virus. En Ouganda et en Zambie, où plus de 8 pour cent des adultes vivent avec le VIH, les adolescents qui ont passé plus de temps à l'école ont moins de risques d'avoir des partenaires occasionnels et sont plus susceptibles d'utiliser des préservatifs que ceux qui ont étudié moins longtemps.

Il est également essentiel d'atteindre les jeunes avant qu'ils n'adoptent des comportements à haut risque, y compris la consommation d'alcool et de drogues. L'information sur le VIH/SIDA et la santé reproductive, ainsi que sur les compétences essentielles, devrait être intégrée au niveau primaire et offerte pendant toute la scolarité.

Une prévention commencée tôt signifie aussi que les enfants qui ne restent pas à l'école pourront en bénéficier. En Inde, 42 pour cent des garçons et 59 pour cent des filles entre 15 et 17 ans ne sont pas scolarisés. Or, l'éducation sur le VIH/SIDA n'est souvent introduite dans les écoles que lorsque les jeunes ont 15 ans et plus. L'éducation en matière de prévention du VIH doit être dispensée en temps voulu, à l'âge approprié et doit être adaptée à la situation et à la culture des écoliers et de leurs familles.

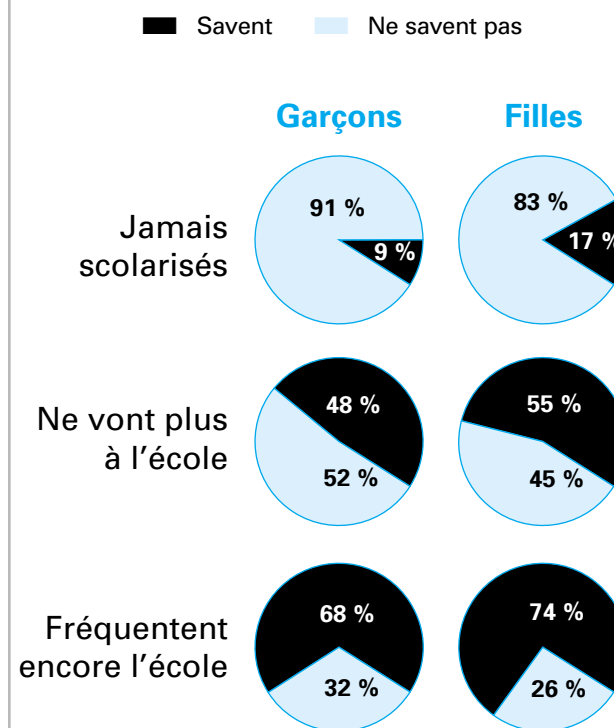
... améliorer la connaissance grâce aux communautés

Plus de 120 millions d'enfants en âge d'aller à l'école primaire ne sont pas scolarisés ; 53 pour cent d'entre eux sont des filles et le clivage entre garçons et filles s'accroît encore dans le secondaire. Les enfants qui risquent le plus d'abandonner l'école sont ceux qui vivent en zone rurale, dans des régions pauvres ou isolées, les adolescents mariés, les enfants au travail ou exploités, les enfants touchés par les conflits armés et le SIDA, les enfants atteints d'incapacité et les enfants issus de familles pauvres et de minorités.

Dans plusieurs pays africains, le SIDA a fauché un tel nombre d'enseignants que les écoles ont été fermées et l'enseignement gravement perturbé. En Afrique subsaharienne, plus de 40 millions d'enfants en âge d'aller à l'école primaire ne sont pas scolarisés.

L'EDUCATION FAIT UNE DIFFERENCE

% de répondants de 15 à 19ans au Cameroun qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive, 1998



Source : EPS, 1998.

« Nous devons avant tout trouver le courage de parler franchement et de manière constructive de la sexualité. Nous devons reconnaître que nos enfants sont poussés à avoir des rapports sexuels qui ne sont ni sûrs ni affectueux. Nous devons leur fournir des informations, des connaissances en matière de communication et aussi, oui, des préservatifs. »

– Pascoal Mocumbi, Premier ministre du Mozambique, dans une allocution de juin 2001

Tous les secteurs de la société doivent se mobiliser pour atteindre les jeunes non scolarisés. Les programmes permettant aux jeunes d'acquérir toute une série de compétences, notamment apprendre à lire, à écrire et à compter et acquérir des connaissances techniques, pratiques et relatives à l'entreprise et à la gestion, peuvent également fournir une éducation sur la santé reproductive à l'intention des enfants les plus exclus, y compris les jeunes mères au foyer, les enfants qui vivent dans la rue et les enfants qui travaillent.

Les parents et les leaders communautaires et religieux doivent reconnaître l'importance du rôle qui est le leur dans la fourniture d'informations et de compétences salvatrices. A Masaka (Ouganda), les agents de santé ont assumé le rôle des *sengas* traditionnelles (qui sont généralement une tante du côté paternel) qui conseillent les adolescentes. Dans les campagnes de Zambie, les accoucheuses et les chefs traditionnels se déplacent en équipe pour donner des informations sur le VIH et lever le tabou relatif à l'éducation sexuelle des jeunes adolescents. En Inde, dans le cadre d'un programme de prévention du SIDA, les conseils féminins de villages (*mahila mandals*) apportent une aide aux jeunes femmes.

Dans les familles où la communication est franche en ce qui concerne la sexualité, les jeunes font souvent des choix plus sûrs dans ce domaine. Mais de nombreux parents hésitent ou ne sont pas à l'aise quand il s'agit de parler de sexualité ou encore ils manquent eux-mêmes de connaissances. Des programmes supplémentaires sont nécessaires pour aider les parents et les autres adultes de la communauté à surmonter leur embarras

ainsi que leur manque d'information. En voici quelques exemples :

■ Dans le district d'Adjumani, au nord de l'Ouganda, des réunions ont été organisées avec de petits groupes de parents dans le but de leur donner les connaissances et la confiance nécessaires pour parler à leurs enfants de santé reproductive. Un an après, la moitié d'entre eux avaient commencé à parler à leurs enfants, même si 10 pour cent préféreraient encore que des tantes ou d'autres parents proches se chargent de cette tâche, tandis que 10 pour cent de plus souhaitaient s'en remettre aux agents de santé communautaire.

■ Au Kenya, des chefs religieux diffusent des messages sur le VIH et le SIDA à leurs communautés. Un guide a été élaboré afin d'améliorer la communication entre parents et enfants et 5 000 exemplaires ont été distribués par l'intermédiaire des églises. Le clergé a également utilisé le guide pour mieux conseiller les parents.

■ Au Chili, au Mexique et au Pérou, des programmes d'éducation sexuelle à l'école comportent des activités spéciales encourageant la participation des parents -- élément qui a contribué à convaincre les administrateurs et les enseignants de l'école locale de la valeur du programme.

« *Nous encouragerons des moyens efficaces de prévention, des pratiques protectrices et des comportements susceptibles de minimiser le risque d'infection. En faisant cela, nous poursuivrons l'engagement historique des églises en faveur de la fidélité et de l'abstinence, tout en reconnaissant que la vie nous met en présence de situations dans lesquelles ces idéaux sont inaccessibles.* »

– Consultation mondiale, Riposte œcuménique au défi du VIH/SIDA en Afrique, novembre 2001

Si les médias de masse peuvent atteindre un vaste public, le théâtre et les spectacles, ainsi que l'Internet, ont été utilisés pour rompre le silence qui entoure le VIH/SIDA. Au Brésil, le théâtre de rue faisait partie d'un programme pour les jeunes auquel on a attribué le mérite d'avoir favorisé l'augmentation de l'utilisation des préservatifs. Au Burkina Faso, au Mali et au Sénégal, un concours où les jeunes devaient écrire un court-métrage sur le VIH/SIDA a attiré de nombreux concurrents désireux de remporter le premier prix : voir leur film tourné par un des grands réalisateurs africains.

En Afrique du Sud, *Soul Buddyz*, un programme télévisé hebdomadaire, est diffusé en parallèle avec une série radiophonique axée sur des problèmes allant de la sexualité des adolescents, du VIH/SIDA et des droits des enfants à la sécurité routière, à la sécurité en matière d'armes à feu et aux brimades. En mettant en scène des personnages fictifs qui font des choix informés, ce programme propose des modèles positifs aux adolescents.

3 Donner aux jeunes les compétences nécessaires pour mettre leurs connaissances en pratique.

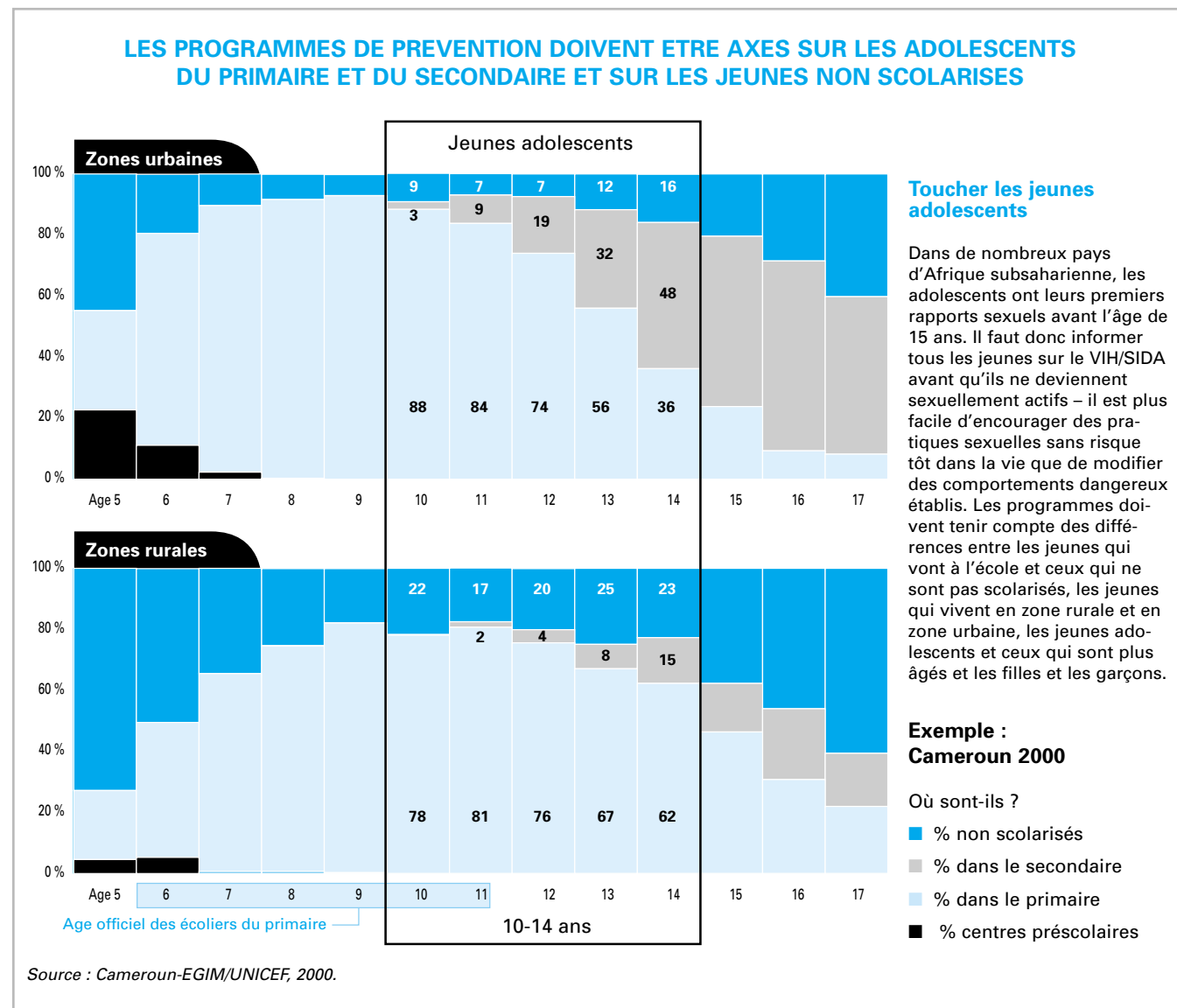
Les connaissances à elles seules ne sont pas suffisantes pour modifier les comportements. Les jeunes ont besoin de compétences pour mettre en pratique ce qu'ils ont appris. Les compétences essentielles – en matière de négociation, de résolution de conflit, d'analyse critique, de prise de décision et de communication – sont cruciales pour les jeunes. Ces compétences aident les garçons comme les filles à établir des rapports mutuels dans l'égalité, à travailler en groupe, à acquérir l'estime de soi, à résoudre pacifiquement les désaccords et à résister aux pressions exercées par leurs pairs et les adultes pour qu'ils prennent des risques inutiles. Les compétences essentielles peuvent être enseignées de plusieurs manières créatrices et novatrices, tant à l'école qu'à l'extérieur.

