

ASSURER L'AVENIR AUJOURD'HUI

Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Photo de couverture : ONUSIDA/P.Virot

UNAIDS/JC2112F (version française, septembre 2011)

Version originale anglaise, UNAIDS/JC2112E, août 2011 :

Securing the future today: Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People

Traduction – ONUSIDA

ISBN 978-92-9173-947-9

Copyright © 2011 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)

Tous droits de reproduction réservés.

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

Sauf indication contraire, les photographies utilisées dans ce document le sont à des fins d'illustration seulement. Toute personne représentée dans ce document l'est en qualité de « modèle » ; l'utilisation de la photographie ne signifie pas l'adhésion du modèle au contenu de ce document, ni une relation entre le modèle et l'un des sujets abordés dans ce document.

ONUSIDA 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27 Suisse
T (+41) 22 791 36 66 F (+41) 22 791 48 35

ASSURER L'AVENIR AUJOURD'HUI

Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes

Par l'Équipe spéciale interinstitutions
sur le VIH et les jeunes



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Abréviations

SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
ICPN	Indice Composite des Politiques Nationales
ONG	organisation non gouvernementale
IST	infections sexuellement transmissibles
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Table des matières

Résumé	2
1. Introduction	7
Engagements Mondiaux	7
Focalisation sur les Jeunes	8
Synergie des efforts – une opportunité majeure pour la réponse apportée aux jeunes	9
Raison d’être et vue d’ensemble du rapport	10
Méthodologie	11
Rapports UNGASS sur le VIH	12
2. L’épidémiologie du VIH et les jeunes	15
Connaître son épidémie	15
Estimation de la prévalence du VIH	16
Aperçu mondial	16
3. Rapports mondiaux sur les connaissances, les comportements et l’utilisation des services	23
Connaissances	25
Comportements	27
Services	37
4. Environnements nationaux des politiques et programmes	43
Environnements juridiques et politiques sensibles aux besoins des jeunes	43
Stratégies nationales multisectorielles de lutte contre le VIH chez les jeunes	45
Une participation concrète des jeunes aux politiques et programmes	50
5. Aperçus régionaux	53
Afrique subsaharienne	53
Asie de l’Est, du Sud et du Sud-Est	57
Europe de l’Est et Asie centrale	59
Moyen-Orient et Afrique du Nord	62
Amérique centrale et Amérique du Sud	63
Caraïbes	64
Océanie	65
Amérique du Nord, Europe de l’Ouest et Europe centrale	66
6. Synthèse et recommandations	69
Épidémiologie	69
Rapports mondiaux	70
Connaissances	70
Comportements	71
Services	71
Politiques et programmes	72
Références	75
Annexe 1 Estimations de la prévalence du vih chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, par région	78
Annexe 2 Prévalence du vih chez les jeunes dans les populations clés*, par région	82
Annexe 3 Connaissance complète du vih chez les jeunes et programme de préparation à la vie active dans les écoles, par région	84
Annexe 4 Ratio de scolarisation et aide extérieure pour les orphelins et les autres enfants vulnérables en 2010, par région	88
Annexe 5 Comportement sexuel chez les jeunes en 2010, par région	90
Annexe 6 Fourniture de conseils et dépistages volontaires chez les jeunes, et les jeunes des populations clés, par région	96
Annexe 7 Couverture du programme de prévention du vih et niveau de connaissance sur le VIH chez les jeunes dans les populations clés, par région	99
Annexe 8 Utilisation du préservatif chez les jeunes des populations clés, par région	101
Annexe 9 Utilisation des services de réduction des risques par les jeunes consommateurs de drogues injectables, par région	103
Annexe 10 Dépenses consacrées à la lutte contre le sida pour les jeunes scolarisés, non scolarisés et pour les orphelins et les enfants vulnérables, par région	104

Résumé

Ce rapport paraît 30 ans après le début de l'épidémie de VIH et 20 ans après le lancement de la riposte mondiale au sida. Il sort l'année durant laquelle les objectifs de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) et de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH doivent être atteints (2010), et quatre ans avant la date fixée pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Ce rapport montre que ces engagements mondiaux ne seront atteints que si les besoins particuliers des jeunes, femmes et hommes, sont pris en compte, et leurs droits humains satisfaits, respectés et protégés. Pour réduire le nombre des nouvelles infections par le VIH chez les jeunes, atteindre les objectifs d'équité plus larges exposés dans les OMD, et commencer à inverser le cours de l'épidémie, les efforts en matière de prévention et de traitement du VIH doivent être adaptés aux besoins spécifiques des jeunes. Il faut aborder la question des obstacles juridiques et politiques qui empêchent les jeunes d'accéder aux services en rapport avec le VIH, et faire en sorte d'impliquer plus efficacement la jeunesse dans la riposte au sida.



Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont au centre de l'épidémie. En 2009, ils représentaient 41% des nouvelles infections à VIH chez les adultes ; cette même année, 5 millions (4 300 000 à 5 900 000) de jeunes, femmes et hommes, vivaient avec le VIH. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables au VIH. En effet, la part disproportionnée des femmes dans les infections à VIH chez les jeunes est de 64% à l'échelle mondiale. De plus, parmi les jeunes, l'accent doit être mis sur les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, car ces populations clés^a sont davantage exposées au risque d'infection par le VIH.

Des signes encourageants montrent que les efforts de prévention du VIH font une différence. Un changement positif observé dans les comportements sexuels, accompagné par une baisse de la prévalence du VIH chez les jeunes dans les pays les plus touchés, prouve l'existence de services et de programmes efficaces. Cela ne doit toutefois pas être un motif d'autosatisfaction. Au lieu de cela, il faut s'appuyer sur ces services et programmes efficaces pour accroître les efforts visant à inverser le cours de l'épidémie chez les jeunes. Ces efforts doivent porter notamment sur la promotion de comportements sexuels responsables, la révision et l'application de politiques respectueuses des droits humains, et l'élimination des obstacles juridiques qui empêchent d'accéder aux services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH. Un ensemble complet de services est nécessaire, comprenant : une disponibilité accrue et une utilisation correcte et systématique des préservatifs ; la mise en œuvre d'une éducation sexuelle complète, éclairée par des données probantes et fondée sur des compétences ; des programmes dans les médias de grande diffusion destinés à influencer sur les normes sociales et culturelles néfastes ; la prestation de services de santé à l'écoute des besoins des jeunes, en ce qui concerne la prévention du VIH ainsi que le traitement et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans les pays, en fonction du contexte épidémique ; la participation entière des jeunes à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes sur le VIH.

a Le terme « populations clés » fait référence aux personnes les plus susceptibles d'être exposées au VIH ou de transmettre le virus. De leur engagement dépend l'efficacité de la riposte au sida : elles sont une clé de l'épidémie et une clé de la riposte. (Source : Guide de terminologie de l'ONUSIDA, 2011). Dans ce document, les populations clés font référence aux professionnel(le)s du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et aux consommateurs de drogues injectables.

Pour que ces efforts aboutissent, il est nécessaire de produire une information stratégique plus spécifique, conforme aux directives de présentation des rapports à l'échelle mondiale, sur l'état de l'épidémie et la riposte à l'épidémie chez les jeunes. Il existe de nombreuses lacunes dans la disponibilité de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes : tous les pays ne rendent pas compte des indicateurs UNGASS avec des données ventilées par âge et par sexe ; l'information stratégique manque, particulièrement en ce qui concerne les jeunes, dans les rapports de situation nationaux sur les programmes VIH ; même si certains pays ont fait état de programmes destinés aux populations clés, il y a souvent peu d'information sur les jeunes au sein de ces populations, et peu d'attention accordée aux réponses programmatiques spécialement destinées à la jeunesse. Cette information stratégique est nécessaire, tant au niveau national qu'au niveau international, pour mieux adapter la riposte à l'épidémie mondiale de VIH, afin d'impliquer davantage les jeunes et de répondre aux besoins propres à leur tranche d'âge.

Malgré une importante prise de conscience du VIH, la connaissance complète du virus et des moyens d'éviter l'infection demeure limitée, même dans les pays qui ont été les plus touchés par l'épidémie. Les objectifs pour 2010 visent à garantir à l'échelle mondiale un accès à des informations permettant à 95% des jeunes de réduire leur vulnérabilité. Pourtant, selon les plus récentes enquêtes de population réalisées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 24% des jeunes femmes et 36% des jeunes hommes seulement ont répondu correctement aux cinq questions portant sur la prévention du VIH et les idées fausses qui entourent la transmission du virus¹. Bien que les jeunes hommes déclarent utiliser davantage le préservatif que les jeunes femmes, il est nécessaire d'en accroître encore l'usage (voir la figure 9, ci-après). En outre, il est nécessaire de modifier les normes sociales et culturelles, afin de faciliter les comportements limitant les risques et d'optimiser la portée et l'impact des services de prévention du VIH, y compris la circoncision masculine.

Pour que la riposte à l'épidémie de sida soit efficace, les services de santé sexuelle et reproductive, y compris les services liés au VIH, doivent être adaptés pour répondre aux besoins particuliers des jeunes. Des différences existent entre les jeunes femmes et les jeunes hommes dans leur vulnérabilité à l'infection par le VIH et dans leur capacité à accéder aux services et programmes disponibles. Les femmes ont souvent moins de contrôle que les hommes sur leur santé reproductive et accèdent dans une moindre mesure aux programmes et services. Par exemple, 49% des jeunes femmes, contre 74% des jeunes hommes, savent que l'utilisation d'un préservatif permet d'éviter l'infection par le VIH¹. Les jeunes femmes doivent prendre conscience de leur droit d'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive et aux services correspondants, et voir leur autonomie renforcée, afin d'assurer le respect, la protection et la satisfaction de leurs droits humains par les gouvernements et autres autorités.

Il ne suffit pas, cependant, de consacrer plus de ressources aux services de prévention du VIH. La couverture des services de prévention de la transmission parentale est faible dans des régions où une grande proportion de jeunes femmes enceintes et de jeunes mères auraient besoin de ces services. Dans certains des pays les plus touchés par le VIH, la faible utilisation du dépistage et des services de conseil par les jeunes laisse penser que ceux-ci ne sont peut-être pas au courant de l'existence de tels services, ou qu'ils n'y ont pas accès. Les obstacles éventuels doivent être éliminés, afin que les jeunes puissent accéder au dépistage et aux services de conseil, pour être ensuite orientés vers des programmes de prévention voire un traitement précoce, si nécessaire.

En outre, les programmes globaux de santé et de bien-être devraient inclure l'accès équitable aux services de dépistage volontaire, de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH².

À la question de la faible utilisation des services s'ajoute le fait que les services de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH ne sont pas spécifiquement orientés vers les jeunes, et que les pays fournissent peu d'informations stratégiques sur l'utilisation par les jeunes de ces services.

Enfin, la faible couverture des programmes sur le VIH fournissant un appui médico-social extérieur aux ménages qui s'occupent d'orphelins ou autres enfants vulnérables est particulièrement préoccupante, en particulier dans les pays les plus touchés par l'épidémie. Bien que l'augmentation de la scolarisation de ces enfants soit un fait encourageant, il faut toutefois faire plus pour répondre à leurs besoins.

Il existe encore des réglementations et des politiques nationales, qui constituent des obstacles pour les jeunes de tous âges dans l'accès aux services de prévention du VIH. En outre, le fait que de nombreux jeunes soient mineurs (l'âge de la majorité étant fixé à 18 ans dans la plupart des pays) peut contribuer à restreindre davantage l'accès aux services de santé et à dissuader les jeunes de les utiliser. Les actions visant à réévaluer et à réduire ces obstacles politiques et juridiques sont essentielles à la réussite des programmes sur le VIH destinés aux jeunes.

Un engagement politique insuffisant et des ressources financières limitées empêchent les gouvernements nationaux de fournir suffisamment de ressources et de services pour les jeunes, dans les secteurs de l'éducation et de la santé, ainsi que dans d'autres secteurs de développement. Alors que les jeunes peuvent être considérés comme une population prioritaire, il sera peut-être impossible de répondre à leurs besoins particuliers en matière de prévention du VIH, sans affecter des fonds à des programmes de santé destinés spécifiquement à cette population. Les jeunes doivent être une population prioritaire pour les décideurs politiques.

Pour aller de l'avant, la Déclaration politique sur le VIH/sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2011 appelle les États membres des Nations Unies (ONU) à accentuer leurs efforts en vue de réduire la transmission sexuelle du VIH, en encourageant et en soutenant



la participation active et le leadership des jeunes, y compris ceux qui vivent avec le VIH, dans la lutte contre l'épidémie aux niveaux local, national et mondial, et à accepter de travailler avec ces nouveaux leaders pour élaborer des mesures spécifiques visant à mobiliser les jeunes sur la question du VIH, notamment dans les collectivités, les familles, les écoles, les institutions tertiaires, les centres de loisirs et les lieux de travail.^b

La « Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 : Objectif : zéro », « Une action conjointe en vue de résultats : Cadre de résultats de l'ONUSIDA (2009-2011) » et l'« Étude de viabilité 2009-2011 dans les domaines prioritaires de l'ONUSIDA » concernant les jeunes, constituent autant d'occasions de se concentrer sur des programmes efficaces pour les jeunes, d'intensifier ces programmes, et de créer des liens entre les partenaires impliqués dans la riposte au sida. Un ensemble complet, intégré et multisectoriel de services de prévention, de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH destinés aux jeunes est nécessaire pour riposter efficacement à l'épidémie de sida et atteindre les OMD. Ceci ne peut se faire qu'avec une participation importante des jeunes à la riposte, en tant que leaders d'un mouvement lancé par et pour les jeunes.

b Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifions nos efforts pour éliminer le VIH/sida, adoptée par l'Assemblée générale le 10 juin 2011.



1. Introduction

ENGAGEMENTS MONDIAUX

Dix années ont passé depuis la tenue de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) et l'adoption à l'unanimité par les États membres des Nations Unies (ONU) de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida³. Cet engagement a été renouvelé cinq ans plus tard avec la Déclaration politique sur le VIH/sida⁴. Les États membres signataires ont convenu de poursuivre leur engagement à traiter le problème de la hausse du taux de nouvelles infections à VIH chez les jeunes et à mettre en œuvre des programmes complets de prévention du VIH éclairés par des données probantes, qui encouragent : des pratiques sexuelles responsables, notamment par l'utilisation de préservatifs ; des programmes éducatifs sur le VIH éclairés par des données probantes et fondés sur des compétences, dans les médias de grande diffusion, les écoles et d'autres contextes ; la prestation de services de santé sexuelle et reproductive à l'écoute des besoins des jeunes, y compris des services en rapport avec le VIH.

En 2000, mus par une volonté partagée de rendre le monde plus sain, plus sûr et plus équitable, les dirigeants du monde entier ont également adopté une série d'Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Parmi ces huit objectifs de lutte contre la pauvreté figurent l'OMD 6, qui vise, d'une part, à enrayer la propagation du VIH/sida et à inverser le cours de l'épidémie mondiale d'ici 2015, et, d'autre part, à assurer l'accès universel aux traitements contre le VIH à l'horizon 2010⁵. Atteindre les jeunes avec des programmes complets de prévention fondés sur des données probantes est essentiel pour atteindre cet objectif. En 2005, les gouvernements nationaux ont approuvé une collaboration avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations internationales, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre un ensemble complet de programmes de prévention, de traitement et de prise en charge médico-sociale du VIH, afin de réaliser l'accès universel aux traitements à l'horizon 2010⁶.

Dans la récente Déclaration politique sur le VIH/sida intitulée « Intensifions nos efforts pour éliminer le VIH/sida », adoptée par les Nations Unies le 10 juin 2011, les États membres de l'ONU se sont réengagés à œuvrer pour réduire la transmission sexuelle du VIH de 50% d'ici 2015, y compris chez les jeunes. Cela prendra la forme d'un ensemble complet d'informations, de compétences, de services et de produits en rapport avec la santé sexuelle et reproductive, dans un contexte sûr et favorable, adapté à chaque pays et à chaque contexte épidémique.

La « Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 : Objectif : zéro » contient une série d'objectifs ambitieux mais réalisables dans le cadre de la riposte mondiale au sida sur les cinq prochaines années. Les jeunes ont une place importante dans cette stratégie⁷. Le volet prévention de la stratégie de l'ONUSIDA vise à réduire la transmission sexuelle du VIH de 50%, notamment chez les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes exposées à la transmission à travers le commerce du sexe. La stratégie vise également à ramener la transmission parentale du VIH à moins de 5%, à diminuer de 50% les décès maternels liés au sida, et à éviter toute nouvelle infection par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Le volet traitement et appui médico-social de la stratégie de l'ONUSIDA reconnaît que les besoins des jeunes vivant avec le VIH sont sous-estimés et largement insatisfaits⁷. La Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida de l'OMS⁸, qui est fortement alignée sur la stratégie de l'ONUSIDA, expose la contribution du secteur de la santé pour atteindre ces objectifs.

Les objectifs se sont dégagés du Cadre de résultats de l'ONUSIDA (2009–2011)⁹, qui a orienté le travail du Programme depuis 2009. Le Cadre de résultats, qui recense 10 domaines prioritaires représentant des composantes essentielles de la riposte mondiale au VIH, décrit les contraintes sociales, politiques et structurelles qui limitent les résultats, et met l'accent sur les domaines dans lesquels les pays et les partenaires internationaux pourraient faire une différence significative. Pour chaque domaine prioritaire du Cadre de résultats de l'ONUSIDA, il a été prévu qu'une étude de viabilité soit menée par un groupe de travail interinstitutionnel, pour guider et compléter l'action au niveau national.

Dans l'Étude de viabilité 2009–2011 de l'ONUSIDA¹⁰ réalisée pour le domaine prioritaire du Cadre de résultats intitulé « Nous pouvons donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH », l'objectif est une diminution de 30% des nouvelles infections chez les jeunes, contribuant ainsi à l'objectif global fixé par l'ONUSIDA d'une diminution de 50% de la transmission sexuelle du VIH d'ici 2015^{7,10}. Dans l'étude de viabilité figurent les trois résultats ambitieux suivants, qui permettent d'avancer vers la réalisation de l'objectif global.

- ▶ Au moins 80% des jeunes, scolarisés ou non, auront une connaissance complète du VIH
- ▶ L'utilisation du préservatif par les jeunes lors de leur dernier rapport sexuel va doubler
- ▶ La fréquentation des services de dépistage du VIH et de conseil va doubler

Dans l'Étude de viabilité 2009-2011 de l'ONUSIDA, 17 pays (Botswana, Brésil, Côte d'Ivoire, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Ukraine, République-Unie de Tanzanie, Vietnam, Zambie, Zimbabwe) ont été identifiés comme pays prioritaires pour une assistance technique intensive et complète, en raison du grand nombre de jeunes qui, dans ces pays, vivent avec le VIH ou ont un risque d'infection très élevé. Ces pays reflètent la diversité des situations épidémiques. Le fait de se concentrer sur trois résultats ambitieux et mesurables devant être atteints fin 2011 pour arriver à une diminution de 30% des nouvelles infections, aidera les pays à remplir leurs engagements envers les jeunes¹⁰.

L'implication et la mobilisation des jeunes dans le cadre de la riposte mondiale au sida participent aux objectifs stratégiques de l'ONUSIDA pour 2015. Répondre aux besoins des jeunes ne se traduira pas seulement par une diminution de la transmission sexuelle du VIH, mais contribuera également à d'autres objectifs de la stratégie de l'ONUSIDA, notamment : l'élimination de la transmission parentale du VIH et la diminution de la mortalité maternelle liée au sida ; la prévention des nouvelles infections chez les consommateurs de drogues ; la réalisation de l'accès universel aux traitements antirétroviraux ; la diminution des décès causés par la tuberculose (TB) ; une moindre tolérance de la violence sexiste ; la disparition progressive des lois et pratiques répressives ; la prise en compte des besoins des jeunes femmes par rapport au VIH dans les actions nationales⁷.

FOCALISATION SUR LES JEUNES

Ces engagements mondiaux ne seront atteints que si les besoins des jeunes sont pris en compte, et leurs droits humains satisfaits, respectés et protégés. Les jeunes, qui sont au centre de l'épidémie de VIH, doivent participer aux actions visant à inverser le cours de l'épidémie et à atteindre des objectifs d'équité plus larges.

En 2009, les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentaient 41% des nouvelles infections par le VIH chez les adultes, et 5 millions (4 300 000 à 5 900 000) de jeunes vivaient avec le VIH^c. Par ailleurs, plus de la moitié de toutes les infections sexuellement transmissibles (IST) autres que le VIH se produisent chez les jeunes¹¹. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, qui représentent 64% des infections à VIH chez les jeunes dans le monde, constituent un groupe important et particulièrement vulnérable³.

Les jeunes, femmes et hommes, se heurtent souvent à des difficultés sexospécifiques lorsqu'ils veulent accéder à des programmes de santé sexuelle et reproductive proposant des informations, des connaissances, des services, des produits et le soutien social nécessaires pour se prémunir du VIH et des autres

c Estimations non publiées issues du Rapport 2010 de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida.

IST^{9,14}. Lorsque de tels services sont disponibles, des restrictions juridiques ou politiques liées à l'âge peuvent limiter leur utilisation. Les jeunes professionnel(le)s du sexe, les jeunes consommateurs de drogues injectables et les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sont souvent confrontés à une stigmatisation supplémentaire. Dans certains pays, ces difficultés pour accéder aux programmes et aux services en rapport avec le VIH sont aggravées par le fait que de telles activités sont illégales¹⁴.

Pour atteindre l'objectif d'une diminution de 30% des nouvelles infections à VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, il est nécessaire de redynamiser les efforts de prévention, afin de toucher cette tranche d'âge plus efficacement avec des programmes adaptés aux sous-groupes concernés. Cela inclut les jeunes de la population générale et des populations clés dans les situations d'épidémie généralisée, avec un accent particulier sur les jeunes femmes et les jeunes des populations clés dans un contexte d'épidémie concentrée ou peu active.

Des associations efficaces de mesures de prévention sont nécessaires pour répondre aux besoins des jeunes. Il s'agit notamment des approches biomédicales comme l'usage du préservatif, la circoncision masculine, le traitement antirétroviral et la prévention de la transmission parentale. Les jeunes consommateurs de drogues injectables ont également besoin d'un ensemble complet de services de réduction des risques, comprenant notamment des traitements de substitution des opioïdes, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, ainsi que la prévention et le dépistage des hépatites virales^{15,16}. Tous ces services doivent être planifiés, budgétisés et conçus de sorte que les jeunes puissent y avoir accès. Les stratégies comportementales, qui font partie d'une approche globale destinée aux jeunes, doivent encourager le report des premiers rapports sexuels, insister sur une réduction du nombre de partenaires, et encourager le recours aux services de dépistage volontaire du VIH et de conseil, sans avoir à se soucier d'éventuelles sanctions. Les services de santé qui offrent ces programmes ont souvent besoin d'être adaptés pour répondre aux besoins des jeunes. Ces adaptations comprennent notamment : une formation spécialisée pour les professionnels de santé et les autres intervenants ; une modification des installations pour favoriser l'accès aux services et leur utilisation ; des actions pour sensibiliser la collectivité aux besoins des personnes, en particulier des jeunes, qui vivent avec le VIH¹⁵. Enfin, les programmes structurels, qui visent notamment à accroître la scolarisation et la persévérance scolaire, les programmes de renforcement de l'autonomie économique, les changements apportés à l'environnement juridique et politique en ce qui concerne les jeunes, et les efforts destinés à faire régresser la stigmatisation et la discrimination, sont autant d'éléments de la démarche de prévention.

SYNERGIE DES EFFORTS – UNE OPPORTUNITÉ MAJEURE POUR LA RÉPONSE APPORTÉE AUX JEUNES

Bien que l'OMD 6 traite spécifiquement de l'épidémie de VIH, une riposte efficace au sida contribuera également à la réalisation des autres OMD. De la même façon, les programmes amenant des progrès par rapport aux sept autres OMD favoriseront les progrès vers la réalisation de l'OMD 6. Par exemple, le fait de doter les jeunes de connaissances et de compétences psychosociales en matière de santé sexuelle et reproductive peut contribuer à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes (OMD 3). Les efforts déployés pour améliorer la connaissance des droits des femmes pourront donner aux jeunes femmes un pouvoir plus important pour négocier leurs rapports sexuels et réduire ainsi leur exposition au VIH. Les efforts destinés à émanciper les femmes contribuent également à lutter contre la violence sexuelle et la violence domestique, qui non seulement augmentent les risques d'infection par le VIH, mais empêchent aussi les femmes d'accéder aux services de dépistage, de conseil et de traitement en rapport avec le VIH ainsi qu'à d'autres services de santé¹⁷. Soutenir les efforts visant à garantir que le droit à l'éducation est satisfait, protégé et respecté, conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme (OMD 2), contribue à assurer la scolarisation et la persévérance scolaire des filles. Cela a ensuite un effet sur le report des grossesses, l'amélioration des résultats en matière d'infections à VIH et de santé maternelle et infantile, et l'émancipation économique et politique des femmes.

Les efforts déployés pour augmenter l'âge des premiers rapports sexuels et fournir aux femmes un accès aux services de santé ainsi qu'à des méthodes permettant de se protéger du VIH et des grossesses non désirées, contribueront à réduire la mortalité maternelle. En Afrique subsaharienne, 9% des décès maternels en 2008 étaient dus

au VIH¹⁸ ; par conséquent, les efforts pour lutter contre le VIH se traduiront probablement par une diminution de la mortalité maternelle (OMD 5). Aborder les questions de santé maternelle avec les jeunes femmes contribuera à la réalisation d'objectifs de développement plus larges¹⁹.