En Namibie, des jeunes animent des cours de formation aux compétences essentielles visant à réduire les grossesses chez les adolescentes et à prévenir le

... améliorer la connaissance grâce aux médias

Les médias constituent une arme efficace contre le VIH/SIDA. Les campagnes médiatiques qui s'appuient sur des acteurs, des athlètes ou des musiciens célèbres offrent des modèles à la jeunesse. Les médias peuvent aussi communiquer aux jeunes des informations telles que les rudiments de la prévention du VIH (voir encadré p. 13). Ils sont aussi en mesure d'aborder les questions difficiles, par exemple comment réagir à des avances sexuelles non désirées, négocier l'utilisation du préservatif et redéfinir ce que l'on entend par être un homme, un « vrai ». La diffusion de bonnes émissions dans les médias peut contrer les croyances populaires erronées concernant les adolescents, montrer la discrimination et les abus auxquels sont confrontés les jeunes et mettre en lumière les contributions qu'ils apportent à leurs communautés.

Pour être efficaces, les médias doivent s'assurer la participation des jeunes à toutes les étapes, pour faire en sorte que ce qui est dit sera compris, diffusé sous une forme efficace et accessible aux jeunes. L'information ne doit pas être cachée et les faits doivent être présentés d'une manière honnête et sans jugement. C'est lorsque les jeunes ont accès à des services de santé, aux préservatifs et aux autres mécanismes de soutien social dont ils ont besoin pour appliquer les messages transmis par les médias et modifier leurs comportements que l'on obtient les meilleurs résultats.



VIH/SIDA, l'abus de substances toxiques et le viol. Les jeunes qui ont été formés ont pu contacter à ce jour 100 000 de leurs pairs scolarisés et non scolarisés. Au Bangladesh, les compétences essentielles ont été associées à des formations permettant d'acquérir des connaissances utilisables sur le marché et d'accéder à l'emploi : 20 000 filles et jeunes femmes ont reçu une éducation non traditionnelle, une formation technique et des unités de valeur par l'intermédiaire du Centre Education et Sciences du Bangladesh à l'intention de la population.

Au Viet Nam, des écoliers de la première à la douzième année ont recours à des jeux de rôle et à d'autres méthodes interactives pour apprendre à se protéger du VIH/SIDA et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Avant le début du projet, des équipes de jeunes chercheurs ont recueilli des données dans les écoles et ailleurs auprès d'enfants de 10 à 18 ans, d'enseignants, de parents et de la communauté élargie. Ces données ont contribué à définir la nature du problème et ont servi de fondement pour mettre au point ce programme et surveiller les progrès au fil du temps.

La formation et le soutien des enseignants sont un élément capital dans l'introduction de nouvelles techniques. Le gouvernement a avalisé le projet dès le départ et s'est pleinement engagé à soutenir et à élargir ses activités.

La formation aux compétences essentielles a été adaptée à différentes situations dans tout le Viet Nam pour atteindre les enfants et les adolescents vivant dans la rue, ainsi que les écoliers, et pour les aider à régler leurs problèmes de sexualité et à se protéger du VIH/SIDA, des abus sexuels et de la drogue. Début 2000, le Ministère de l'Éducation et de la Formation avait intégré cette approche à tous les cours d'éducation sur la santé dispensés à l'école primaire et élargissait ce programme axé sur les compétences essentielles à l'enseignement secondaire.

4 Fournir des services de santé adaptés aux besoins des jeunes.

Les services de santé à l'écoute des jeunes peuvent être des dispensaires séparés ou être rattachés à des dispensaires existants ou à des lieux de réunion ; l'idéal, c'est qu'ils fournissent aux jeunes une gamme complète de services et des informations, et qu'ils soient accueillants, confidentiels, faciles d'accès et financièrement abordables. Le personnel n'y serait pas paternaliste et ne donnerait pas de leçons, mais accorderait aux jeunes tout le temps qu'il faut pour parler.

Pour contribuer à prévenir le VIH et les IST, ces services comprennent la distribution de préservatifs ainsi que le test VIH et le conseil volontaires. Les dispensaires offrent aussi des informations et des services aux jeunes femmes enceintes et séropositives, pour les aider à éviter de transmettre le VIH à leur bébé.

En Thaïlande, des « coins santé » pour les adolescents ont été installés dans les dispensaires. Aux États-Unis, le programme Self Center dispose d'une équipe d'infirmières et d'assistants sociaux qui partagent leur temps entre les écoles et le dispensaire. Dans les classes, l'équipe fait des interventions sur la santé reproductive, les valeurs et la prise de décision ; organise des groupes informels de discussion sur le développement pendant la puberté, la consommation de drogues et l'art d'être parent ; et elle donne si nécessaire des sessions de conseil individuelles. Au dispensaire, l'équipe donne des conseils plus détaillés en matière de santé reproductive et oriente les jeunes qui ont besoin de soins médicaux.

En Zambie, de jeunes éducateurs font équipe avec des infirmières dans des dispensaires à l'écoute des jeunes afin d'offrir des informations sur le VIH/SIDA, les IST, d'autres maladies ainsi que sur la grossesse, pendant que le personnel du dispensaire soigne les IST. Les dispensaires distribuent des préservatifs et offrent un conseil et un soutien en matière de relations, de viol et autres problèmes. Ces jeunes éducateurs, très estimés et respectés dans leur communauté, se servent également du théâtre, de la poésie, de la musique et des médias électroniques pour atteindre un public plus vaste.

Dans chaque district, un comité consultatif de la jeunesse, qui se réunit chaque mois, sert de lien entre la communauté et le dispensaire. Les dispensaires entretiennent également des liens étroits avec des policiers formés à la prise en charge des victimes d'abus sexuels et de violence et orientent ces personnes vers des services de conseil. Le personnel du dispensaire se réunit chaque mois pour examiner les statistiques, échanger des expériences et collaborer au règlement des problèmes.

En Zambie, les premiers dispensaires à l'écoute des jeunes ont été créés en 1996 à Lusaka, la capitale, par le conseil de santé de la ville en partenariat avec des ONG. Les leçons apprises à Lusaka ont ensuite été appliquées ailleurs. A la fin de 2001, dans cinq districts de Zambie, on comptait 63 dispensaires à l'écoute des jeunes dont le personnel comprenait plus de 200 jeunes éducateurs soutenus par le gouvernement du Royaume-Uni, l'UNICEF et d'autres agences.

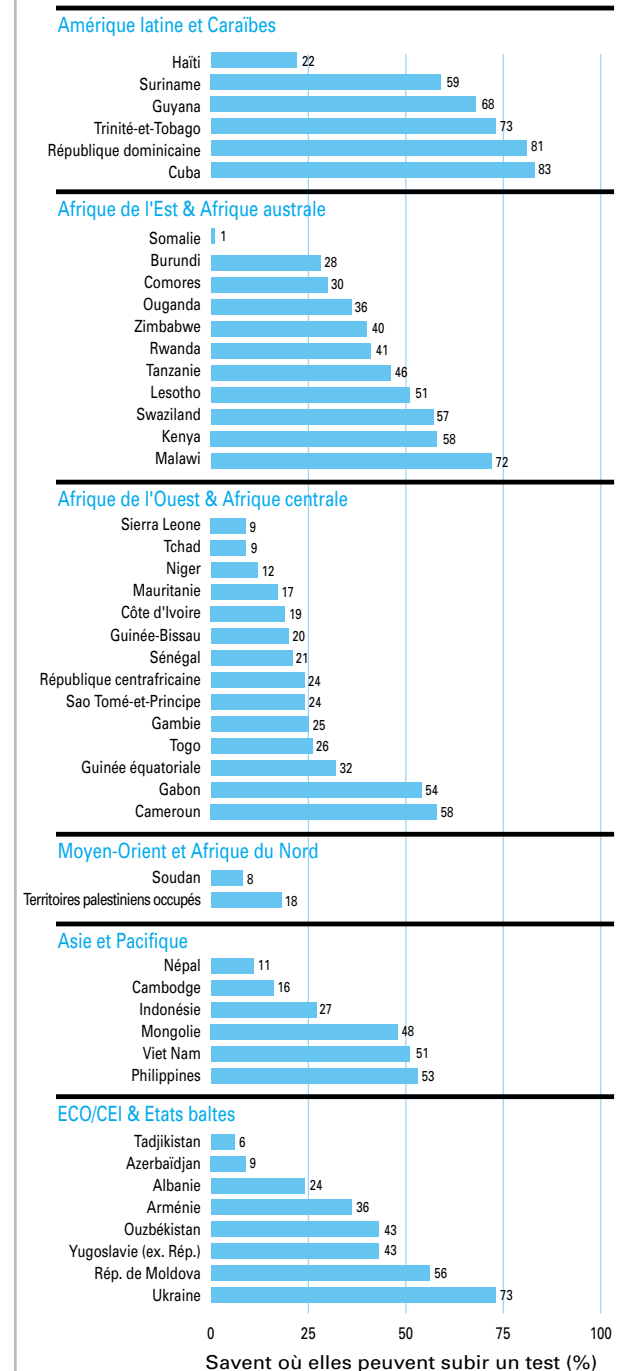
5 Encourager les tests volontaires et confidentiels en matière de dépistage du VIH.

Sur 10 personnes vivant avec le VIH/SIDA, 9 ne savent pas qu'elles sont infectées. Pourtant les études ont montré que les jeunes sont très désireux de connaître leur sérologie. Plus de 75 pour cent des jeunes au Kenya et quelque 90 pour cent en Ouganda ont indiqué qu'ils voulaient subir un test de dépistage pendant qu'ils étaient encore en bonne santé.

Le conseil et les tests de dépistage du VIH volontaires et confidentiels sont un outil de prévention important. Ils permettent aux adolescents d'évaluer leur comportement et ses conséquences. Si le test est négatif, il offre une occasion unique de renforcer l'importance accordée à la sécurité et aux comportements qui minimisent les risques. Les jeunes qui se révèlent positifs doivent être orientés vers des services de prise en charge et avoir la possibilité de parler à des personnes compétentes qui peuvent les aider à comprendre ce que signifie leur sérologie VIH et les responsabilités qu'ils ont envers eux-mêmes et envers les autres. Les jeunes femmes enceintes qui se révèlent séropositives peuvent recevoir des soins particuliers pour protéger leur propre santé et pour réduire le risque de transmission du virus à leur bébé.