L'OMD 5 comprend également l'accès universel aux services de santé reproductive. Les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans, mariées ou non, peuvent être sexuellement actives, tout en rencontrant des difficultés pour accéder aux services de planification familiale, bien que l'accès à ces services soit un élément essentiel des efforts de prévention du VIH²⁰. Les grossesses non désirées font également peser une menace sur la santé et le bien-être des jeunes femmes. Près de 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans accouchent chaque année dans le monde. Or, de nombreux problèmes de santé aux conséquences néfastes sont liés aux grossesses pendant l'adolescence²¹. L'intégration des services en rapport avec le VIH aux services de santé sexuelle et reproductive peut améliorer la santé et le bien-être des jeunes, et des jeunes femmes en particulier. Dans une période de ressources limitées aux priorités changeantes, l'intégration des programmes se traduira probablement par une plus grande viabilité des actions.

RAISON D'ÊTRE ET VUE D'ENSEMBLE DU RAPPORT

Ce rapport paraît 30 ans après le début de l'épidémie de VIH et 20 ans après le lancement de la riposte mondiale au sida. L'année de sa publication coïncide également avec l'année où les objectifs de l'UNGASS et de l'accès universel sont censés être atteints, et quatre ans avant la date fixée pour la réalisation des OMD (encadré 1). Les progrès accomplis vers la réalisation de ces objectifs mondiaux seront réexaminés et évalués cette année. À ce moment crucial – l'ONU a déclaré l'Année internationale de la jeunesse, d'août 2010 à août 2011 – il est possible de fournir à de nouveaux jeunes leaders des occasions pour réclamer et soutenir des efforts visant à réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge médico-sociale du VIH, ainsi que les OMD.

Le Rapport 2010 de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida présente les dernières informations stratégiques disponibles sur l'épidémie mondiale de VIH et sur les actions menées pour y riposter²². Alors que le rapport de 2010 ne contient pas de section consacrée aux jeunes, ce rapport de synthèse se concentre spécifiquement sur cette population. Il présente un examen et une analyse approfondis des rapports de situation nationaux 2010 sur les indicateurs UNGASS et des informations stratégiques. Il se penche de plus près sur les questions qui sont les éléments clés de l'Étude de viabilité 2009-2011 de l'ONUSIDA sur les jeunes¹⁰, et inclut d'autres sources de données telles que le Bilan de la situation en 2010, publié par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)²³. Sauf indication contraire, les informations présentées dans ce rapport proviennent des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS 2010²⁴ et des données relatives aux indicateurs transmises dans le cadre de ces rapports. Il contient également des informations supplémentaires issues d'analyses non publiées des données de l'UNGASS 2010, ainsi que les résultats d'études spéciales. Ce rapport se concentre sur la prévention, mais il évalue aussi brièvement la disponibilité pour les jeunes de l'information stratégique sur les traitements et la prise en charge médico-sociale du VIH.

Ce rapport couvre les informations stratégiques concernant les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Il permet de comprendre la prévalence du VIH, décrit l'utilisation des services de prévention, rend compte du degré de connaissance de l'infection, et décrit les comportements des jeunes qui ont un impact sur la propagation du virus (section 2). Le rapport comprend un examen des rapports sur les indicateurs UNGASS concernant les jeunes par région, ainsi qu'un examen de la situation de l'épidémie et de la riposte chez les jeunes, basé sur les informations stratégiques des rapports UNGASS 2010 (section 3). Il examine également les politiques et les dépenses des pays, en ce qui concerne les programmes sur le VIH destinés aux jeunes (section 4). Dans les aperçus régionaux (section 5), l'accent est mis sur les pays prioritaires identifiés dans l'Étude de viabilité de l'ONUSIDA concernant les jeunes, et sur les indicateurs qui seront utilisés pour évaluer la réalisation des trois objectifs ambitieux contenus dans l'Étude de viabilité 2009-2011.

Encadré 1 : Objectifs mondiaux

Objectifs de l'UNGASS (à l'horizon 2010)

- ▶ Réduire la prévalence du VIH chez les jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, de 25% d'ici à 2005 dans les pays les plus touchés et de 25% à l'échelle mondiale d'ici à 2010 (para. 47).
- ▶ D'ici à 2005, veiller à ce qu'au moins 90% et d'ici à 2010 au moins 95% des jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, aient accès à l'information, à l'éducation, y compris l'éducation par les pairs et l'éducation concernant le VIH axée sur les jeunes, et aux services nécessaires pour acquérir les aptitudes requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH, en pleine collaboration avec les jeunes, les parents, les familles, les éducateurs et les prestataires de soins de santé (para. 53).

Déclaration politique sur le VIH/sida (d'ici 2015)

- ▶ S'engager à œuvrer pour réduire de 50% d'ici à 2015 le taux de transmission du VIH par voie sexuelle (para. 62)

OMD concernant le VIH (d'ici 2015)

- ▶ Stopper et commencer à inverser la propagation du VIH/sida (en utilisant comme indicateur la prévalence chez jeunes âgés de 15 à 24 ans) (para. 18).

Sources : Résolution 26/2. Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Dans : Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. New York, Nations Unies, 2001. Résolution 65/277. Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : Intensifions nos efforts pour éliminer le VIH/sida. Dans : Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. New York, Nations Unies, 2011. Résolution 55/2. Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Dans : Cinquante-cinquième session de l'Assemblée générale des Nations Unies. New York, Nations Unies, 2000.

Dans le cadre de l'objectif annoncé d'une diminution des nouvelles infections à VIH chez les jeunes d'ici 2015, l'ONUSIDA vise à renforcer la disponibilité et l'utilisation d'informations stratégiques en collectant, rassemblant et diffusant de meilleures données ventilées (principalement par âge et par sexe) sur les jeunes et le VIH ; ces données serviront à leur tour à élaborer et à améliorer des initiatives⁸. On espère que ce rapport contribuera à cet objectif.

Ce rapport s'adresse principalement aux administrateurs de programmes et aux décideurs des ministères, aux administrateurs des programmes nationaux contre le VIH, à la société civile (notamment les organisations servant la jeunesse et dirigées par des jeunes), aux membres des Équipes communes des Nations Unies sur le sida, aux donateurs, aux jeunes, femmes et hommes, ainsi qu'aux autres partenaires qui œuvrent au niveau national et international pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes.

Ce rapport donne une vue d'ensemble des rapports portant sur 18 indicateurs UNGASS relatifs aux jeunes et offre un résumé des principales conclusions issues des informations stratégiques rapportées par les pays. Les informations stratégiques spécifiques aux jeunes contenues dans ce rapport visent à orienter les politiques et les programmes, dans l'optique d'une génération sans sida.

MÉTHODOLOGIE

La synthèse des informations stratégiques présentée ici est basée sur les données des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS 2010^d. Des analyses statistiques simples des pourcentages des indicateurs UNGASS qui concernent directement ou indirectement les jeunes ont été rassemblées, analysées et triangulées avec des informations stratégiques issues des parties explicatives (notamment l'Indice composite des politiques nationales, ICPN), des rapports de situation nationaux et des conclusions d'études spéciales. En outre, les informations stratégiques provenant d'autres sources de données ont été utilisées, telles que le Rapport sur l'épidémie

d Les Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS 2010 peuvent être téléchargés à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/>

mondiale de sida 2010 de l'ONUSIDA, AIDSinfo Online^{25,e}, les Enquêtes démographiques et sanitaires de Measure, ainsi qu'un rapport sur l'analyse des plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida.

Beaucoup de ces indicateurs proviennent d'enquêtes et comprennent des chiffres issus d'enquêtes reconnues internationalement, comme les Enquêtes démographiques et sanitaires de Measure, les Enquêtes sur les indicateurs du sida, les Enquêtes à indicateurs multiples, et d'autres enquêtes réalisées par les pays. Ainsi, les comparaisons entre régions doivent être effectuées avec prudence, étant donné les différences possibles dans les méthodes d'échantillonnage et la conception des questionnaires. Les indicateurs portant sur les populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables) sont obtenus à partir d'enquêtes de surveillance comportementale^f. Ces enquêtes sont souvent réalisées sur des échantillons de commodité dans les zones de recrutement des programmes urbains. Par conséquent, les données sur la couverture des services et les comportements à risque doivent être examinées avec une attention particulière, dans la mesure où elles sont susceptibles d'être faussées. En particulier, les enquêtes réalisées dans les populations clés ne peuvent pas être généralisées et considérées comme étant représentatives au niveau national ; de plus, les comparaisons entre pays sont limitées en raison de différences inhérentes aux groupes qui participent à ces enquêtes.

Les informations contenues dans le présent rapport portent sur les neuf régions citées dans le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010 de l'ONUSIDA. Dans les aperçus régionaux présentés dans la section 5, la préférence est accordée aux données provenant d'enquêtes reconnues internationalement.

RAPPORTS UNGASS SUR LE VIH

Selon les termes de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, les 192 États membres de l'ONU ont convenu de rédiger un rapport sur un ensemble de 25 indicateurs UNGASS de base, afin de suivre les progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements tous les deux ans²⁶. Les pays rendent compte de ces indicateurs de base, qui mesurent les progrès réalisés dans trois domaines : l'engagement et l'action au niveau national ; les connaissances et les comportements ; l'impact des programmes. Cinq des indicateurs UNGASS mesurent également les progrès accomplis vers la réalisation des OMD.

En 2010, 182 pays sur 192 (94%) ont communiqué des données portant sur une partie au moins des 25 indicateurs UNGASS de base. Cela représente une augmentation par rapport à 2008, 153 pays ayant remis un rapport cette année-là.

Sur un total de 25 indicateurs de base, 18 indicateurs s'appliquent aux jeunes, dont 4 qui les concernent directement. Ces quatre indicateurs sont : le pourcentage d'écoles qui offrent un apprentissage des compétences psychosociales ; la connaissance complète du VIH ; l'âge des premiers rapports sexuels ; la prévalence du VIH. Deux indicateurs concernent les orphelins et autres enfants vulnérables, y compris les enfants âgés de 10 à 14 ans (pour la fréquentation scolaire) et ceux âgés de moins de 18 ans (pour le soutien au ménage). Les 12 autres indicateurs concernent les adultes âgés de 15 à 49 ans, mais les pays sont censés ventiler les indicateurs par âge (15-24 ans, moins de 25 ans) et par sexe pour l'établissement des rapports (encadré 2).^g En plus de ces indicateurs, l'ICPN comporte des questions spécifiques sur les politiques et les programmes destinés aux jeunes.

e AIDSinfo est un outil de visualisation et de diffusion des données, qui a pour but de faciliter l'utilisation des données relatives au sida par les pays et à l'échelle mondiale. AIDSinfo est alimenté avec des données multisectorielles sur le VIH provenant de sources diverses, notamment l'OMS, l'UNICEF, l'ONUSIDA et les Enquêtes démographiques et sanitaires de Measure. Les données fournies par l'ONUSIDA portent sur les dépenses consacrées aux programmes de lutte contre le sida, les estimations épidémiologiques, les politiques, les stratégies et les législations. Elles incluent également d'autres données nationales transmises par les gouvernements et la société civile.

f a surveillance comportementale consiste à collecter de manière systématique et continue des données sur des maladies ou des comportements à risque liés à l'état de santé, dans le but de comparer sur la durée l'évolution des comportements avec celle des maladies.

g Bien que les indicateurs relatifs aux traitements du VIH et de la tuberculose (TB) doivent distinguer les enfants (âgés de moins de 15 ans) et les adultes (âgés de plus de 15 ans), ils reflètent en grande partie le traitement des enfants, plus que le traitement des jeunes, et ne figurent donc pas dans l'encadré 2.

Encadré 2 : Indicateurs UNGASS de base pour les rapports 2010

Indicateurs UNGASS relatifs aux jeunes :

Dépenses :

- ▶ Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

Indicateurs UNGASS faisant directement référence aux jeunes, aux orphelins et autres enfants vulnérables

Programmes nationaux

- ▶ 10. Pourcentage d'enfants orphelins et autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge
- ▶ 11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Connaissances et comportements :

- ▶ 12. Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans
- ▶ 13. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus[†]
- ▶ 15. Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Impact :

- ▶ 22. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH

Indicateurs UNGASS à ventiler par âge et par sexe

Programmes nationaux

- ▶ 7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- ▶ 8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- ▶ 9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque[‡], de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre

Connaissances et comportements

- ▶ 14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus
- ▶ 16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois
- ▶ 17. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
- ▶ 18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
- ▶ 19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin
- ▶ 20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel
- ▶ 21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue

Impact

- ▶ 23. Pourcentage des populations les plus à risque[‡] qui sont infectées par le VIH

[†] C'est ce qu'on appelle avoir une connaissance exacte et complète du VIH, ce qui implique de pouvoir identifier précisément les moyens d'éviter la transmission sexuelle du virus, à savoir, utiliser un préservatif lors de chaque rapport sexuel et limiter les rapports à un partenaire fidèle et non infecté. Quant aux principales idées fausses concernant la transmission du VIH, la personne doit savoir qu'une personne qui semble en bonne santé peut transmettre le VIH et doit rejeter les deux idées fausses les plus répandues localement (par exemple : Peut-on contracter le VIH par les piqûres de moustiques ? Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne qui vit avec le virus ? Peut-on contracter le VIH en serrant dans ses bras une personne qui vit avec le virus ou en lui serrant la main ? Une personne peut-elle contracter le VIH par des moyens surnaturels ?).

[‡] Les indicateurs pour les populations plus exposées au risque d'infection doivent également être ventilés par catégorie, à savoir, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et professionnel(le)s du sexe.

Source : Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida : Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base : établissement des rapports 2010 Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2009.



2. L'épidémiologie du VIH et les jeunes

CONNAÎTRE SON ÉPIDÉMIE

L'impact de l'épidémie de VIH sur les jeunes, le risque d'infection et la vulnérabilité à l'infection dans cette population, varient énormément d'une région à l'autre ainsi qu'à l'intérieur d'un même pays. Comprendre la nature de l'épidémie et la manière dont elle touche les jeunes est une première étape importante dans la définition d'une riposte appropriée. Les épidémies peuvent être classées selon trois types différents²⁷ :

- ▶ Dans les **épidémies peu actives** (épidémies à faible prévalence ou de bas niveau), le VIH ne s'est propagé dans aucune sous-population de manière significative. Une épidémie peu active indique, soit que les réseaux de risque sont diffus (changements de partenaires sexuels ou utilisation de matériel d'injection non stérile peu fréquents), soit que le virus n'a été introduit que très récemment. Dans une situation d'épidémie peu active, il est nécessaire de recueillir des informations essentielles sur les populations clés, et ce, d'une manière sérieuse et conforme à l'éthique. Pour planifier la prévention, il est primordial d'effectuer une étude empirique des comportements à risque, des réseaux et d'autres facteurs fournissant une information sur le risque de propagation du VIH, par exemple le taux des autres infections sexuellement transmissibles²⁸.
- ▶ Dans les **épidémies concentrées**, la prévalence du VIH est suffisamment élevée (supérieure à 5%) dans une ou plusieurs sous-populations, par exemple les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables ou les professionnel(le)s du sexe, pour entretenir l'épidémie dans cette sous-population. Cependant, la prévalence est habituellement faible dans la population générale. Le cours d'une épidémie de ce type sera déterminé par : la taille de la ou des sous-populations vulnérables ; la fréquence et la nature des liens entre ces sous-populations et la population générale ; la capacité à répondre aux besoins des personnes touchées et très vulnérables. Pour connaître son épidémie, il est nécessaire de comprendre la dynamique de la transmission du VIH dans les populations touchées, ainsi que les interactions entre ces groupes et d'autres groupes, d'une part, et la population dans son ensemble, d'autre part. Il s'agit là d'une priorité pour éviter que l'épidémie ne se répande dans la population générale d'un pays²⁸.
- ▶ Dans les **épidémies généralisées**, la prévalence du VIH rapportée est supérieure à 1% chez les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales, ce qui signifie que la présence du VIH dans la population générale est suffisamment élevée pour que les réseaux sexuels alimentent l'épidémie. Dans ces scénarios épidémiologiques, la transmission du VIH au sein des couples sérodifférents^h et les rapports avec des partenaires multiples représentent la majorité des nouvelles infections. Les sous-populations clés, telles que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, restent exposées au risque d'infection par le VIH, en fonction du degré d'utilisation des préservatifs et d'autres moyens de protection. Cependant, les comportements de certaines sous-populations chez qui le risque d'infection est relativement faible (par exemple, les jeunes célibataires, les femmes et les hommes mariés qui ne fréquentent pas régulièrement les professionnel(le)s du sexe ou qui n'ont pas de partenaires multiples) sont responsables de la plus grande part des nouvelles infections²⁸.

Les épidémies de VIH sont complexes, et le rôle des jeunes dans les situations d'épidémie généralisée, concentrée ou peu active, doit être pris en compte lors de la planification des actions contre le sida. Pour une riposte efficace dans les environnements où un grand nombre de nouvelles infections à VIH se produisent chez les jeunes, des investissements doivent être réalisés dans des programmes destinés spécifiquement à cette population. Il ne suffit pas de croire que les programmes sur le VIH destinés à la population générale ou aux populations clés permettront d'apporter une réponse adéquate aux besoins des jeunes au sein de ces populations. En outre, les jeunes femmes et les jeunes hommes sont confrontés à des problèmes différents. Les comportements qui exposent au risque d'infection sont différents pour les jeunes femmes et pour les jeunes hommes, et il en est de même des facteurs profonds qui sous-tendent ces comportements. Les jeunes femmes et les jeunes hommes peuvent avoir à faire face à obstacles différents en ce qui concerne l'accès aux services et programmes en rapport avec le VIH. Par conséquent, les programmes destinés aux jeunes doivent être sensibles et réceptifs aux différences entre les sexes et tenir compte de l'âge de la population cible.

^h Un des partenaires est séropositif et l'autre est séronégatif.

ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE DU VIH

La prévalence du VIH est le pourcentage de la population vivant avec le virus, alors que l'incidence du VIH reflète le nombre de nouveaux cas sur une certaine période. Dans les pays aux épidémies généralisées, les données de prévalence sont généralement obtenues, soit à partir des tests de dépistage effectués sur les femmes enceintes lors des consultations prénatales dans le cadre de la surveillance sentinelle nationale du VIHⁱ, soit par le biais d'enquêtes nationales comportant des tests de prévalence du VIH. En l'absence d'un moyen fiable et direct pour dépister les infections récentes, ce qui permet d'estimer l'incidence du VIH, l'évolution de la prévalence chez les jeunes femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans peut être utilisée comme une approximation de l'évolution de l'incidence²⁹. La prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans est donc un indicateur clé pour suivre les progrès accomplis par rapport aux objectifs internationaux²⁶. L'utilisation de la prévalence chez les jeunes femmes suppose que celles-ci sont sexuellement actives depuis peu, et que les infections sont donc plus récentes. En outre, comme les infections chez les jeunes sont plus récentes, les estimations sont moins susceptibles d'être influencées par la mortalité ou par la prise d'un traitement antirétroviral ayant pour effet de prolonger la vie.

Pour compléter les données issues des consultations prénatales, un nombre croissant de pays ont inclus le dépistage du VIH et les services de conseil dans les enquêtes de population telles que les Enquêtes démographiques et sanitaires de Measure ou les Enquêtes sur les indicateurs du sida^j. Par ailleurs, pour les épidémies concentrées et certaines épidémies généralisées, les pays réalisent habituellement des enquêtes de surveillance biocomportementale intégrées^k, ou effectuent éventuellement une surveillance sentinelle ou des enquêtes spéciales dans les populations clés plus exposées au risque d'infection par le VIH. Les données sur les jeunes appartenant aux populations clés sont importantes pour le suivi des actions, car elles sont un indicateur de l'incidence dans ces populations³⁰.

Non seulement ces données sur les jeunes fournissent une approximation de l'incidence du VIH, mais elles permettent également d'évaluer l'impact de l'épidémie sur cette population dans différents contextes. Les estimations nationales de prévalence du VIH chez les jeunes mentionnées ici sont disponibles dans le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010 de l'ONUSIDA²².

APERÇU MONDIAL

Les jeunes sont en train de mener la révolution de la prévention en prenant des mesures définitives pour se protéger du VIH. Des analyses récentes, qui figurent dans le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010 de l'ONUSIDA, indiquent que, dans certains pays les plus touchés par le VIH, les jeunes attendent plus longtemps avant de débiter leur vie sexuelle, choisissent d'avoir moins de partenaires et utilisent des préservatifs. Plus important encore, entre 2000 et 2008, la prévalence du VIH chez les jeunes a chuté de plus de 25% dans 15 des pays les plus durement touchés par l'épidémie²⁹. Le renforcement de ces tendances positives requiert de la part des pays qu'ils se concentrent davantage sur les jeunes et qu'ils investissent dans cette population. Les jeunes doivent aussi être à la pointe de cette révolution pour emmener et renforcer le mouvement, et contribuer non seulement à la riposte au sida, mais également à la réalisation des OMD.

Selon le rapport de l'UNICEF paru en 2011 et intitulé *Tirer parti de la crise : prévenir le VIH du début de l'adolescence au début de l'âge adulte*, 5 millions (4 300 000 à 5 900 000) de jeunes vivaient avec le

i La surveillance sentinelle est une surveillance basée sur des échantillons choisis pour refléter le vécu de groupes de population particuliers. Le but de la surveillance sentinelle du VIH est de surveiller les niveaux d'infection dans certaines populations, soit parce qu'elles ont un intérêt particulier au regard de l'épidémie, soit parce qu'elles sont représentatives d'une population plus large.

j Les données de prévalence du VIH et d'autres données de ces enquêtes représentatives au niveau national peuvent être consultées sur le site web de Measure DHS : <http://www.measuredhs.com/hivdata/>

k La surveillance comportementale consiste à collecter de manière systématique et continue des données sur des maladies ou des comportements à risque liés à l'état de santé, dans le but de comparer sur la durée l'évolution des comportements avec celle des maladies. Dans la surveillance biologique, les échantillons sont collectés et testés pour le VIH et d'autres maladies connexes, telles que les infections sexuellement transmissibles (IST) et la tuberculose

VIH dans le monde en 2009 (tableau 2.1). Selon les estimations, 2,7 millions (2 400 000 à 3 200 000) de ces jeunes vivent en Afrique orientale et australe, et 1,1 million (900 000 à 1 500 000) vivent en Afrique occidentale et centrale. La majorité (plus de 76%) des jeunes vivant avec le VIH se trouvent en Afrique subsaharienne. À l'échelle mondiale, près des deux tiers des jeunes vivant avec le VIH sont des femmes²³.

Tableau 2.1 : Jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH, 2009.

Région	Femmes (estimation basse- estimation haute)	Hommes (estimation basse- estimation haute)	Total (estimation basse- estimation haute)
Afrique orientale et australe	1.900.000 (1.700.000-2.300.000)	780.000 (670.000-930.000)	2.700.000 (2.400.000-3.200.000)
Afrique occidentale et centrale	800.000 (640.000-1.100.000)	340.000 (260.000-450.000)	1.100.000 (900.000-1.500.000)
Moyen-Orient et Afrique du Nord	62.000 (48.000-84.000)	32.000 (26.000-41.000)	94.000 (73.000-120.000)
Asie du Sud	150.000 (130.000-170.000)	170.000 (150.000-210.000)	320.000 (280.000-380.000)
Asie de l'Est et Pacifique	83.000 (49.000-107.000)	100.000 (56.000-128.000)	180.000 (100.000-230.000)
Amérique latine et Caraïbes	120.000 (94.000-150.000)	130.000 (91.000-240.000)	250.000 (190.000-390.000)
Europe centrale et orientale/ Communauté des États indépendants	52.000 (44.000-59.000)	29.000 (25.000-33.000)	81.000 (69.000-92.000)
Monde	3.200.000 (2.900.000-3.900.000)	1.700.000 (1.400.000-1.900.000)	5.000.000 (4.300.000-5.900.000)

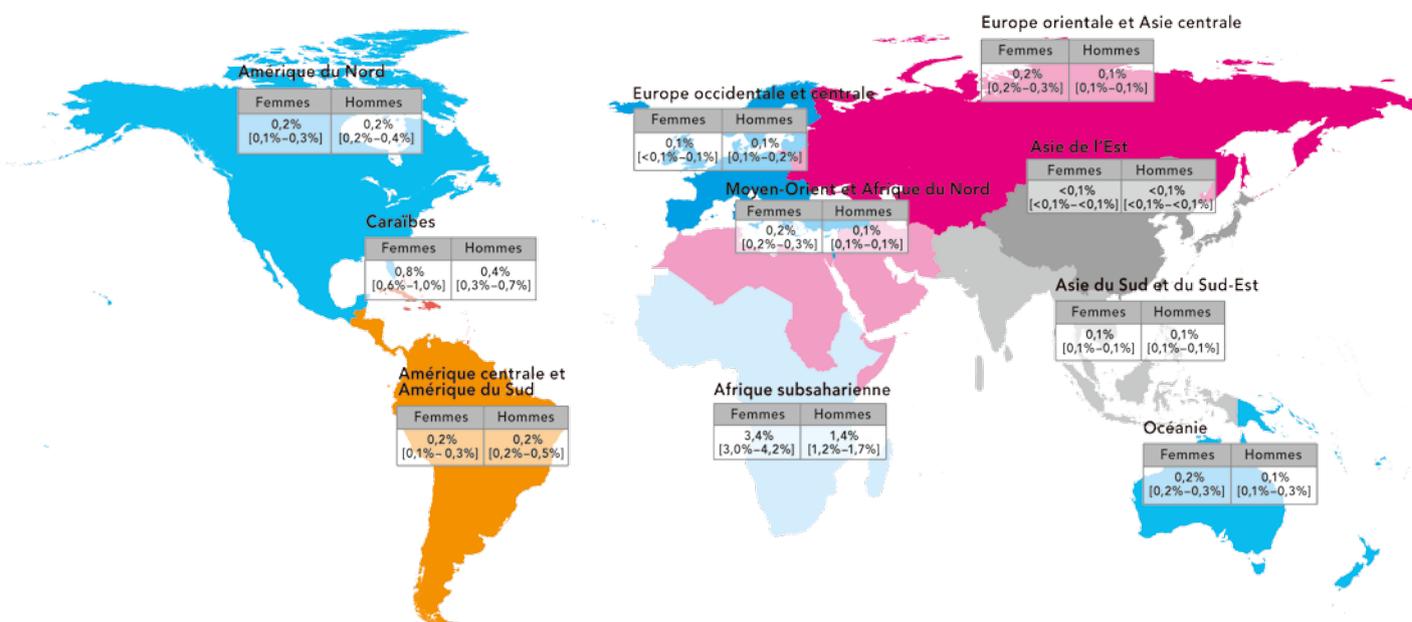
Note : Les estimations fournies sont des arrondis. Or, des nombres non arrondis ont été utilisés dans les calculs, ce qui explique d'éventuels écarts dans les totaux.