LA PLUPART DES JEUNES FEMMES NE SAVENT PAS OU ELLES PEUVENT SUBIR UN TEST DE DÉPISTAGE

% de jeunes femmes (15-19 ans) qui ne savent pas où s'adresser, 1998-2001



Source : UNICEF/EGIM, 1999-2001 ; Mesure EPS, 1998-2001

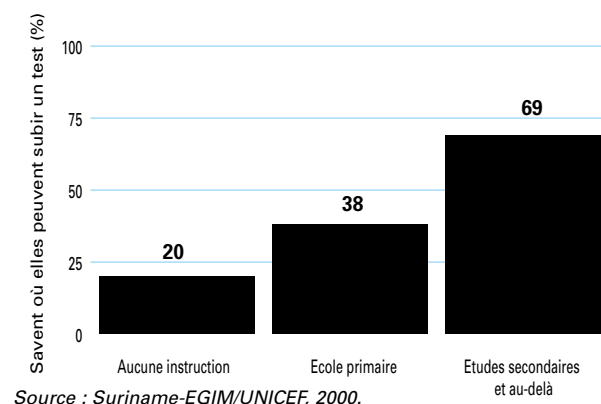
Comme les jeunes sont particulièrement vulnérables sur les plans social et psychologique, les tests et les conseils volontaires et confidentiels doivent être soutenus durablement et un suivi doit être assuré. Des services d'appui après le test, notamment pour les jeunes qui sont séropositifs, doivent offrir un filet de sécurité qui permettra de continuer à satisfaire leurs besoins sanitaires, psychosociaux et financiers.

Les services de test et de conseil volontaires devraient être intégrés à des services existants – soins prénatals, santé de la famille et dispensaires à l'écoute des jeunes – et ils devraient être accessibles aux jeunes appartenant à des groupes marginalisés comme les professionnel(le)s du sexe et les migrants. La confidentialité doit être systématiquement respectée. Les services de test et de conseil volontaires peuvent également être fournis dans le cadre de clubs de jeunesse, de dispensaires indépendants ou de cliniques mobiles.

Malgré l'importance de ces services, dans de nombreux pays, moins de 50 pour cent des jeunes savent où les tests de dépistage du VIH sont effectués : au Cambodge, par exemple, seulement 16 pour cent des filles de 15 à 19 ans savent où s'adresser ; au Zimbabwe, seulement deux sur cinq savent où aller. Le matériel de dépistage manque dans un grand nombre de pays les plus touchés par le SIDA, ce qui réduit gravement l'efficacité du conseil.

PLUS LES JEUNES SONT INSTRUITS ET MIEUX ILS SAVENT OU SE FAIRE TESTER

% de jeunes femmes (12-24 ans) qui savent où elles peuvent subir un test de dépistage du VIH, par niveau d'instruction, Suriname, 2000



6 Collaborer avec les jeunes, encourager leur participation.

Energiques, enthousiastes et créatifs, les jeunes constituent une ressource extraordinaire dans tous les domaines de la prévention et de la prise en charge du VIH. Leur contribution est inestimable dans l'élaboration et la diffusion des programmes, car elle assure que les activités de prévention et de soins ont un sens pour les jeunes, que l'information est transmise par des filières efficaces et que les messages transmis se rapportent à leur vie quotidienne.

Impliquer les jeunes dans les efforts de prévention leur apprend ce qu'il faut savoir sur le VIH et leur donne un sens des responsabilités et de la satisfaction. Munis des compétences nécessaires, les jeunes peuvent être des messagers extrêmement efficaces. Ils font déjà partie de leur propre réseau de pairs et parlent la même langue que les personnes qu'ils cherchent à atteindre.

Les jeunes participent déjà aux efforts de prévention de bien des manières. Ils lancent des clubs de prévention du VIH/SIDA dans les écoles, dirigent des projets dans leurs communautés et collaborent avec les pouvoirs publics et les organisations non gouvernementales pour élaborer, mettre en œuvre et surveiller des programmes. Les projets les plus efficaces sont ceux qui bénéficient d'un soutien à long terme, ce qui permet aux jeunes de se sentir stimulés et engagés et d'assumer durablement des responsabilités.

Une réelle participation des jeunes s'inscrit dans un partenariat au sein duquel les jeunes comme les adultes reconnaissent leurs responsabilités. Les adultes doivent faire en sorte que les jeunes soient en permanence informés, formés, motivés et soutenus dans tous leurs efforts de prévention du VIH, en fonction de l'évolution de leurs capacités. Les jeunes doivent démontrer leur engagement et être des partenaires fiables et actifs. Le partenariat le plus efficace développe les connaissances, la confiance et les compétences des jeunes, car il leur permet de jouer un rôle toujours croissant dans la définition des domaines et de l'ampleur de leur participation et de leurs responsabilités. Plus ils acquièrent d'expérience, mieux ils sont capables d'assumer des responsabilités et de passer à l'action.

LES JEUNES PRENNENT DÉJÀ L'INITIATIVE

- A Ibadan (Nigéria), des apprenties couturières employées dans de petits ateliers ont été formées à l'éducation pour les pairs, puis sont revenues sur leur lieu de travail pour parler du VIH et des risques des rapports sexuels non protégés et apprendre à leurs collègues à négocier l'utilisation du préservatif. Les jeunes filles contactées par les éducatrices pour les pairs étaient considérablement mieux préparées à se préserver des rapports sexuels forcés que celles qui n'avaient pas reçu cette information.
- Dans trois communautés de Lima (Pérou), où un fort taux de chômage avait entraîné une importante délinquance, 240 jeunes de 10 à 24 ans ont été formés pour éduquer leurs pairs sur la manière de mener une vie sexuelle saine et responsable. Ils ont conseillé quelque 5 000 adolescents en personne et en ont atteint 45 000 autres en parlant à la radio, en chantant dans les transports en commun et en organisant des expositions dans les foires.
- Au Népal, le programme radio interactif intitulé *Dialogue avec mon meilleur ami* est produit et animé par les jeunes et pour les jeunes afin de les encourager à parler des questions et problèmes qui les touchent. Le programme offre une plate-forme qui permet d'aborder des problèmes courants tels que les rapports entre garçons et filles et la manière de communiquer avec les parents. Depuis le lancement de l'émission, les jeunes animateurs ont reçu en moyenne de 100 à 200 lettres par semaine.
- L'association sportive pour la jeunesse de Mathare à Nairobi (Kenya), forme ses footballeurs à devenir des éducateurs pour les pairs et des modèles dans le cadre de programmes de sensibilisation, de prévention et de conseil sur le VIH/SIDA. Les membres de l'équipe de première division, mieux connus et donc plus à même d'influencer leurs pairs, ont été les premiers à être formés. Ils mettent l'accent sur l'abstinence sexuelle ; mais lorsqu'ils s'adressent aux jeunes sexuellement actifs, ils insistent sur l'importance de l'utilisation des préservatifs et de la fidélité à un seul partenaire.
- En Pologne, des jeunes ont reçu une formation de « conseillers de terrain » et se rendent dans les cafés, les clubs pour la jeunesse et autres lieux de réunion pour informer les jeunes qui consomment de la drogue ou sont tentés par l'expérience des risques liés à l'abus de substances toxiques, au VIH/SIDA et aux IST. Ces conseillers sont formés pour évaluer les besoins individuels et offrir l'information et l'orientation nécessaires.

Education pour les pairs

Un moyen efficace pour les jeunes de participer aux efforts de prévention et de prise en charge du VIH est de devenir éducateurs pour les pairs. Pour de nombreux jeunes, les pairs sont une source essentielle d'information sur la sexualité. Bien formés, les éducateurs pour les pairs peuvent corriger les idées fausses, briser les mythes et présenter l'information sur la prévention du VIH de manière à ce que les autres jeunes la trouvent pertinente.

Les éducateurs pour les pairs peuvent être formés à donner de l'information, à développer des compétences, à conseiller ou à distribuer des préservatifs. Ils peuvent faire leur travail dans la rue, dans les clubs, les églises, les usines, les écoles et les universités – là où les jeunes se réunissent et se sentent bien.

Les éducateurs pour les pairs sont très efficaces pour atteindre les individus et les groupes particulièrement exposés au VIH, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes sexuellement exploités, les membres des gangs, les jeunes

sans domicile fixe et ceux qui consomment de la drogue. Souvent, ces jeunes se méfient trop des adultes pour que les travailleurs sociaux puissent les aider. Mais les éducateurs pour les pairs sont des membres des communautés qu'ils s'efforcent de contacter. Ils rencontrent ces jeunes sur leur propre terrain, parlent la même langue et surtout les traitent avec respect.

Pour être efficaces, les programmes d'éducation pour les pairs ont besoin des ressources et du soutien des communautés, ainsi que de l'engagement des adultes et des jeunes. Ils doivent aussi bénéficier d'un soutien à long terme, car les jeunes doivent recevoir une information précise dans le temps afin de consolider leurs connaissances et de préserver les changements positifs de leur comportement. Les éducateurs pour les pairs sont souvent bénévoles ou peu payés, c'est pourquoi d'autres formes d'encouragement, de reconnaissance ou de compensation sont nécessaires pour qu'ils restent motivés.

7 Amener les jeunes vivant avec le VIH/SIDA à participer.

L'un des grands défis de la prévention du VIH consiste à convaincre les jeunes que le VIH/SIDA peut frapper tout le monde. Un moyen particulièrement efficace est de demander aux jeunes vivant avec le VIH/SIDA de parler de leur expérience. Ces jeunes occupent une position stratégique qui leur permet d'insister sur la nécessité d'adopter durablement des comportements sans risque. Plus que toute autre personne, ils peuvent faire comprendre aux autres que les personnes infectées doivent faire tout leur possible pour éviter de transmettre le VIH. Ils peuvent lutter contre la stigmatisation associée au VIH en montrant que le virus peut affecter n'importe qui. Ils peuvent devenir des modèles efficaces en montrant que l'on peut mener une vie productive et en bonne santé avec le VIH. Ils peuvent contribuer de manière importante à la conception et à la mise en œuvre des efforts de prévention et de prise en charge.

Malheureusement, là où la stigmatisation et la discrimination demeurent importantes, les jeunes qui révèlent leur sérologie peuvent s'exposer à de graves

conséquences. Les personnes vivant avec le VIH doivent décider en toute liberté si, quand, et à qui elles souhaitent le dire. Lorsqu'elles le font, elles doivent recevoir un soutien social et une protection juridique qui leur permettront de mener une vie normale. Tous les jeunes vivant avec le VIH ont besoin de soins médicaux pour prévenir la progression de la maladie, ainsi que d'autres services de soutien.

Dans la région de la baie de San Francisco (Etats-Unis), l'association BAY Positives apporte un soutien psychologique (conseil, groupe d'appui), organise la prise en charge des cas, l'éducation, des activités de proximité, des retraites, les traitements holistiques (acupuncture, massages) et met sur pied des rencontres pour les jeunes de moins de 26 ans vivant avec le VIH. Cette association fondée sur le travail entre pairs va au-devant des jeunes séropositifs de toute orientation sexuelle, de ceux qui s'efforcent d'abandonner la drogue et l'alcool, et de ceux qui ont subi des abus sexuels et ont une mauvaise estime de soi. L'un des points forts de BAY Positives est son réseau bien établi d'organisations communautaires et de programmes vers lesquels les jeunes sont orientés pour recevoir l'aide nécessaire. L'association offre une formation professionnelle, une prise en charge médicale et des services éducatifs. Le personnel et les clients de BAY Positives ont une expérience similaire : tous les membres du personnel ont commencé par être eux-mêmes membres de l'association.

8 Créer un environnement sûr et favorable.

Si l'on fournit aux jeunes des informations et des compétences sans faire en sorte qu'ils se sentent en sécurité et soutenus à la maison, à l'école et dans leur communauté, leur capacité à se protéger du VIH sera sérieusement limitée. Les parents, les écoles et les institutions sociales doivent disposer des connaissances et des compétences nécessaires pour créer un environnement dans lequel les filles comme les garçons se sentent protégés, pris en charge avec équité et traités avec respect.