Source: D'après *Tirer parti de la crise : prévenir le VIH du début de l'adolescence au début de l'âge adulte*, UNICEF, 2011

Les jeunes dans les contextes d'épidémie généralisée

D'après les estimations, 3,2 millions (2,9 à 3,9 millions) de jeunes femmes et 1,7 million (1,4 à 1,9 million) de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans vivaient avec le VIH en 2009 dans le monde (figure 2.1). Les estimations régionales indiquent que la prévalence du VIH chez les jeunes en Afrique subsaharienne reste bien plus élevée que dans le reste du monde. On estime que 2,8 millions (2,4 à 3,4 millions) de jeunes femmes et 1,1 million (960 000 à 1,4 million) de jeunes hommes vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne. Par comparaison, dans toutes les régions sauf une, la prévalence du VIH chez les jeunes est estimée à 0,2% ou moins. La région Caraïbe est l'exception, avec une prévalence du VIH estimée à 120 000 (0,8% [0,6 à 1,0%]) chez les jeunes femmes et à 130 000 (0,4% [0,3 à 0,7%]) chez les jeunes hommes²¹. Ces estimations régionales masquent cependant des variations entre pays d'une même région. Par exemple, bien que la prévalence du VIH en Afrique subsaharienne soit estimée à 3,4% (3,0 à 4,2%) chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, la prévalence du VIH chez les jeunes femmes au Lesotho, en Afrique du Sud et au Swaziland, varie de 13,6% à 15,6%.

Figure 2.1 : Prévalence du VIH par région et par sexe chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, 2009



Remarque : les frontières et les noms indiqués et les désignations employées sur cette carte n'impliquent pas reconnaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies.

Source : Rapport sur l'épidémie mondiale de sida de l'ONUSIDA, 2010.

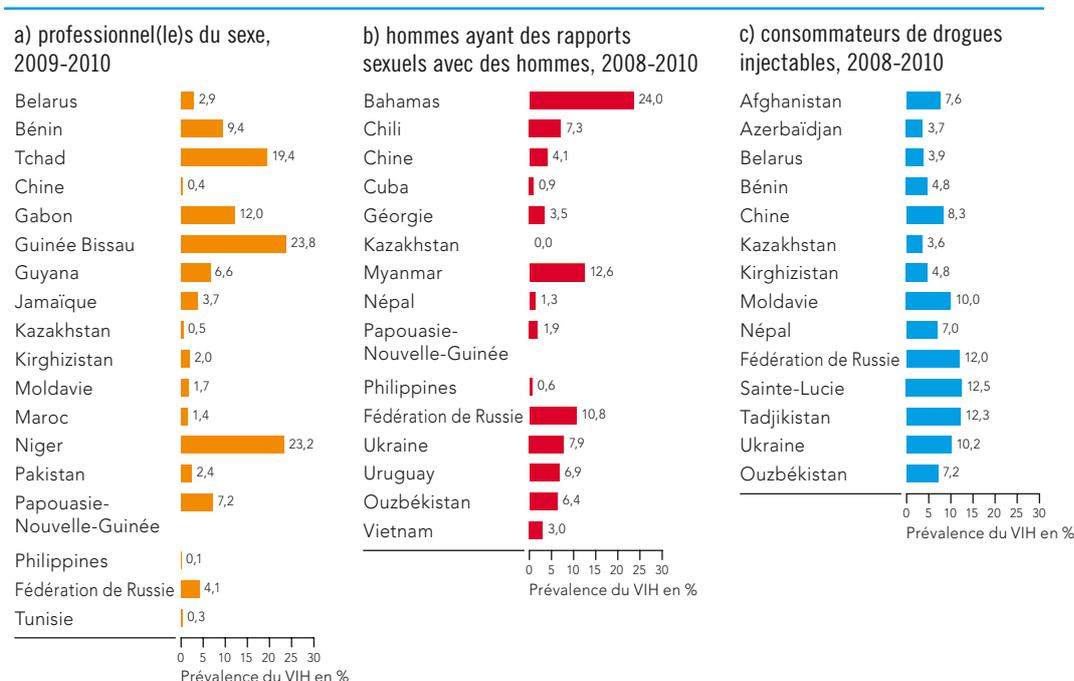
Une analyse de l'évolution de la prévalence du VIH chez les jeunes en 2008 a révélé que celle-ci a diminué dans 15 des 21 pays les plus touchés par l'épidémie. Dans dix pays, on a constaté une diminution statistiquement significative de 25% ou plus de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes ou chez les jeunes hommes, soit dans les zones urbaines, soit dans les zones rurales, parfois dans les deux. Ces pays sont le Botswana, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, la Namibie, l'Afrique du Sud, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. Les cinq autres pays (le Burundi, le Lesotho, le Rwanda, les Bahamas, Haïti) ont enregistré des baisses de plus de 25%. Ces résultats laissent entrevoir la possibilité d'une diminution de l'incidence du VIH à l'échelle mondiale^{29,31}.

Cette même analyse s'est également penchée sur l'évolution des comportements chez les jeunes. Elle a ainsi montré un recul des comportements à risque dans la majorité des pays ayant enregistré une diminution de la prévalence du VIH²⁹. On a constaté une diminution importante de l'âge des premiers rapports sexuels^l chez les jeunes, femmes ou hommes, dans neuf des pays étudiés, dont sept ont également connu une baisse importante de la prévalence du VIH. L'analyse a également montré une baisse significative de la proportion de jeunes, femmes ou hommes, déclarant avoir des rapports sexuels avec des partenaires multiples dans neuf des pays étudiés, et une augmentation de l'utilisation du préservatif dans huit pays. Des changements positifs pour deux des trois indicateurs comportementaux^m chez les jeunes, femmes ou hommes, ont été observés au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Kenya, au Malawi, en République-Unie de Tanzanie, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe.

^l Pourcentage des jeunes âgés de 15 à 19 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

^m Ces indicateurs sont : (Ind. 15) le pourcentage de jeunes âgés de 15 à 19 ans ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ; (Ind. 16) le pourcentage de jeunes hommes et de jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ; (Ind. 17) le pourcentage de ces jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans qui avaient plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Source : Le Groupe international de travail sur l'évolution de la prévalence du VIH et des comportements chez les jeunes des pays les plus touchés par le VIH (2010). Évolution de la prévalence du VIH et du comportement sexuel chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans les pays les plus touchés par le VIH. Sex Transm Infect; 86:ii72.

Figure 2.2 : Prévalence du VIH dans quelques pays chez les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, âgés de moins de 25 ans, 2010



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010

Jeunes appartenant aux populations clés dans un contexte d'épidémie concentrée ou peu active

Dans des contextes d'épidémie concentrée ou peu active, une évaluation de la prévalence du VIH dans les populations clés est nécessaire pour organiser des actions appropriées qui répondent aux besoins des jeunes de ces populations clés. Il n'est pas facile d'estimer à l'échelle mondiale ou régionale la prévalence du VIH dans ces populations, en raison de différences entre les pays dans la façon dont les populations clés sont définies et choisies pour figurer dans la surveillance et les enquêtes. Ces données ne sont pas non plus représentatives au niveau national, car elles reflètent souvent de petits échantillons choisis dans les capitales ou d'autres lieux particuliers où se trouvent les populations clés. La prévalence du VIH dans les populations clés, indiquée par les pays dans les Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS 2010, donnent une idée de la prévalence du VIH chez les jeunes des populations clés et de la nécessité d'actions adaptées.

D'après les estimations, les pays, parmi ceux étudiés, où la prévalence du VIH chez les jeunes professionnel(le)s du sexe des zones urbaines est la plus forte sont la Guinée-Bissau (23,81%), le Niger (23,24%) et le Tchad (19,44%) (figure 2.2a). Ces niveaux élevés de prévalence du VIH mettent en évidence la nécessité d'actions adaptées pour les jeunes appartenant aux populations clés plus exposées au risque d'infection.

Parmi les pays disposant de données, ceux où la prévalence du VIH chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est la plus élevée sont les Bahamas (24%), le Myanmar (12,63%) et la Fédération de Russie (10,79%) (figure 2.2b).

Dans les différents pays établissant des rapports, la prévalence du VIH chez les jeunes consommateurs de drogues injectables varie de 3% à 13% dans des populations essentiellement urbaines (figure 2.2c).

Les risques et la vulnérabilité des jeunes sont très spécifiques du contexte. Pour comprendre l'épidémie et planifier des actions contre le sida adaptées aux jeunes des populations clés, en accordant une attention toute particulière aux pays dont l'épidémie est concentrée, il est nécessaire de rassembler des informations sur la prévalence du VIH chez les jeunes des populations clés et sur la proportion de jeunes dans ces populations. Pourtant, la proportion de jeunes dans les populations clés ne figure pas systématiquement dans les rapports, et la plupart des données mentionnées ne sont plus d'actualité.

Les données citées dans le rapport 2010 sur les jeunes les plus exposés au risque d'infection indiquent qu'à l'échelle mondiale, 70% des consommateurs de drogues injectables ont moins de 25 ans³². Une proportion importante de professionnelles du sexe commencent leur activité avant l'âge de 20 ans, sachant que la majorité d'entre elles ont moins de 25 ans³³. Ces données datent de 2004 et 2006. Les données les plus récentes en provenance d'Europe indiquent que les personnes âgées de moins de 25 ans représentent moins de 20% des consommateurs de drogues injectables sondés dans 11 pays (10 de l'Union européenne et la Turquie), mais plus de 40% en Autriche, en République tchèque, en Estonie, en Lettonie, en Lituanie, en Roumanie et en Slovaquie.³⁴ Dans de nombreux pays et de nombreuses régions, il est toutefois essentiel de recueillir des données plus récentes, afin d'élaborer des programmes en meilleure connaissance de cause.





3. Rapports mondiaux sur les connaissances, les comportements et l'utilisation des services

Les données présentées dans cette section sont extraites des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, remis en 2010. Sur 192 pays, 182 (94%) ont communiqué des données concernant au moins quelques-uns des 25 indicateurs UNGASS de base, mais les taux de réponse pour chaque indicateur varient énormément.

Sur les 25 indicateurs de base au total, 18 indicateurs concernent les jeunes ; quatre y font directement référence et deux indicateurs portent sur les orphelins et autres enfants vulnérables, y compris ceux âgés de 10 à 14 ans et ceux âgés de moins de 18 ans. Les 12 autres indicateurs concernent les adultes âgés de 15 à 49 ans, huit de ces indicateurs se rapportant aux populations clés. Les pays sont censés ventiler les indicateurs par âge (15-24 ans, moins de 25 ans) et par sexeⁿ.

Le tableau 3.1 présente le nombre de pays qui ont remis des données pour chacun des indicateurs UNGASS ayant un rapport avec les jeunes. Cent dix-neuf pays au total ont soumis des données pour l'indicateur 13, qui a le taux de réponse le plus élevé, alors que 42 pays seulement ont soumis des données pour l'indicateur 10, soit le taux de réponse le plus faible. Pour les quatre indicateurs qui font directement référence aux jeunes, le taux de réponse varie de 99 à 119 pays. Les données communiquées par les pays sur les indicateurs UNGASS qui concernent les jeunes se trouvent en annexe.