Les écoles et les communautés doivent condamner catégoriquement la violence, les abus et l'exploitation

sexuels, en particulier à l'égard des enfants et des adolescents. Les gouvernements doivent rendre la violence sexuelle inacceptable en promulguant et en faisant appliquer des lois qui protègent les jeunes femmes et les jeunes hommes de toutes les formes de violence sexuelle, dans le mariage et à l'extérieur, et en imposant des peines pénales aux auteurs de ces violences. Les médias et les campagnes d'éducation peuvent encourager l'égalité entre hommes et femmes et dénoncer toutes les formes de violence à l'égard des femmes, des enfants et des adolescents.

9 Atteindre les jeunes les plus exposés.

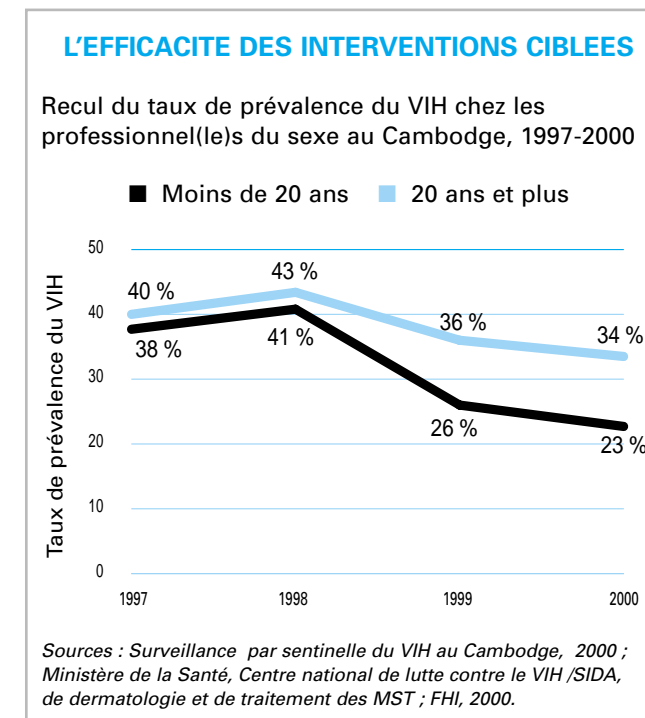
Il s'agit là d'un défi particulièrement difficile, mais qu'il est essentiel de relever si l'on veut à la fois protéger les jeunes et éviter que des épidémies concentrées ne se propagent dans la population générale. Les jeunes exposés à un risque élevé de contracter le VIH – les garçons qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les enfants des rues, les enfants soldats, les jeunes

réfugiés, les enfants orphelins du SIDA, les enfants qui se droguent et ceux qui sont victimes d'exploitation sexuelle – se trouvent fréquemment en marge de la société et éprouvent d'énormes difficultés à obtenir de l'aide.

Ils doivent avoir accès à des moyens d'existence, à l'éducation et aux services qui leur permettront de construire leur avenir. Les interventions en leur faveur doivent tenir compte des contraintes qui leur sont imposées et contribuer à créer un milieu stable où ils seront respectés et acceptés. Ceci est essentiel pour leur donner les moyens de réintégrer la société.

La réduction des risques – une approche qui cherche à minimiser les conséquences les plus graves des comportements dangereux – peut être particulièrement efficace avec les jeunes qui ont adopté des comportements à haut risque. Cette approche, dans le cas de la consommation de drogues, par exemple, soutient des stratégies à plus long terme visant à mettre fin ou à réduire le recours à la drogue en prenant des mesures immédiates pour réduire les principaux dangers qui y sont associés, y compris la transmission du VIH, en fournissant des préservatifs et des aiguilles propres par exemple.

Les enfants et les adolescents orphelins du SIDA ont besoin d'une protection et d'une législation spéciales. Les politiques et les lois relatives à leur prise en charge doivent être élaborées dans l'intérêt supérieur de chaque enfant et tenir compte de leur droit à grandir dans un milieu familial affectueux. La législation doit définir des normes de protection et de prise en charge des orphelins, encourager le placement familial et l'adoption dans un cadre juridique, fixer des droits équitables d'héritage et de propriété et élargir la prise en charge communautaire, le placement en institution étant considéré comme un dernier recours. Dans le cas où les enfants sont confiés à des institutions, des programmes doivent être élaborés pour les réintégrer dans leur communauté dans les plus brefs délais.



10 Renforcer les partenariats, assurer un suivi.

Protéger les jeunes du VIH est une tâche trop lourde pour être assumée par un seul secteur de la société. Pour faire une différence réelle et durable, les ressources de tous les secteurs doivent être mobilisées, coordonnées et canalisées en faveur des familles et des communautés. Nous devons nous engager à rassembler des individus à tous les niveaux – la communauté, la nation, la région, le monde – pour investir en faveur des jeunes. Les partenaires doivent comprendre des organisations non gouvernementales et de la société civile, y compris des associations religieuses et le secteur privé ; des gouvernements ; des jeunes ; des instituts de science et de recherche ; des fondations privées ; des organismes donateurs bilatéraux ; l'Organisation des Nations Unies et d'autres agences multilatérales.

Pour vaincre le VIH/SIDA, il sera nécessaire de surveiller à la fois l'évolution des taux d'infection et celle des connaissances, de la prise de conscience et des comportements des jeunes. La collecte d'informations sur leurs connaissances et leurs comportements contribuera non seulement à mesurer les progrès accomplis pour réaliser les objectifs fixés en juin 2001 lors de la Session extraordinaire de l'ONU consacrée au VIH/SIDA, mais elle aidera à identifier les programmes qui réussissent, et les raisons de ce succès.

LE DROIT DE SAVOIR

Les jeunes ont le droit :

- d'acquérir des connaissances sur le sexe et leur sexualité
- de connaître les données de base concernant le VIH/SIDA et de posséder les compétences essentielles nécessaires pour se protéger du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles
- de connaître leur sérologie VIH
- de savoir comment se protéger s'ils vivent avec le VIH/SIDA
- de savoir où obtenir un soutien émotionnel et psychologique s'ils vivent avec le VIH/SIDA
- de savoir comment préserver leurs pairs et leurs familles du VIH
- de savoir comment protéger ceux qui, dans leurs communautés, vivent avec le VIH/SIDA
- de connaître les programmes d'éducation sur le VIH avec et pour les jeunes et d'y participer
- de connaître leurs droits et les engagements que les pouvoirs publics ont pris à leur égard
- de savoir comment préserver, revendiquer et obtenir ces droits

TABLEAUX DES STATISTIQUES

Les deux tableaux ci-après contiennent des statistiques qui aident à concevoir l'impact du VIH/SIDA sur les jeunes dans le monde. Ils comprennent des indicateurs d'incidence et de connaissances épidémiologiques, ainsi que des indicateurs comportementaux, sociaux, économiques et démographiques.

TABLEAU 1 :

Indicateurs du VIH/SIDA pour tous les pays.....	38
Explication des symboles utilisés dans le Tableau 1.....	45

DEFINITION DES INDICATEURS..... 46

TABLEAU 2 :

Indicateurs supplémentaires pour les pays où le taux de prévalence est égal ou supérieur à 1 %.....	47
Explication des symboles utilisés dans le Tableau 2.....	47

LISTE DES RECAPITULATIFS RÉGIONAUX..... 48

PAYS, ZONES ET TERRITOIRES	DONNEES DEMOGRAPHIQUES (2001)						EPIDEMIOLOGIE										
	TOTAL	Population (en milliers)		Nombre de jeunes en % de la population globale		RNB par habitant (\$ US) 2000	Type d'épidémie (2001)	Estimation du nombre de jeunes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001				% de jeunes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001				% d'adultes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001	
		10-14 ANS	15-24 ANS	10-24 ANS	15-24 ANS			Femmes 15-24		Hommes 15-24		Femmes 15-24		Hommes 15-24			
		FAIBLE	FORTE	FAIBLE	FORTE			FAIBLE	FORTE	FAIBLE	FORTE	FAIBLE	FORTE	15-49 ANS			
Afghanistan	22 474	2 706	4 343	31	22	250 x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	43 792	4 776	9 031	32	51	3020	G	930 000	1 400 000	380 000	580 000	20,5	30,8	8,5	12,8	20,1	-
Albanie	3 145	311	551	27	42	1100	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Algérie	30 841	3 526	6 690	33	61	1590	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1*
Allemagne	82 007	4 679	9 151	17	88	25050	C	1 600	2 400	3 700	5 500	0,04	0,05	0,08	0,12	0,1	-
Andorre	90	-	-	-	93	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	13 527	1 742	2 576	32	35	240	G	54 000	95 000	21 000	37 000	4,1	7,3	1,6	2,8	5,5	-
Antigua-et-Barbuda	65	-	-	-	37	9190	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabie saoudite	21 028	2 703	4 090	32	86	6900 x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentine	37 488	3 361	6 685	27	90	7440	C	8 900	13 000	23 000	35 000	0,27	0,40	0,69	1,0	0,7	-
Arménie	3 788	371	704	28	70	520	C	160	240	650	970	0,05	0,07	0,18	0,27	0,2	-
Australie	19 338	1 336	2 718	21	85	20530	C	160	240	1 300	1 900	0,01	0,02	0,09	0,14	0,1	-
Autriche	8 075	467	941	17	65	25220	C	440	660	860	1 300	0,10	0,14	0,18	0,27	0,2	-
Azerbaïdjan	8 096	877	1 514	30	58	610	L	<100	150	340	600	0,01	0,02	0,04	0,08	<0,1	-
Bahamas	308	29	56	28	89	15010	G	540	1 100	490	1 000	2,0	4,1	1,7	3,6	3,5	-
Bahreïn	652	60	103	25	93	7640 x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
Bangladesh	140 369	16 960	28 680	33	25	380	L	980	1 700	1 100	1 900	0,01	0,01	0,01	0,01	<0,1	-
Barbade	268	20	42	23	51	9280	G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2*
Bélarus	10 147	793	1 606	24	72	2990	C	1 000	2 100	3 100	6 400	0,13	0,26	0,38	0,79	0,3	-
Belgique	10 264	611	1 232	18	97	24630	C	580	870	580	870	0,10	0,14	0,09	0,14	0,2	-
Belize	231	28	50	34	55	2940	G	390	590	220	330	1,6	2,4	0,88	1,3	2,0	-
Bénin	6 446	861	1 327	34	43	380	G	20 000	30 000	6 200	9 300	3,0	4,5	0,94	1,4	3,6	-
Bhoutan	2 141	274	423	33	7	550	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Bolivie	8 516	1 000	1 657	31	63	1000	L	290	600	620	1 300	0,04	0,07	0,07	0,15	0,1	-
Bosnie-Herzégovine	4 067	305	616	23	44	1260	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1*
Botswana	1 554	209	355	36	51	3300	G	53 000	80 000	23 000	34 000	30,0	45,0	12,9	19,3	38,8	-
Brésil	172 559	16 765	34 158	30	82	3570	C	65 000	98 000	88 000	130 000	0,38	0,58	0,51	0,77	0,7	-
Brunéi Darussalam	335	35	58	28	73	24630 x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	7 867	497	1 140	21	70	1510	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1*
Burkina Faso	11 856	1 617	2 478	35	19	230	G	98 000	150 000	39 000	58 000	7,8	11,7	3,2	4,8	6,5	-
Burundi	6 502	933	1 367	35	9	110	G	55 000	97 000	24 000	43 000	8,0	14,1	3,6	6,3	8,3	-
Cambodge	13 441	1 758	2 643	33	16	260	G	26 000	39 000	10 000	15 000	2,0	3,0	0,77	1,2	2,7	-
Cameroun	15 203	1 965	3 167	34	50	570	G	160 000	240 000	69 000	100 000	10,1	15,2	4,3	6,5	11,8	-
Canada	31 015	2 067	4 132	20	77	21050	C	2 800	4 200	4 600	6 900	0,14	0,21	0,22	0,33	0,3	-
Cap-Vert	437	52	94	33	63	1330	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chili	15 402	1 442	2 507	26	86	4600	C	1 000	2 100	3 000	6 100	0,08	0,17	0,23	0,48	0,3	-
Chine	1 284 972	116 776	200 371	25	33	840	C	60 000	110 000	120 000	210 000	0,06	0,11	0,11	0,20	0,1	-
Chypre	790	65	123	24	57	11950 x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
Colombie	42 803	4 403	8 083	29	74	2080	C	4 800	10 000	23 000	47 000	0,12	0,25	0,55	1,2	0,4	-
Comores	727	90	156	34	34	380	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	3 110	390	595	32	63	630	G	15 000	32 000	6 300	13 000	5,1	10,5	2,1	4,4	7,2	-
Congo, Rép. dém. du	52 522	6 887	9 985	32	31	100 x	G	210 000	380 000	110 000	190 000	4,3	7,5	2,1	3,7	4,9	-
Corée, Rép. de	47 069	3 230	7 572	23	82	8910	L	290	440	660	980	0,01	0,01	0,02	0,03	<0,1	-
Corée, Rép. pop. dém. de	22 428	1 946	3 416	24	61	a	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	4 112	436	790	30	48	3960	C	670	1 400	1 500	3 200	0,18	0,36	0,38	0,79	0,6	-
Côte d'Ivoire	16 349	2 162	3 572	35	47	660	G	120 000	180 000	42 000	63 000	6,7	10,0	2,3	3,5	9,7	-
Croatie	4 655	294	639	20	58	4510	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Cuba	11 237	867	1 496	21	76	1170 x	L	200	410	450	930	0,03	0,06	0,06	0,12	<0,1	-
Danemark	5 333	311	589	17	85	32020	C	150	230	330	490	0,05	0,08	0,11	0,16	0,2	-
Djibouti	644	81	127	32	84	840	G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominique	71	-	-	-	71	3260	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egypte	69 080	8 156	14 246	32	46	1490	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
El Salvador	6 400	696	1 333	32	47	1990	C	1 500	3 200	3 400	7 000	0,23	0,48	0,50	1,0	0,6	-
Emirats arabes unis	2 654	256	420	25	86	18060 x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Equateur	12 880	1 388	2 603	31	66	1210	C	1 300	2 600	2 600	5 400	0,10	0,20	0,20	0,41	0,3	-
Erythrée	3 816	480	736	32	19	170	G	11 000	20 000	7 400	13 000	3,1	5,5	2,0	3,5	2,8	-
Espagne	39 921	2 045	5 542	19	78	14960	C	5 200	7 800	12 000	17 000	0,19	0,29	0,41	0,62	0,5	-

PAYS, ZONES ET TERRITOIRES	EDUCATION										CONNAISSANCES (1998-2001)						COMPORTEMENT SEXUEL (1998-2001)			
	Taux net de fréquentation scolaire/inscription à l'école (%) (1995-2001)		Taux d'inscription dans le secondaire (1995-2001) (brut)		Ont entendu parler du SIDA (%)	% qui savent qu'une personne peut se protéger de l'infection à VIH en :			% qui savent que le VIH ne peut pas se transmettre par :		% qui savent qu'une personne en bonne santé peut être séropositive	Ont des connaissances suffisantes pour se protéger (%)	Age médian lors des premiers rapports sexuels	% de jeunes sexuellement actifs avant 15 ans						
	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES		FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-19	FEMMES 15-24	FEMALE 15-24				FEMALE 15-24	FEMMES 20-24	HOMMES 20-24	FEMMES 20-24	HOMMES 20-24		
	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24		FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24				FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24		
Afghanistan	11 s	36 s	11	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Afrique du Sud	86	88	91	76	96 y	88 t	87 t	78	-	46 t	54	-	-	17,8	-	7	-			
Albanie	90 s	90 s	38	37	93	55	42	37	-	14	40	-	4	-	-	-	-			
Algérie	96 s	98 s	62	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Allemagne	87	86	103	105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Andorre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Angola	48 s	52 s	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Antigua-et-Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Arabie saoudite	73	81	57	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Argentine	96	96	81	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Arménie	-	-	91 x	85 x	93	48	42	-	-	-	53	-	-	19,7y	-	1	-			
Australie	95	95	155	150	91 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Autriche	91	90	102	105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Azerbaïdjan	88 s	88 s	81	73	61	14	11	8	15	7	35	-	-	-	-	-	-			
Bahamas	99	99	91 x	88 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Bahreïn	98	96	98	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Bangladesh	83 s	81 s	13 x	25 x	33	-	-	-	-	-	22	29	-	-	-	-	-			
Barbade	100	100	80 x	90 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Bélarus	84	87	95	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Belgique	98	96	151	142	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,7x	18,1x	9x	15x			
Belize	90	92	52 x	47 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Bénin	50	75	10	24	95	-	-	-	-	-	41 x	66	-	17,2x	17,6x	15x	19x			
Bhoutan	47	58	2 x	7 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Bolivie	87 s	88 s	34 x	40 x	78	63	57	50	62	40	55	74	-	19,6	17,1y	6	21			
Bosnie-Herzégovine	95 s	94 s	-	-	97	55	53	41	-	-	74	-	-	-	-	-	-			
Botswana	85 s	83 s	68	61	95	76														

PAYS, ZONES ET TERRITOIRES	DONNEES DEMOGRAPHIQUES (2001)						EPIDEMIOLOGIE									
	Population (en milliers)				RNB par habitant (\$ US) 2000	Type d'épidémie (2001)	Estimation du nombre de jeunes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001				% d'adultes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001					
	10-14 ANS	15-24 ANS	20-24 ANS	25-64 ANS			% de jeunes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001									
	10-14 ANS	15-24 ANS	20-24 ANS	25-64 ANS	FEMMES 15-24	HOMMES 15-24	FEMMES 15-24	HOMMES 15-24	15-49 ANS							
	TOTAL	10-14 ANS	15-24 ANS	20-24 ANS			FAIBLE	FORTE	FAIBLE	FORTE	FAIBLE	FORTE	FAIBLE	FORTE	15-49 ANS	
Estonie	1 377	103	207	23	69	3410	C	460	800	1 900	3 300	0,45	0,79	1,8	3,2	1,0
Etats-Unis	285 926	20 773	38 980	21	77	34260	C	34 000	51 000	76 000	110 000	0,18	0,27	0,38	0,57	0,6
Ethiopie	64 459	8 203	12 380	32	18	100	G	350 000	620 000	200 000	350 000	5,6	10,0	3,2	5,6	6,4
Fidji	823	85	167	31	50	1830	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Finlande	5 178	318	660	19	68	24900	L	<100	<100	<100	150	0,02	0,03	0,03	0,04	<0,1
France	59 453	3 806	7 714	19	76	23670	C	5 400	8 100	8 200	12 000	0,14	0,21	0,21	0,31	0,3
Gabon	1 262	142	217	28	82	3180	G	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambie	1 337	151	240	29	33	330	G	1 100	2 200	410	850	0,88	1,8	0,34	0,71	1,6
Géorgie	5 239	412	822	24	61	590	L	<100	100	200	410	0,01	0,03	0,05	0,10	<0,1
Ghana	19 734	2 476	4 250	34	39	350	G	44 000	82 000	20 000	37 000	2,1	3,9	0,95	1,8	3,0
Grèce	10 623	559	1 433	19	60	11960	C	360	540	780	1 200	0,05	0,08	0,11	0,16	0,2
Grenade	94	-	-	-	38	3520	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	11 687	1 494	2 436	34	40	1690	G	6 600	14 000	7 300	15 000	0,55	1,1	0,59	1,2	1,0
Guinée	8 274	1 002	1 669	32	34	450	G	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinée-Bissau	1 227	147	230	31	24	180	G	2 200	4 600	780	1 600	1,9	4,0	0,69	1,4	2,8
Guinée équatoriale	470	57	86	30	49	1170x	G	780	1 600	390	810	1,8	3,7	0,91	1,9	3,4
Guyana	763	73	160	31	39	770	G	2 100	4 300	1 700	3 600	2,6	5,4	2,1	4,4	2,7
Haïti	8 270	1 112	1 824	36	36	510	G	29 000	61 000	24 000	50 000	3,2	6,7	2,6	5,5	6,1
Honduras	6 575	830	1 373	34	54	850	G	8 100	12 000	6 700	10 000	1,2	1,8	0,96	1,4	1,6
Hongrie	9 917	609	1 421	20	64	4740	L	100	180	490	860	0,01	0,03	0,07	0,12	0,1
Islande	281	22	42	23	93	31090	C	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2
Iles Cook	20	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Marshall	52	-	-	-	72	1970	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iles Salomon	463	57	92	32	20	630	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inde	1 025 096	109 177	193 619	30	29	460	GCL	430 000	890 000	220 000	470 000	0,46	0,96	0,22	0,46	0,8
Indonésie	214 840	21 738	42 501	30	42	570	C	9 500	14 000	11 000	17 000	0,05	0,07	0,05	0,08	0,1
Iran	71 369	9 708	16 110	36	62	1630	L	550	1 100	2 200	4 600	0,01	0,01	0,03	0,06	<0,1
Iraq	23 584	2 976	4 760	33	77	2170x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Irlande	3 841	286	685	25	59	22960	L	130	200	170	260	0,04	0,06	0,05	0,07	0,1
Israël	6 172	543	1 046	26	91	16310x	C	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Italie	57 503	2 803	6 471	16	67	20010	C	6 600	9 900	7 500	11 000	0,21	0,31	0,23	0,34	0,4
Jamaïque	2 598	272	522	31	57	2440	G	1 800	2 700	1 700	2 600	0,69	1,0	0,66	0,98	1,2
Jamahirya arabe lybienne	5 408	590	1 279	35	88	5540x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2
Japon	127 335	6 392	15 642	17	79	34210	C	2 000	3 000	1 200	1 700	0,03	0,04	0,01	0,02	<0,1
Jordanie	5 051	584	1 045	32	75	1680	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Kazakhstan	16 095	1 630	2 979	29	57	1190	L	360	650	1 400	2 500	0,02	0,04	0,09	0,17	0,1
Kenya	31 293	4 349	7 197	37	34	360	G	450 000	670 000	170 000	260 000	12,4	18,7	4,8	7,2	15,0
Kiribati	84	-	-	-	40	950	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kirghizistan	4 986	586	977	31	33	270	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Koweït	1 971	265	479	38	98	19020x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	2 057	245	410	32	29	540	G	50 000	100 000	23 000	49 000	24,8	51,4	11,3	23,5	31,0
Lettonie	2 406	182	352	22	69	2860	C	340	500	1 300	2 000	0,19	0,29	0,75	1,1	0,4
l'ex-Rép. yougoslave de Macédoine	2 044	160	334	24	62	1710	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Liban	3 556	378	663	29	90	3750	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	3 108	350	759	36	46	490x	G	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	33	-	-	-	23	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	3 689	285	537	22	69	2900	L	-	-	-	-	0,03	0,06	0,10	0,22	0,1
Luxembourg	442	26	54	18	92	44340	L	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2
Madagascar	16 437	2 013	3 161	31	30	260	L	3 000	4 500	860	1 300	0,19	0,28	0,05	0,08	0,3
Malaisie	22 633	2 322	4 267	29	58	3380	C	1 900	2 900	12 000	18 000	0,09	0,14	0,56	0,84	0,4
Malawi	11 572	1 505	2 331	33	26	170	G	140 000	210 000	60 000	90 000	11,9	17,9	5,1	7,6	15,0
Maldives	300	40	62	34	26	1460	L	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Mali	11 677	1 461	2 287	32	31	240	G	15 000	32 000	10 000	21 000	1,4	2,8	0,89	1,8	1,7
Malte	392	28	59	22	91	9410x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Maroc	30 430	3 352	6 239	32	57	1180	L	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Maurice	1 171	97	209	26	42	3800	L	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1