Table 3.1 : Taux de réponse pour les indicateurs UNGASS qui concernent directement les jeunes^a, les orphelins et autres enfants vulnérables^b, ainsi que pour ceux devant être ventilés par sexe et par âge.

Indicateurs UNGASS et numéros correspondants	Nombre (%) de pays ayant communiqué des données ^{viii}	Données ventilées par âge/sexe/sous-groupe ⁱⁱⁱ
Dépenses		
1. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégorie et source de financement	137 (71%)	
Programmes nationaux		
7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat ^{iv}	116 (60%)	Femmes : Âgées de 15 à 19 ans : 74 (39%) Âgées de 20 à 24 ans : 72 (38%) Hommes : Âgés de 15 à 19 ans : 68 (35%) Âgés de 20 à 24 ans : 66 (34%)
10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge ⁱ	42 (22%) ^v	
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire ⁱ	99 (52%)	
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Professionnel(le)s du sexe : 96 (50%) HSH : 83 (59%) Consommateurs de drogues injectables : 59 (31%)	Professionnel(le)s du sexe âgés de moins de 25 ans : 69 (36%) HSH âgés de moins de 25 ans : 37 (19%) Consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans : 44 (23%)
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Professionnel(le)s du sexe : 74 (39%) HSH : 53 (28%) Consommateurs de drogues injectables : 39 (20%)	Professionnel(le)s du sexe âgés de moins de 25 ans : 48 (25%) HSH âgés de moins de 25 ans : 37 (19%) Consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans : 27 (14%)

n Bien que les indicateurs relatifs aux traitements du VIH et de la tuberculose (TB) doivent distinguer les enfants (âgés de moins de 15 ans) et les adultes (âgés de plus de 15 ans), ils reflètent en grande partie le traitement des enfants, plus que le traitement des jeunes, et ne figurent donc pas dans ce tableau

Indicateurs UNGASS et numéros correspondants	Nombre (%) de pays ayant communiqué des données ^{viii}	Données ventilées par âge/sexe/sous-groupe ⁱⁱⁱ
Connaissances et comportements		
12. Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans ⁱⁱ	46 (24%)	
13. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus ⁱ	119 (62%) ^{vi}	
14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Professionnel(le)s du sexe : 84 (44%) HSH : 54 (28%) Consommateurs de drogues injectables : 43 (22%)	Professionnel(le)s du sexe âgés de moins de 25 ans : 55 (29%) HSH âgés de moins de 25 ans : 39 (20%) Consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans : 30 (16%)
15. Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ⁱ	117 (61%)	Femmes : 106 (55%) Hommes : 102 (53%)
16. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	108 (56%)	Femmes : Âgées de 15 à 19 ans : 80 (42%) Âgées de 20 à 24 ans : 80 (42%) Hommes : Âgés de 15 à 19 ans : 79 (41%) Âgés de 20 à 24 ans : 79 (41%)
17. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ^{vii}	106 (55%)	Femmes : Âgées de 15 à 19 ans : 64 (33%) Âgées de 20 à 24 ans : 64 (33%) Hommes : Âgés de 15 à 19 ans : 69 (36%) Âgés de 20 à 24 ans : 71 (37%)
18. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	101 (53%)	Professionnel(le)s du sexe âgés de moins de 25 ans : 67 (35%)
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	82 (43%)	HSH âgés de moins de 25 ans : 51 (27%)
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport	51 (27%)	Consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans : 37 (21%)
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue	55 (29%)	Consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans : 36 (19%)
Impact		
22. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH	106 (55%)	
23. Pourcentage des populations les plus à risque qui sont infectées par le VIH	Professionnel(le)s du sexe : 77 (40%) HSH : 69 (36%) Consommateurs de drogues injectables : 60 (31%)	Professionnel(le)s du sexe âgés de moins de 25 ans : 53 (28%) HSH âgés de moins de 25 ans : 40 (21%) Consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans : 38 (20%)
HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		
ⁱ Indicateurs UNGASS concernant directement les jeunes		
ⁱⁱ Indicateurs UNGASS concernant les orphelins et autres enfants vulnérables		
ⁱⁱⁱ Pour les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, les données distinguent les jeunes âgés de moins de 25 ans. Les données portant sur ces populations clés ne sont pas représentatives au niveau national, car elles proviennent souvent d'échantillons choisis dans des populations urbaines.		
^{iv} Les données fournies par les pays pour cet indicateur ne sont pas comparables aux données obtenues dans les enquêtes de population.		
^v Les données fournies par certains pays pour cet indicateur n'ont pas été harmonisées avec les directives de l'UNGASS pour l'établissement des rapports.		
^{vi} Les taux de réponse pour la connaissance du VIH comprennent l'ensemble des pays ayant remis un rapport, que la définition du pays ait été harmonisée ou non avec les directives de l'UNGASS.		
^{vii} Les taux de réponse ne sont pas calculés, car un certain nombre de pays ne disposent pas d'échantillons d'une taille suffisante permettant de calculer cet indicateur pour les jeunes.		
^{viii} Le dénominateur utilisé pour les pourcentages est 192, c'est-à-dire le nombre d'États membres de l'ONU.		
Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.		

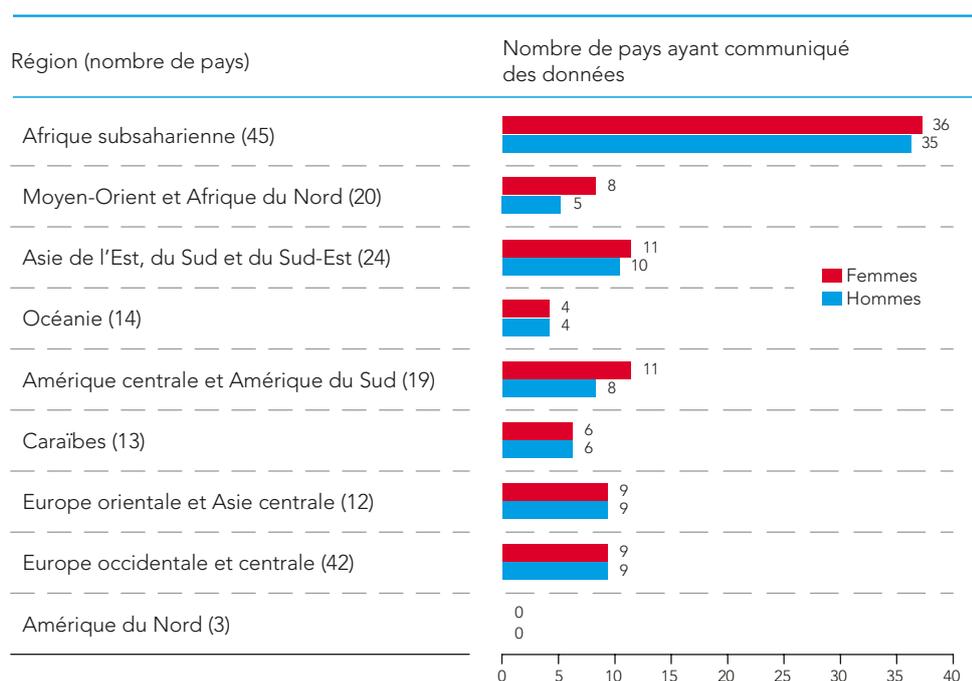
CONNAISSANCES

Les jeunes ont-ils des connaissances sur le VIH et la manière d'éviter l'infection ?

Indicateur UNGASS 13 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Il s'agit d'un indicateur UNGASS qui mesure également les progrès accomplis vers la réalisation de l'ODM 6. Par ailleurs, une connaissance complète du VIH par le plus grand nombre est l'un des résultats ambitieux de l'Étude de viabilité 2009-2011 dans les domaines prioritaires de l'ONUSIDA concernant les jeunes, et cet indicateur sera utilisé pour mesurer l'accomplissement de cet objectif. Les données relatives à cet indicateur sont obtenues à partir d'enquêtes représentatives au niveau national, par exemple, les Enquêtes démographiques et sanitaires de Mesure. Des informations supplémentaires sur la connaissance du VIH sont données dans les aperçus régionaux à la section 5.

Figure 3.1 : Indicateur UNGASS 13 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur la connaissance du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, par région et par sexe



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

Quatre-vingt-quatorze pays au total ont communiqué des données sur la connaissance du VIH chez les jeunes femmes, contre 86 pays pour les jeunes hommes, par le biais des rapports UNGASS 2010. Parmi ces pays, 22 ont communiqué des données représentatives au niveau national issues des Enquêtes démographiques et sanitaires de Mesure. Le nombre de pays ayant communiqué des données sur cet indicateur est variable : 36 pays (80%) en Afrique subsaharienne, 9 pays (75%) en Europe orientale et en Asie centrale, 11 pays (58%) en Amérique centrale et en Amérique du Sud, 9 pays (16%) en Europe occidentale et centrale, et aucun pays en Amérique du Nord (figure 3.1). Par ailleurs, 91 pays disposaient de données représentatives au niveau national provenant d'autres sources sur la connaissance du VIH chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, et 48 pays ont fourni des données concernant les jeunes hommes du même âge entre 2005 et 2010.

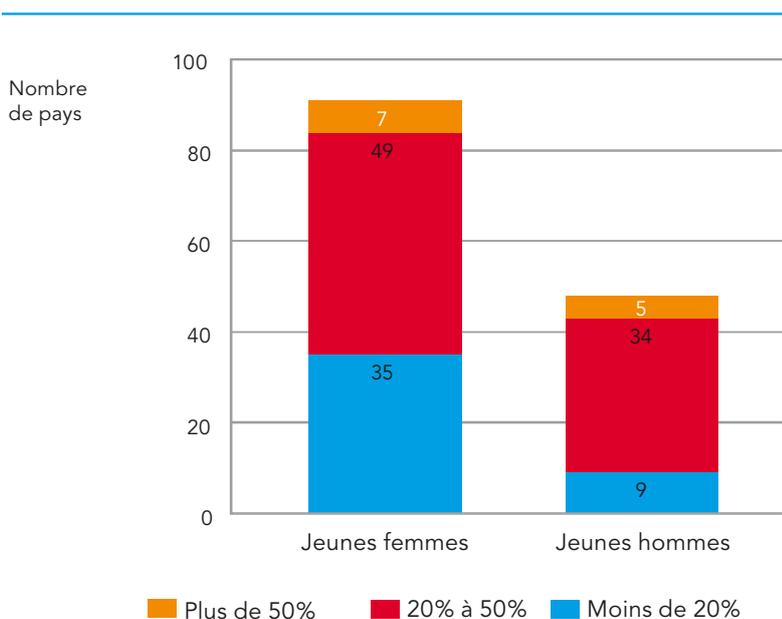
Seuls 7 et 5 pays, respectivement, ont déclaré que plus de 50% des jeunes femmes et des jeunes hommes avaient une connaissance complète du VIH. Quarante-neuf et trente-quatre pays, respectivement, ont déclaré que 20 à 50% des jeunes femmes et des jeunes hommes avaient une connaissance complète du VIH (figure 3.2).

Ce déséquilibre entre les sexes dans la connaissance du VIH n'est pas spécifique à une région particulière et varie d'un pays à l'autre. Seuls trois pays, tous en Afrique subsaharienne (la Namibie, le Rwanda et le Swaziland) rapportent des niveaux de connaissance complète supérieurs à 50% à la fois chez les hommes et chez les femmes. Quatorze pays ont rapporté des niveaux de connaissance complète inférieurs à 20% chez les jeunes femmes d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, tandis que deux pays seulement ont rapporté des niveaux inférieurs à 20% chez les jeunes hommes. Sept pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont rapporté des niveaux de connaissance complète inférieurs à 20% chez les jeunes femmes, et seul un pays a rapporté ce même niveau chez les jeunes hommes. Selon les données les plus récentes représentatives au niveau national publiées dans le monde, 24% des jeunes femmes et 36% des jeunes hommes seulement ont une connaissance complète du VIH, soit bien moins que l'objectif mondial de 95% à l'horizon 2010¹.



Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 24% des jeunes femmes et 36% des jeunes hommes seulement ont une connaissance complète du VIH, soit bien moins que l'objectif mondial de 95% à l'horizon 2010.