PAYS, ZONES ET TERRITOIRES	EDUCATION						CONNAISSANCES (1998-2001)						COMPORTEMENT SEXUEL (1998-2001)				
	Taux net de fréquentation scolaire/inscription à l'école (%) (1995-2001)		Taux d'inscription dans le secondaire (1995-2001) (brut)		Ont entendu parler du SIDA (%)	% qui savent qu'une personne peut se protéger de l'infection à VIH en :			% qui savent que le VIH ne peut pas se transmettre par :		% qui savent qu'une personne en bonne santé peut être séropositive	Ont des connaissances suffisantes pour se protéger (%)	Age médian lors des premiers rapports sexuels	% de jeunes sexuellement actifs avant 15 ans			
	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES		FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-19	FEMMES 15-24	FEMME 15-24				FEMME 15-24	FEMMES 20-24	HOMMES 20-24	FEMMES 20-24
	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-19	FEMMES 15-24	FEMME 15-24	FEMME 15-24	FEMMES 20-24	HOMMES 20-24	FEMMES 20-24	HOMMES 20-24			
Estonie	86	87	108	100	-	-	-	-	-	-	-	-	18,4x	-	-	-	
Etats-Unis	95	94	97	98	-	-	-	-	-	-	-	-	17,2x	-	-	-	
Ethiopie	37	51	10	14	82	62	37	-	-	39	54	-	18,1	21,3y	19	3	
Fidji	100	99	65x	64x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Finlande	98	98	125	110	-	-	-	-	-	-	-	-	18,0x	18,0x	18x	20x	
France	100	100	111	112	-	-	-	-	-	-	-	-	18,4x	17,9x	2x	6x	
Gabon	83	82	-	-	98	65	79	59	-	-	72	81	-	16,2	15,7	24	36
Gambie	49s	54s	19	30	84	56	52	41	48	31	53	-	15	-	-	-	
Géorgie	98s	98s	76	78	90	21t	24t	-	-	39	47	-	-	-	2	-	
Ghana	74s	75s	29x	45x	97	74	70	73	-	-	71	77	22y	17,5	19,5	10	8
Grèce	90	90	96	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19,0x	17,5x	5x	5x
Grenade	97	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	75s	80s	24	26	90t	19t	43t	-	-	42t	41t	-	-	19,0	-	11	-
Guinée	30	49	7	20	96	-	-	-	-	60	56	-	-	16,0	17,5	32	21
Guinée-Bissau	39s	46s	4x	9x	61	26	32	18	28	27	31	-	8	-	-	-	
Guinée équatoriale	89	89	-	-	76	29	26	23	31	15	46	-	4	-	-	-	
Guyana	92	97	78	73	96	73	69	58	77	57	84	-	-	-	-	-	
Haïti	43	42	20x	21x	97												

PAYS, ZONES ET TERRITOIRES	DONNEES DEMOGRAPHIQUES (2001)						EPIDEMIOLOGIE									
	TOTAL	Population (en milliers)				RNB par habitant (\$ US) 2000	Type d'épidémie (2001)	Estimation du nombre de jeunes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001				% de jeunes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001				% d'adultes vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001
		10-14 ANS	15-24 ANS	25-34 ANS	35-44 ANS			Femmes 15-24		Hommes 15-24		Femmes 15-24		Hommes 15-24		
		FAIBLE	FORTE	FAIBLE	FORTE			FAIBLE	FORTE	FAIBLE	FORTE	FAIBLE	FORTE	15-49 ANS		
Mauritanie	2 747	333	539	32	59	370	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mexique	100 368	10 673	19 934	30	75	5080	C	6 500	11 000	26 000	47 000	0,06	0,12	0,26	0,47	0,3
Micronésie, Etats féd. de	126	-	-	-	29	2110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldova, République de	4 285	399	775	27	46	400	C	330	680	1 200	2 400	0,09	0,18	0,30	0,62	0,2
Monaco	34	-	-	-	100	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolie	2 559	325	548	34	64	390	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Mozambique	18 644	2 299	3 688	32	41	210	G	200 000	350 000	81 000	140 000	10,6	18,8	4,4	7,8	13,0
Myanmar	48 364	5 084	9 582	30	28	220x	G	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibie	1 788	234	355	33	31	2050	G	34 000	51 000	16 000	24 000	19,4	29,1	8,9	13,3	22,5
Nauru	13	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Népal	23 593	2 817	4 524	31	12	220	C	4 000	8 300	4 100	8 500	0,18	0,38	0,17	0,36	0,5
Nicaragua	5 208	643	1 115	34	57	420	C	270	570	830	1 700	0,05	0,10	0,15	0,31	0,2
Niger	11 227	1 444	2 180	32	21	180	G	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nigéria	116 929	15 073	23 713	33	45	260	G	540 000	820 000	290 000	430 000	4,7	7,0	2,4	3,6	5,8
Nioué	2	-	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norvège	4 488	293	533	18	76	33650	L	<100	120	160	240	0,03	0,05	0,06	0,09	0,1
Nouvelle-Zélande	3 808	295	518	21	86	13080	L	<100	<100	110	170	0,01	0,02	0,04	0,06	0,1
Oman	2 622	352	516	33	85	4940x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
Ouganda	24 023	3 163	4 838	33	15	310	G	90 000	130 000	38 000	58 000	3,7	5,6	1,6	2,4	5,0
Ouzbékistan	25 257	3 191	5 155	33	37	610	L	<100	<100	160	330	<0,01	<0,01	0,01	0,01	<0,1
Pakistan	144 971	17 718	28 082	32	38	470	L	4 600	9 500	5 800	12 000	0,03	0,07	0,04	0,08	0,1
Palaos	20	-	-	-	73	c	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	2 899	293	531	28	57	3260	G	2 300	4 200	3 600	6 500	0,90	1,6	1,4	2,4	1,5
Papouasie-Nouv.-Guinée	4 920	561	1 006	32	18	760	C	1 200	2 400	1 200	2 400	0,25	0,53	0,21	0,45	0,7
Paraguay	5 636	682	1 120	32	57	1450	C	-	-	-	930	-	-	-	0,16	-
Pays-Bas	15 930	980	1 845	18	90	25140	C	660	990	1 500	2 300	0,07	0,11	0,16	0,24	0,2
Pérou	26 093	2 828	5 299	31	73	2100	C	3 500	6 200	7 900	14 000	0,13	0,23	0,30	0,53	0,4
Philippines	77 131	9 087	15 669	32	59	1040	L	880	1 300	820	1 200	0,01	0,02	0,01	0,02	<0,1
Pologne	38 577	2 830	6 568	24	66	4200	C	870	1 800	1 900	4 000	0,03	0,06	0,06	0,12	0,1*
Portugal	10 033	546	1 407	19	66	11060	C	1 000	1 500	2 300	3 500	0,15	0,22	0,33	0,49	0,5
Qatar	575	48	73	21	93	12000x	L	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	3 782	472	755	32	42	290	G	42 000	62 000	17 000	26 000	10,8	16,2	4,7	7,0	12,9
Rép. dém. pop. lao	5 403	690	1 057	32	24	290	L	<100	170	180	330	0,02	0,03	0,03	0,06	<0,1
République dominicaine	8 507	936	1 697	31	66	2100	G	18 000	27 000	15 000	22 000	2,2	3,3	1,7	2,5	2,5
République tchèque	10 260	641	1 518	21	75	4920	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Roumanie	22 388	1 667	3 574	23	57	1670	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Royaume-Uni	59 542	3 912	7 224	19	90	24500	C	1 500	2 200	3 000	4 500	0,04	0,06	0,08	0,12	0,1
Russie, Fédération de	144 664	11 203	23 087	24	78	1660	C	60 000	91 000	170 000	260 000	0,53	0,79	1,5	2,2	0,9
Rwanda	7 949	1 030	1 772	35	6	230	G	80 000	120 000	35 000	52 000	9,0	13,4	3,9	5,9	8,9
Sainte-Lucie	149	14	31	30	38	4070	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Kitts-et-Nevis	38	-	-	-	34	6660	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Marin	27	-	-	-	89	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Siège	1	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent/ Grenadines	114	-	-	-	56	2690	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	159	22	36	36	22	1460	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé-et-Principe	140	-	-	-	47	290	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sénégal	9 662	1 232	1 934	33	48	500	G	4 100	6 200	1 400	2 200	0,43	0,65	0,15	0,22	0,5
Seychelles	81	-	-	-	65	7310	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	4 587	548	877	31	37	130	G	22 000	45 000	7 000	15 000	4,9	10,2	1,6	3,4	7,0
Singapour	4 108	289	508	19	100	24740	L	300	450	300	460	0,12	0,19	0,12	0,17	0,2
Slovaquie	5 403	398	912	24	58	3700	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Slovénie	1 985	119	287	20	51	10070	L	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,1
Somalie	9 157	1 147	1 765	32	28	120x	G	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0
Soudan	31 809	3 689	6 254	31	37	320	G	63 000	130 000	22 000	46 000	2,0	4,2	0,70	1,5	2,6

PAYS, ZONES ET TERRITOIRES	EDUCATION										CONNAISSANCES (1998-2001)						COMPORTEMENT SEXUEL (1998-2001)			
	Taux net de fréquentation scolaire/inscription à l'école (%) (1995-2001)		Taux d'inscription dans le secondaire (1995-2001) (brut)		Ont entendu parler du SIDA (%)	% qui savent qu'une personne peut se protéger de l'infection à VIH en :			% qui savent que le VIH ne peut pas se transmettre par :		% qui savent qu'une personne en bonne santé peut être séropositive	Ont des connaissances suffisantes pour se protéger (%)	Age médian lors des premiers rapports sexuels	% de jeunes sexuellement actifs avant 15 ans						
	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES		FEMMES 15-24	FEMMES 15-24	FEMMES 15-19	FEMMES 15-24	FEMME 15-24				FEMME 15-24	FEMMES 20-24	HOMMES 20-24	FEMMES 20-24	HOMMES 20-24		
	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24	15-24					
Mauritanie	53 s	55 s	11	21	76	28	17	21	-	-	30	39	-	-	-	-				
Mexique	97 s	97 s	64	64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,7x	-				
Micronésie, Etats féd. de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Moldova, République de	99 s	98 s	81	78	96	63	56	29	72	38	79	-	-	-	-	5x				
Monaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Mongolie	92 s	91 s	65	48	93	79	77	43	74	58	57	-	-	-	-	-				
Mozambique	40	47	5	9	83	-	-	-	-	-	38x	59x	-	-	16,0x	18,5y x 32x				
Myanmar	69 s	68 s	30x	29x	90y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Namibie	88	84	66	56	98	77	86	-	-	-	-	-	-	-	18,7x	6x				
Nauru	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Népal	60 s	71 s	25x	49x	45	-	-	-	-	-	29	-	-	-	17,3x	18x				
Nicaragua	80	80	53	45	95	-	-	-	-	-	75	80	-	-	18,1	15,8 14 35				
Niger	31 s	44 s	5	9	72	43	30	37	34	19	22	43	5	15,7	20,3y	36 4				
Nigéria	54 s	58 s	28x	33x	75	-	-	-	-	-	45	51	-	-	18,1	19,6 21 11				
Nioué	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Norvège	100	100	116	121	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,0x	19,0x 10x 6x				
Nouvelle-Zélande	100	100	116	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,2x	-				
Oman	88	90	65	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Ouganda	83	92	9	15	100 t	83	68	-	-	47	76	83	28	16,7	19,4y	21 8				
Ouzbékistan	78 s	78 s	87x	99x	64	32	22	17	22	15	41	-	-	-	19,7x	0,4x				
Pakistan	41 s	50 s	17x	33x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Palaos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Panama	91	91	65x	60x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Papouasie-Nouv.-Guinée	-	-	11	17	66x	-	-	-	-	-	45x	-	-	-	-	-				
Paraguay	80 s	92 s	45	42	-	-	-	-	-	-	78	-	-	-	17,9x	7x				
Pays-Bas	100	100	129	134	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,3x	18,3x 12x 17x				
Pérou	87 s	87 s	67	72	88	34	34	-	-	-	72	-	-	-	19,6	7 19				
Philippines	91 s	88 s	75x	71x	91	70	54	-	-	37	67	-	4	-	-	2				
Pologne	-	-	97	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19,6x	19,7x				
Portugal	100	100	111x	102x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,0x	17,0x 7				
Qatar	92	96	79	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
République centrafricaine	39 s	47 s	6x	15x	65	49	20	39	27	22	46	-	5	16,0x	-	28x 16x				
Rép. dém. pop. lao	67 s	71 s	23	34	59y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
République dominicaine	94 s	94 s	47x	34x	99	87	73	73	87	47	89	92	33	18,7x	-	13x 26x				
République tchèque	91	92	100																	

TABLEAU 1

Données démographiques

Population 2001 : globale ; 10-14 ans ; 15-24 ans

Jeunes de 10 à 14 ans en % du nombre total d'habitants

% de population urbanisée : % de la population globale vivant en zone urbaine selon la définition nationale utilisée dans le dernier recensement de la population.

Source : Division de la population des Nations Unies.

RNB par habitant (\$ US) – 2000 : le revenu national brut est la somme de la valeur ajoutée par tous les producteurs résidents plus toutes les taxes sur les produits (moins les subventions) non comprise dans l'évaluation de la production plus les recettes nettes du revenu primaire (rémunération des salariés et revenu foncier) provenant de l'étranger. Le RNB par habitant est le revenu national brut divisé par la population moyenne. Le RNB par habitant en dollars US pour l'année 2000 est converti à l'aide de la méthode Atlas de la Banque mondiale.

Source : Banque mondiale.

Epidémiologie

Type d'épidémie (2001) : ampleur de l'épidémie de VIH (faible, concentrée ou généralisée). L : (Low en anglais) le taux de prévalence du VIH est faible lorsqu'il ne dépasse pas systématiquement 5 % dans un ou plusieurs sous-groupes de population ayant un comportement à haut risque (patients des dispensaires traitant les infections sexuellement transmissibles ; consommateurs de drogues injectables ; professionnel(le)s du sexe ; et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). C : un taux de prévalence du VIH concentré est systématiquement supérieur à 5 % dans au moins un sous-groupe de population ayant un comportement à haut risque, mais reste inférieur à 1 % dans la population adulte en général (15-49 ans) vivant en zone urbaine. G : un taux de prévalence du VIH généralisé est égal à 1 % de la population adulte en général (15-49 ans).

Source : Walker, N. et al. "Epidemiological analysis of the quality of HIV sero-surveillance in the world: How well do we track the epidemic?" AIDS 2001, 15:1545-1554 ; et mise à jour spécifiques par pays plus récentes.

Estimation du nombre de jeunes vivant avec le VIH/SIDA : jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001.

Sources : ONUSIDA ; UNICEF ; OMS.

% de jeunes (15-24 ans) vivant avec le VIH/SIDA : estimation du nombre de jeunes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001 divisé par le nombre total de jeunes de 15 à 24 ans en 2001.

Sources : ONUSIDA ; UNICEF ; OMS.

% d'adultes de 15 à 49 ans vivant avec le VIH/SIDA, fin 2001 : estimation du nombre d'adultes de 15 à 49 ans vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2001 divisé par le nombre total d'adultes en 2001.

Education

Taux net de fréquentation scolaire /d'inscription à l'école primaire (%) (1995-2001) : nombre d'enfants scolarisés ou inscrits à l'école primaire appartenant au groupe d'âge qui correspondent officiellement au cycle primaire, divisé par le nombre total d'enfants de ce même groupe. Les données proviennent d'enquêtes nationales sur les ménages dans lesquelles des enfants en âge d'aller à l'école primaire ont répondu à des questions sur leur fréquentation scolaire. Là où cette information n'était pas disponible, l'indicateur a été établi à partir de données administratives recueillies par les Ministères nationaux de l'Education et de données sur la population des enfants d'âge primaire (inscription).

Sources : Enquêtes en grappe à indicateurs multiples (EGIM), UNICEF ; Enquêtes sur la population et la santé (EPS), Macro International ; UNESCO.

Taux brut d'inscription dans le secondaire : nombre d'enfants inscrits dans des établissements secondaires, indépendamment de leur âge, divisé par le nombre d'enfants compris dans le groupe d'âge qui correspond officiellement au niveau d'études secondaires.

Source : UNESCO.

Connaissances sur le mode de transmission du VIH

Ont entendu parler du SIDA : % de jeunes femmes (15-24 ans) qui déclarent avoir entendu parler du SIDA. Nous présentons la valeur correspondant aux jeunes femmes parce qu'en général, leurs connaissances sur le SIDA sont moindres par rapport aux hommes et que dans le cas d'une épidémie généralisée, leur taux de prévalence du VIH est supérieur à celui des hommes.

Sources : EGIM, UNICEF ; EPS, Macro International ; Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ; autres enquêtes nationales.

% qui savent que l'on peut se protéger de l'infection à VIH en : % de jeunes qui connaissent les trois principaux moyens de se protéger : (1) avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ; (2) utiliser un préservatif systématiquement ; (3) s'abstenir d'avoir des rapports sexuels. La troisième option, l'abstinence, qui est un moyen de prévention extrêmement important chez les jeunes, n'est citée que pour le groupe d'âge des 15-19 ans. En effet, elle est moins pertinente pour le groupe d'âge des 20-24 ans, qui est en majorité déjà sexuellement actif.

Sources : EGIM, UNICEF ; EPS, Macro International ; CDC ; autres enquêtes nationales.

% qui savent que le VIH ne peut pas se transmettre par : % de jeunes qui rejettent à juste titre les deux idées fausses les plus communément répandues sur la transmission ou la prévention du SIDA et qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive.

Sources : EGIM, UNICEF ; EPS, Macro International ; CDC ; autres enquêtes nationales.

Ont des connaissances suffisantes pour se protéger : % de tous les jeunes (15-24 ans) capables à la fois d'identifier correctement des moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et de rejeter les principales idées fausses qui circulent sur la transmission ou la prévention du SIDA. Cet indicateur est un composite de deux méthodes de prévention (utilisation du préservatif et fidélité à un partenaire unique) et de trois idées fausses.

Sources : EGIM, UNICEF, ESP, Macro International.

Comportement sexuel

Age médian lors des premiers rapports sexuels : âge auquel la moitié des hommes et des femmes de 20 à 24 ans ont des rapports sexuels avec pénétration (âge médian), parmi tous les jeunes (20-24 ans) interrogés.

Sources : EPS, Macro International ; CDC ; autres enquêtes nationales.

% de jeunes sexuellement actifs avant 15 ans : % d'hommes et de femmes jeunes (20-24 ans) déclarant avoir eu leurs premiers rapports sexuels avec pénétration avant l'âge de 15 ans.

Sources : EPS, Macro International ; CDC ; autres enquêtes nationales.

TABLEAU 2

Prévalence du VIH chez les femmes enceintes

Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (15-24 ans) : % des prélèvements sanguins positifs effectués sur des femmes enceintes de 15 à 24 ans à l'occasion de « tests anonymes de surveillance par sentinelle séparés » menés dans plusieurs cliniques de soins prénatals. Les données sont présentées séparément pour les femmes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans qui reçoivent des soins prénatals dans les « grandes zones urbaines » et « hors des grandes zones urbaines ». Pour chacun de ces groupes, le tableau indique l'année du dernier programme de surveillance, le nombre de sites de surveillance et la valeur médiane. Le [n] après une année indique un nombre pour l'ensemble de la nation, [u] urbain, [r] rural.

Sources : Rapports de surveillance par sentinelle par pays (1997-2002) et base de données sur la surveillance du VIH/SIDA ; US Census Bureau ; International Programs Center ; Health Studies Branch, 2002.

Accès

Couverture des soins prénatals : % de femmes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans ayant été traitées au moins une fois par du personnel médical qualifié (médecins, infirmières ou sages-femmes) pendant leur grossesse.

Sources : EGIM, UNICEF ; EPS, Macro International ; CDC ; autres enquêtes nationales.

% qui savent où se procurer des préservatifs : % d'hommes et de femmes jeunes (15-24 ans)

Sources : EGIM, UNICEF ; EPS, Macro International ; CDC ; autres enquêtes nationales.

Comportement sexuel à haut risque

% de jeunes jamais mariés qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois : jeunes de 15 à 24 ans.

Sources : EPS, Macro International ; CDC ; EGIM, UNICEF et autres enquêtes nationales.

% qui ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels à risques au cours des 12 derniers mois : % d'hommes et de femmes jeunes (15-24 ans) qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels hors mariage et hors concubinage, parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels avec ce type de partenaire au cours des 12 derniers mois.

Sources : EPS, Macro International ; CDC ; EGIM, UNICEF et autres enquêtes nationales.

Dépistage du VIH

Savent où subir un test de dépistage : % de jeunes femmes (15-24 ans) qui savent où elles peuvent subir un test de dépistage.

Sources : EGIM, UNICEF ; EPS, Macro International.

Ont subi un test de dépistage : % de jeunes femmes (15-24 ans) qui ont subi un test de dépistage du VIH.

Sources : EGIM, UNICEF ; EPS, Macro International.

Ont été informées du résultat du test : % de jeunes femmes qui ont subi un test et qui ont été informées du résultat.

Sources : EGIM, UNICEF ; EPS, Macro International.

Impact

Taux de scolarisation des orphelins en % du taux de scolarisation des non-orphelins (1995-2001) : % d'enfants de 10 à 14 ans interrogés lors d'une enquête sur les ménages qui ont perdu leurs deux parents naturels et qui fréquentent l'école en pourcentage des enfants non orphelins du même âge qui vivent avec au moins un de leurs parents et qui vont à l'école.

Sources : EGIM, UNICEF ; EPS, Macro International.

Estimation du nombre d'enfants d'âge primaire qui ont perdu un instituteur à cause du VIH/SIDA (fin 1999) : le nombre d'enfants est basé sur une estimation du nombre d'instituteurs qui meurent du SIDA, multiplié par le ratio élève/instituteur.