Figure 3.2 : Indicateur UNGASS 13 — Nombre de pays où une connaissance complète du VIH est plus ou moins fréquente chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, par pourcentage et par sexe



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

COMPORTEMENTS

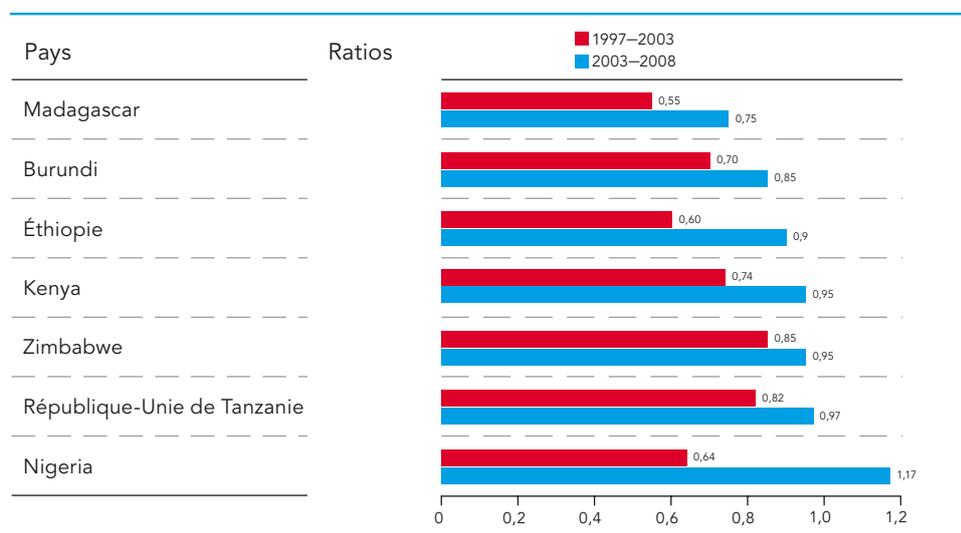
Quel est le pourcentage d'orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) scolarisés ?

Indicateur UNGASS 12 : Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans

Le nombre des enfants qui ont perdu leurs deux parents à cause du sida continue d'augmenter, et les orphelins sont confrontés à un avenir incertain. Le statut d'orphelin va souvent de pair avec préjugés et insécurité. Ces deux facteurs compromettent encore davantage les chances des enfants de terminer leurs études et peuvent conduire à l'adoption de stratégies de survie qui augmentent la vulnérabilité à l'infection par le VIH. Il est donc important de surveiller dans quelle mesure les programmes d'appui médico-social parviennent à garantir aux orphelins des possibilités de s'instruire.

En 2010, 46 pays au total ont remis un Rapport de situation national à l'ONUSIDA sur cet indicateur, mais seuls 42 pays ont communiqué au moins une fois des données sur la scolarisation des orphelins et des enfants non orphelins âgés de 10 à 14 ans entre 2005 et 2009. Les pays qui disposent de données récentes et représentatives au niveau national provenant d'enquêtes auprès des ménages sont au nombre de : trente (67%) en Afrique subsaharienne ; deux (15%) dans la Caraïbe ; cinq (20%) en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ; deux (10%) en Amérique centrale et en Amérique du Sud ; deux (10%) au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ; un (8%) en Europe orientale et en Asie centrale ; zéro en Océanie et en Europe occidentale et centrale.

Figure 3.3 : Indicateur UNGASS 12 : Évolution du ratio de scolarisation entre orphelins et enfants non-orphelins dans certains pays d'Afrique subsaharienne, où le ratio a augmenté d'au moins 0,10 point, 1997-2008



Note : Le ratio de scolarisation entre orphelins et enfants non-orphelins est égal au rapport entre le pourcentage d'enfants de 10 à 14 ans qui ont perdu leurs deux parents et qui sont actuellement scolarisés, et le pourcentage d'enfants non-orphelins du même âge, dont les deux parents sont vivants, qui vivent avec au moins un parent et qui sont scolarisés, pour les années 2005 à 2009.

Source : Enquêtes sur les indicateurs du sida. Enquêtes démographiques et sanitaires et Enquêtes à indicateurs multiples, 1997-2008. Les données du Burundi et de l'Éthiopie datent de 2000 à 2005, celles du Kenya datent de 1999 et 2003, celles de Madagascar datent de 1997 et 2003-2004, celles du Nigeria datent de 2003 et 2008, celles de la République-Unie de Tanzanie datent de 2003 et de 2007-2008, et celles du Zimbabwe datent de 1999 et 2005-2006. Le chiffre plus ancien pour Madagascar (1997) est basé sur de petits dénominateurs (généralement 25 à 49 cas non pondérés).

Un moyen d'évaluer si les orphelins et autres enfants vulnérables ont des possibilités éducatives comparables à celles des enfants non-orphelins consiste à regarder le ratio de scolarisation entre ces deux groupes en utilisant des données provenant d'enquêtes internationales. Une analyse effectuée par l'UNICEF a révélé que la plupart des pays d'Afrique subsaharienne avaient fait d'importants progrès vers la parité dans la scolarisation des orphelins et enfants non-orphelins âgés de 10 à 14 ans ; la figure 3.3 représente les pays où le ratio a augmenté d'au moins 0,10 point. Dans 27 pays d'Afrique subsaharienne sur 31 qui ont communiqué au moins deux fois des données sur cet indicateur UNGASS, la scolarisation des enfants qui ont perdu leurs deux parents a augmenté³⁵.

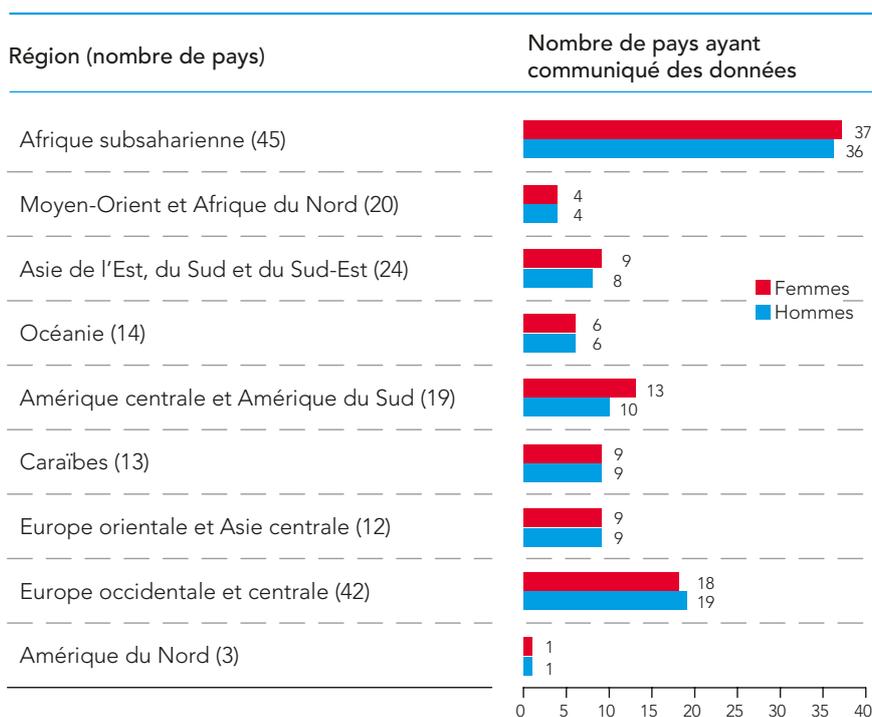
Les données tendanciennes montrent que la scolarisation des orphelins et autres enfants vulnérables a augmenté dans 27 pays sur 31 en Afrique subsaharienne.

Quel est le pourcentage des jeunes qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ?

Indicateur UNGASS 15 : Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

L'âge auquel les jeunes deviennent sexuellement actifs a une influence sur le risque de contracter le VIH et d'autres IST, ainsi que sur le risque de grossesse non désirée ou dangereuse. Une étude spéciale portant sur quatre pays africains a révélé un lien entre pauvreté et activité sexuelle précoce, en particulier chez les jeunes femmes³⁶. Les programmes de prévention du VIH qui encouragent les jeunes à débiter plus tardivement leur vie sexuelle, contribuent non seulement à réduire le nombre des nouvelles infections, mais aussi à protéger la santé reproductive de ces jeunes. Ces programmes entraînent en effet une diminution des risques de contracter d'autres IST, une augmentation de l'âge du premier accouchement et une limitation des conséquences néfastes en matière de santé maternelle pour les jeunes femmes. Tous ces éléments contribuent à la réalisation des OMD.

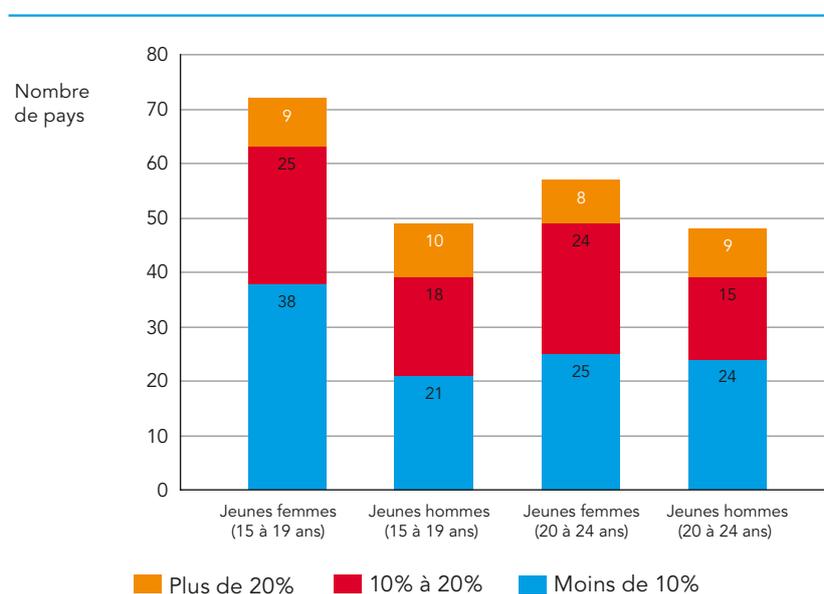
Figure 3.4 : Indicateur UNGASS 15 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur les jeunes qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, par région et par sexe



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

Cent-six et cent-deux pays respectivement ont communiqué des données concernant les jeunes femmes et jeunes hommes. Parmi ces pays, 22 ont communiqué des données représentatives au niveau national issues des Enquêtes démographiques et sanitaires de Measure. Le nombre de pays ayant communiqué des données sur cet indicateur est variable : 37 pays (82%) en Afrique subsaharienne, 9 pays (82%) en Europe orientale et en Asie centrale, 9 pays (70%) dans les Caraïbes, et 4 pays (21%) seulement au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (figure 3.4).

Figure 3.5 : Indicateur UNGASS 15 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur les jeunes qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, par pourcentage, par âge et par sexe



Source : Base de données d'indicateurs d'enquête sur le VIH/sida et autres sources de données.

Dans 63 pays au total, moins de 10% des jeunes femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, contre 45 pays pour les jeunes hommes. Cependant, dans 17 pays (27%) et 19 pays (42%) respectivement, plus de 20% des jeunes femmes et des jeunes hommes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans. Il est évident, à partir de ces données, qu'il y a davantage de jeunes hommes que de jeunes femmes qui déclarent avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (figure 3.5).

D'après les données représentatives au niveau national les plus récentes, issues des Enquêtes démographiques et sanitaires de Measure, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont davantage susceptibles d'avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans au Paraguay (7,7%), en République centrafricaine (26,9%), au Cameroun (14,2%) et au Niger (30%). Les données provenant de ces pays contrastent fortement avec celles des pays d'Europe orientale et celles de nombreux pays d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, où peu de femmes débute leur vie sexuelle à un jeune âge. Dans de nombreux pays, l'âge précoce des premiers rapports sexuels peut être dû à la jeunesse des jeunes femmes lors de leur mariage. Il ne correspond donc pas toujours une vie sexuelle commencée avant le mariage.

Les données communiquées par les pays indiquent que plus de jeunes hommes que de jeunes femmes déclarent avoir eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans. Les premiers rapports sexuels à un âge précoce demeurent fréquents dans certains pays.

Quel est le pourcentage des jeunes qui ont eu plusieurs partenaires sexuels ?