TABLEAU 2 INDICATEURS SUPPLEMENTAIRES POUR LES PAYS OU LE TAUX DE PREVALENCE DU VIH EST EGAL OU SUPERIEUR A 1%

PAYS	Grandes zones urbaines			Hors des grandes zones urbaines			ACCÈS		COMPORTEMENTS SEXUELS A RISQUES (1999-2001)				DEPISTAGE DU VIH (1998-2001) (%)			IMPACT				
	ANNEE (NO. DE SITES)	AGE MEDIAN 15-19	AGE MEDIAN 20-24	ANNEE (NO. DE SITES)	AGE MEDIAN 15-19	AGE MEDIAN 20-24	<20 ANS	20-24 ANS	FEMMES 15-24	HOMMES 15-24	FEMMES 15-24	HOMMES 15-24	FEMMES 15-24	HOMMES 15-24	FEMMES 15-24	HOMMES 15-24	FEMMES 15-24	HOMMES 15-24	Taux de scolarisation des orphelins en % du taux de scolarisation des non-orphelins (1995-2001)	No. d'enfants d'âge primaire qui ont perdu un instituteur à cause du VIH/SIDA (fin 1999)
Afrique du Sud	2000 [n]	16,1	29,1	2000 [n]	16,1	29,1	95g	94g	-	-	55	-	20	-	-	-	-	-	-	100 000
Angola	-	-	-	-	-	-	66	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 300
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bénin	1999 [n]	2,2	4,8	1999 [n]	2,2	4,8	83	83	20x	62k	-	-	-	-	-	-	-	-	37	1 800
Botswana	2001 [3]	27,1	34,9	2001 [19]	26,6	46,9	-	-	-	-	-	-	-	-	48	15	-	-	99	14 000
Burkina Faso	1998 [1]	6,2	8,8	-	-	-	62	64	27	-	24	34	41	55	-	-	-	-	-	7 400
Burundi	1998 [1]	8,8	15,4	1998 [1]	24	14,3	77	79	-	-	-	-	-	-	28	2	69	-	69	9 500
Cambodge	2000 [n]	1,9	2,8	2000 [n]	1,9	2,8	45g	39g	33	-	0,2	-	41	-	16	2	-	-	71	-
Cameroun	2000 [5]	9,5	11,2	2000 [22]	9,3	14,1	74	73	-	-	52	58	16	31	58	-	-	-	92	19 000
Congo	2000 [u]	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 900
Congo, Rép. dém. du	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27 000
Côte d'Ivoire	1998 [3]	4,7	12,2	1997 [9]	7,5	12,1	85	90	68	-	56	61	25	56	19	6	58	-	77	23 000
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	500
Erythrie	-	-	-	-	-	-	46g x	50g x	14x	79k	-	10x	-	-2x	-	-	-	-	-	-
Ethiopie	2000 [4]	8,9	17,6	2000 [3]	0	4,3	29	27	3	-	8	17	17	30	-	-	-	-	60	51 000
Gabon	1995 [3]	7,1	2 (20-29)	-	-	-	83g	80g	62N	92N	64	76	33	48	54	14	-	-	98	960
Gambie	-	-	-	-	-	-	90	93	-	-	-	-	-	-	25	5	81	-	-	350
Ghana	2000 [5]	1,9	3	2000 [17]	0	1,6	90	87	69	87	30x	48x	48x	57x	-	-	-	-	95	11 000
Guatemala	-	-	-	-	-	-	56	64	34x	-	-	-	-	-	67	27	-	-	98	-
Guinée	1995 [1]	0,5	2	-	-	-	74	72	19	71	25	49	18	32	-	-	-	-	115	1 300
Guinée-Bissau	-	-	-	1997 [7]	2,6	8,6	71	70	-	-	-	-	-	-	20	5	84	-	104	-
Guinée équatoriale	-	-	-	-	-	-	86	89	-	-	-	-	-	-	32	10	68	-	-	<100
Guyana	1997 [1]	3	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	13	84	-	-	-
Haiti	2000 [n]	3,7	3,8	2000 [n]	3,7	3,8	71x	72x	68N	-	21	47	19	30	22	3	-	-	82	-
Honduras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaïque	1997 [3]	1,3	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	1997 [1]	12,5	16,2	-	-	-	91	92	56	81	32	56	14	43	58	8	75	-	75	95 000
Lesotho	1999 [n]	25	41	1999 [n]	25	41	87	90	-	-	-	-	-	-	51	9	69	-	89	6 200
Libéria	-	-	-	-	-	-	85g	85g	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	2001 [3]	13,6	25,7	2001 [16]	10,2	20,3	93x	92x	76	88	27	49	32	38	72	9	-	-	92	52 000
Mali	1997 [u]	3,5 (13-24)	-	-	-	-	49	48	18x	-	-	37x	-	-	-	-	-	-	72	2 000
Mozambique	2000 [2]	13	14,7	2000 [18]	6,3	13,7	70	70	15x	30x	61x	43x	-	-	-	-	-	-	35	20 000
Myanmar	2000 [n]	2,9	2,8	2000 [n]	2,9	2,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibie	2000 [n]	11,9	20,3	2000 [n]	11,9	20,3	85x	87x	-	-	-	-	-	-	-	17	90	-	-	9 500
Niger	-	-	-	-	-	-	38	41	12	-	8	21	-2	-2	12	0,4	69	-	69	820
Nigéria	2000 [n]	3	5,8	2000 [n]	3	5,8	47	64	28	-	28	31	-	-	-	-	-	-	88	85 000
Ouganda	2000 [2]	7	10,5	2000 [3]	2	11	93	93	57	-	27	31	44	62	36	9	91	-	94	81 000
Panama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
République centrafricaine	-	-	-	-	-	-	71	64	-	-	-	-	-	-	24	8	78	-	89	5 700
République dominicaine	1999 [n]	1,8 (15-24)	-	1999 [n]1,8 (15-24)	-	-	97	98	74x	92x	8x	52x	12x	48x	81	40	92	-	87	-
Rwanda	1999 [4]	8,4	12,8	1999 [6]	4,2	7,6	94x	96x	35N	74N	4	9	23	55	41	5	-	-	93	15 000
Sierra Leone	-	-	-	-	-															

LISTE DES PAYS, ZONES ET TERRITOIRES, REGROUPÉS PAR RÉGIONS

Les moyennes consolidées indiquées à la fin de chaque tableau sont calculées en utilisant les données des pays, zones et territoires, tels qu'ils sont groupés ci-dessous.

Afrique subsaharienne

Afrique du Sud; Angola; Bénin; Botswana; Burkina Faso; Burundi; Cameroun; Cap-Vert; Comores; Congo; Congo, République démocratique du ; Côte d'Ivoire; Érythrée; Éthiopie; Gabon; Gambie; Ghana; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Kenya; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Mali; Maurice; Mauritanie; Mozambique; Namibie; Niger; Nigéria; Ouganda; République centrafricaine; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Somalie; Swaziland; Tchad; Togo; Zambie; Zimbabwe

Moyen-Orient et Afrique du Nord

Algérie; Arabie saoudite; Bahreïn; Chypre; Djibouti; Égypte; Émirats arabes unis; Iran; Iraq; Jamahiriya arabe lybienne ; Jordanie; Koweït; Liban; Maroc; Oman; Qatar; République arabe syrienne; Soudan ; Territoires palestiniens occupés; Tunisie; Yémen

Asie du Sud

Afghanistan; Bangladesh; Bhoutan; Inde; Maldives; Népal; Pakistan; Sri Lanka

Asie de l'Est et Pacifique

Brunéi Darussalam; Cambodge; Chine; Corée, République de; Corée, République populaire démocratique; Fidji; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Indonésie; Kiribati; Malaisie; Micronésie, États féd. de; Mongolie; Myanmar; Nauru; Nioué; Palaos; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Philippines; République démocratique populaire lao; Samoa; Singapour; Thaïlande; Timor oriental; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Amérique latine et Caraïbes

Antigua-et-Barbuda; Argentine; Bahamas; Barbade; Belize; Bolivie; Brésil; Chili; Colombie; Costa Rica; Cuba; Dominique; El Salvador; Équateur; Grenade; Guatemala; Guyana; Haïti; Honduras; Jamaïque; Mexique; Nicaragua; Panama; Paraguay; Pérou; République dominicaine; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-les-Grenadines; Sainte-Lucie; Suriname; Trinité-et-Tobago; Uruguay; Venezuela

Europe centrale et orientale, Communauté d'États indépendants et États baltes

Albanie; Arménie; Azerbaïdjan; Bélarus; Bosnie-Herzégovine; Bulgarie; Croatie; Estonie; Géorgie; Hongrie; Kazakhstan; Kirghizistan; l'ex-République yougoslave de Macédoine; Lettonie; Lituanie; Moldova, République de; Ouzbékistan; Pologne; République tchèque; Roumanie; Russie, Fédération de; Slovaquie; Tadjikistan; Turkménistan; Turquie; Ukraine; Yougoslavie

Pays industrialisés

Allemagne; Andorre; Australie; Autriche; Belgique; Canada; Danemark; Espagne; États-Unis; Finlande; France; Grèce; Irlande; Islande; Israël; Italie; Japon; Liechtenstein; Luxembourg; Malte; Monaco; Norvège; Nouvelle-Zélande; Pays-Bas; Portugal; Royaume-Uni; Saint-Marin; Saint-Siège; Slovaquie; Suède; Suisse

Pays en développement

Afghanistan; Afrique du Sud; Algérie; Angola; Antigua-et-Barbuda; Arabie saoudite; Argentine; Arménie; Azerbaïdjan; Bahamas; Bahreïn; Bangladesh; Barbade; Belize; Bénin; Bhoutan; Bolivie; Botswana; Brésil; Brunéi Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Cameroun; Cap-Vert; Chili; Chine; Chypre; Colombie; Comores; Congo; Congo, République démocratique du ; Corée, République de; Corée, République populaire démocratique de; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Djibouti; Dominique; Égypte; El Salvador; Émirats arabes unis; Équateur; Érythrée; Éthiopie; Fidji; Gabon; Gambie; Géorgie; Ghana; Grenade; Guatemala; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Guyana; Haïti; Honduras; Îles Cook; Îles Marshall; Îles Salomon; Inde; Indonésie; Iran; Iraq; Israël; Jamahiriya arabe lybienne; Jamaïque; Jordanie; Kazakhstan; Kenya; Kirghizistan; Kiribati; Koweït; Lesotho; Liban; Libéria; Libye; Madagascar; Malaisie; Malawi; Maldives; Mali; Maroc; Maurice; Mauritanie; Mexique; Micronésie, États féd. de; Mongolie; Mozambique; Myanmar; Namibie; Nauru; Népal; Nicaragua; Niger; Nigéria; Nioué; Oman; Ouganda; Ouzbékistan; Pakistan; Palaos; Panama; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Paraguay; Pérou; Philippines; Qatar; République arabe syrienne; République centrafricaine; République démocratique populaire lao; République dominicaine; République-Unie de Tanzanie; Rwanda; Saint-Kitts-et-Nevis; Saint-Vincent-et-les-Grenadines; Sainte-Lucie; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sénégal; Seychelles; Sierra Leone; Singapour; Somalie; Soudan; Sri Lanka; Suriname; Swaziland; Tadjikistan; Tchad; Territoires palestiniens occupés; Thaïlande; Timor oriental; Togo; Tonga; Trinité-et-Tobago; Tunisie; Turkménistan; Turquie; Tuvalu; Uruguay; Vanuatu; Venezuela; Viet Nam; Yémen, Zambie; Zimbabwe

Pays les moins avancés

Afghanistan; Angola; Bangladesh; Bénin; Bhoutan; Burkina Faso; Burundi; Cambodge; Cap-Vert; Comores; Congo, République démocratique du; Djibouti; Érythrée; Éthiopie; Gambie; Guinée; Guinée-Bissau; Guinée équatoriale; Haïti; Îles Salomon; Kiribati; Lesotho; Libéria; Madagascar; Malawi; Maldives; Mali; Mauritanie; Mozambique; Myanmar; Népal; Niger; Ouganda; République centrafricaine; République démocratique populaire lao; République-Unie de Tanzanie ; Rwanda; Samoa; Sao Tomé-et-Principe; Sierra Leone; Somalie; Soudan; Tchad; Togo; Tuvalu; Vanuatu; Yémen; Zambie.

LES JEUNES ET LE VIH/SIDA



UNE SOLUTION A LA CRISE

unicef 
Fonds des Nations Unies pour l'enfance


Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE


ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

**Pour de plus amples informations, adressez-vous
aux organismes suivants :**

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

3 UN Plaza, New York, NY 10017, Etats-Unis d'Amérique

E-mail : pubdoc@unicef.org

Site Web : www.unicef.org

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

20, avenue Appia

CH-1211 Genève 27, Suisse

E-mail : unaids@unaids.org

Site Web : www.unaids.org

Organisation mondiale de la santé (OMS)

20, avenue Appia

CH-1211 Genève 27, Suisse

E-mail : info@who.int

Site Web : www.who.int

Produit par l'UNICEF

Section de la rédaction et des publications

Division de la communication

Juin 2002