Indicateur UNGASS 16 : Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois (ventilation par sexe et par tranche d'âge [15-19 et 20-24])

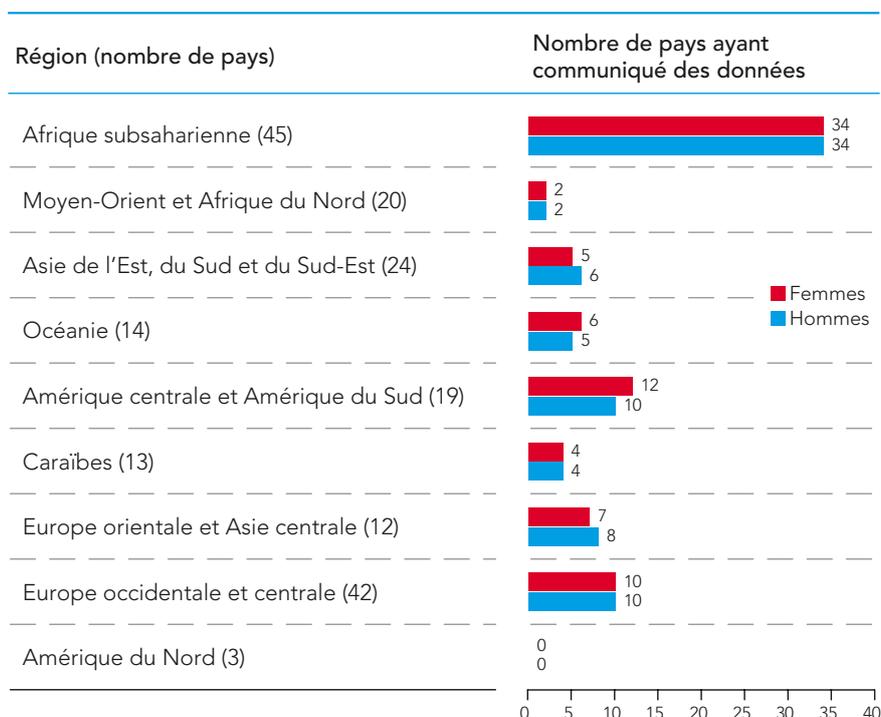
Les rapports sexuels avec des partenaires multiples augmentent le risque de contracter le VIH et d'autres IST, ainsi que le risque de grossesse non désirée et dangereuse. Pour des raisons socio-économiques, les jeunes femmes sont particulièrement susceptibles de multiplier les partenaires sexuels plus âgés de cinq ans voire plus. Le fait d'avoir des rapports sexuels avec un partenaire beaucoup plus âgé peut exposer les jeunes femmes à un risque accru d'infection par le VIH³⁷.

Quatre-vingts pays ont communiqué des données sur cet indicateur pour les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans contre 79 pour les jeunes hommes du même âge, par le biais des rapports UNGASS 2010. Parmi ces pays, 14 ont communiqué des données issues des Enquêtes démographiques et sanitaires de Measure. Le nombre de pays ayant communiqué des données ventilées par âge et par sexe va de 34 pays (75%) en Afrique subsaharienne à deux pays (10%) au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ; aucun pays n'a fourni de données relatives à cet indicateur en Amérique du Nord. Au total, 93 pays ont communiqué des données sur cet indicateur pour les personnes âgées de 15 à 49 ans, mais tous n'ont pas fourni des données ventilées par âge.



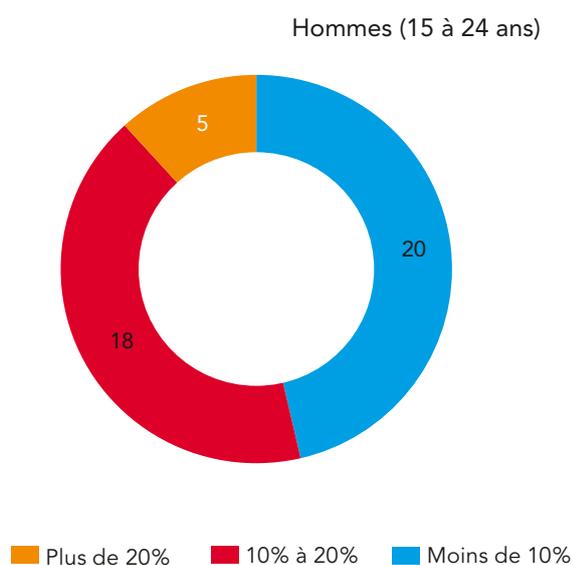
Plus de jeunes hommes que de jeunes femmes déclarent avoir des partenaires sexuels multiples.

Figure 3.6 : Indicateur UNGASS 16 — Nombre de pays disposant de données représentatives au niveau national sur les jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont des relations sexuelles avec plus d'un partenaire, par région et par sexe



D'avantage de pays ont communiqué des données sur cet indicateur pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes en Amérique centrale et en Amérique du Sud (63% [12] contre 53% [10]) et en Océanie (43% [6] contre 36% [5]). La situation est inversée en Europe orientale et en Asie centrale (58% [7] contre 67% [8]) (figure 3.6).

Figure 3.7 : Indicateur UNGASS 16 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur les jeunes hommes de 15 à 24 ans, qui ont eu des relations sexuelles avec des partenaires multiples, par pourcentage



Source : Base de données d'indicateurs d'enquête sur le VIH/sida et autres sources de données.

D'après les données communiquées, représentatives au niveau national, moins de 10% des jeunes femmes et des jeunes hommes de 15 à 24 ans ont eu plusieurs partenaires sexuels durant l'année écoulée dans 59 pays et 20 pays, respectivement. Aucune donnée n'a été fournie indiquant que plus de 10% de femmes avaient eu des partenaires sexuels multiples (figure 3.7).

Quel est le pourcentage des jeunes qui ont des partenaires sexuels multiples et qui utilisent un préservatif ?

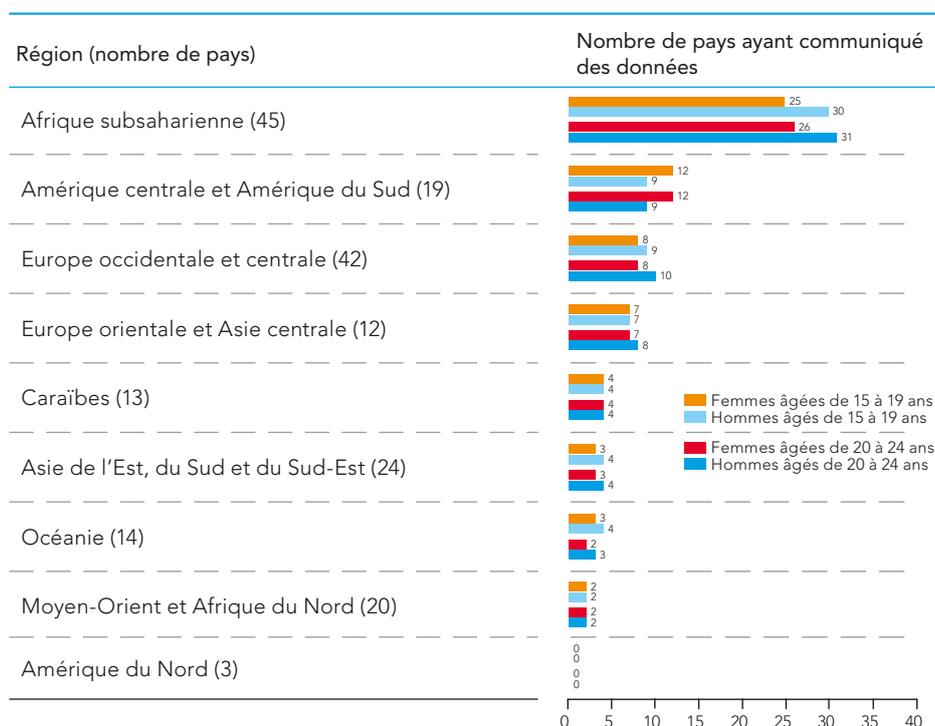
Indicateur UNGASS 17 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (ventilation par sexe et par tranche d'âge sexe [15-24])

L'utilisation correcte et régulière du préservatif est une stratégie efficace de prévention du VIH, qui diminue le risque de contracter le VIH et d'autres IST, ainsi que le risque de grossesse non désirée. La promotion de l'usage du préservatif chez les jeunes qui ont des partenaires sexuels multiples est donc un élément important des programmes de communication destinés à faire changer les comportements. Une condition préalable pour pouvoir communiquer des données sur cet indicateur est de fournir une réponse à la question de l'enquête portant sur les partenaires sexuels multiples. Cet indicateur sera également utilisé pour mesurer les progrès vers la réalisation de l'un des résultats ambitieux de l'Étude de viabilité 2009-2011 de l'ONUSIDA concernant les jeunes, à savoir, le doublement de l'usage du préservatif dans cette population.

Soixante-six pays ont communiqué des données sur cet indicateur pour les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans contre 73 pour les jeunes hommes du même âge, par le biais des rapports UNGASS 2010. Parmi ces pays, 23 ont communiqué des données issues des Enquêtes démographiques et sanitaires de Measure. L'usage du préservatif chez les jeunes varie selon les régions. L'Afrique subsaharienne a le taux de réponse le plus élevé avec 31 pays (69%) pour les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans et 26 pays (58%) pour les jeunes femmes du même âge. En général, les rapports



Figure 3.8 : Indicateur UNGASS 17 : Nombre de pays ayant communiqué des données sur les jeunes de 15-24 ans qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, par région, par âge et par sexe



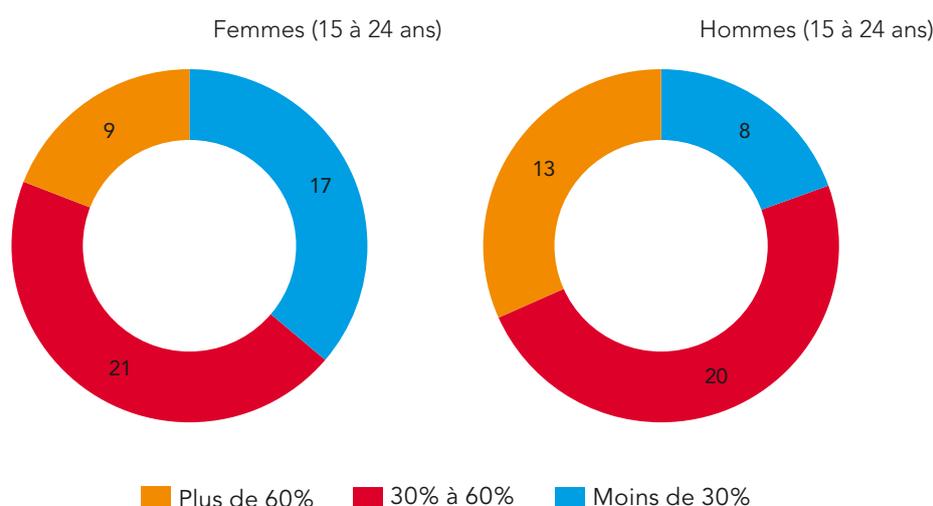
Les taux d'utilisation du préservatif restent faibles, en particulier chez les jeunes femmes.

sur l'usage du préservatif dans les autres régions ont été peu nombreux : 2 pays sur 20 (10%) au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 4 pays sur 24 (17%) en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 4 pays sur 13 (31%) dans les Caraïbes, et 7 pays sur 12 (58%) en Europe orientale et en Asie centrale. La majorité des pays à revenu élevé d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord n'ont pas communiqué de données sur cet indicateur (figure 3.8). Par ailleurs, 55 pays disposaient de données représentatives au niveau national provenant d'autres sources, sur les jeunes de 15 à 24 ans qui avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui avait déclaré utiliser un préservatif.

Selon les données communiquées par les pays dans les rapports UNGASS, l'usage du préservatif chez les jeunes ayant des rapports sexuels avec des partenaires multiples est loin d'être généralisé, en particulier chez les jeunes femmes.

Dans 9 et 13 pays, respectivement, plus de 60% des jeunes femmes et des jeunes hommes de 15 à 24 ans ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. L'usage du préservatif est légèrement plus élevé chez les hommes âgés de 15 à 24 ans. Dix-sept et huit pays, respectivement, ont rapporté un usage du préservatif inférieur à 30% chez les jeunes femmes et les jeunes hommes (figure 3.9).

Figure 3.9 : Indicateur UNGASS 17 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur les jeunes de 15-24 ans qui ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, en pourcentages, par âge et par sexe



Source : Base de données d'indicateurs d'enquête sur le VIH/sida et autres sources de données.

Pour atteindre l'objectif d'une diminution de 30% des nouvelles infections chez les jeunes d'ici 2015, le degré d'utilisation du préservatif chez les jeunes doit augmenter.

Quel est le pourcentage de jeunes dans les populations clés qui utilisent des préservatifs ?

Indicateur UNGASS 18 : Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client (désagrégé pour les moins de 25 ans)

Indicateur UNGASS 19 : Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin (désagrégé pour les moins de 25 ans)

Indicateur UNGASS 20 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant leur dernier rapport sexuel (désagrégé pour les moins de 25 ans)

Les jeunes représentent une part importante des populations clés plus exposées au risque d'infection par le VIH. Un certain nombre de pays ont effectué une surveillance comportementale ou d'autres études spéciales des professionnel(le)s du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des consommateurs de drogues injectables, et ont présenté ces données dans leur Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS 2010. Bien qu'il soit difficile de comparer les données entre les pays, du fait que ces enquêtes ne sont pas représentatives au niveau national et variables dans la manière de choisir les échantillons, ces données fournissent des informations sur le niveau des comportements à risque chez les jeunes, et sont nécessaires pour la planification et le suivi des actions destinées à cette importante population. Davantage de données sont transmises sur

les populations clés depuis 2008²², mais elles continuent de refléter l'insuffisance des rapports sur ces populations. Lorsque les données sont disponibles, elles sont généralement ventilées par âge. Compte tenu des difficultés pour atteindre les populations clés et recueillir des informations à leur sujet, les données doivent être interprétées par rapport au contexte spécifique des pays.

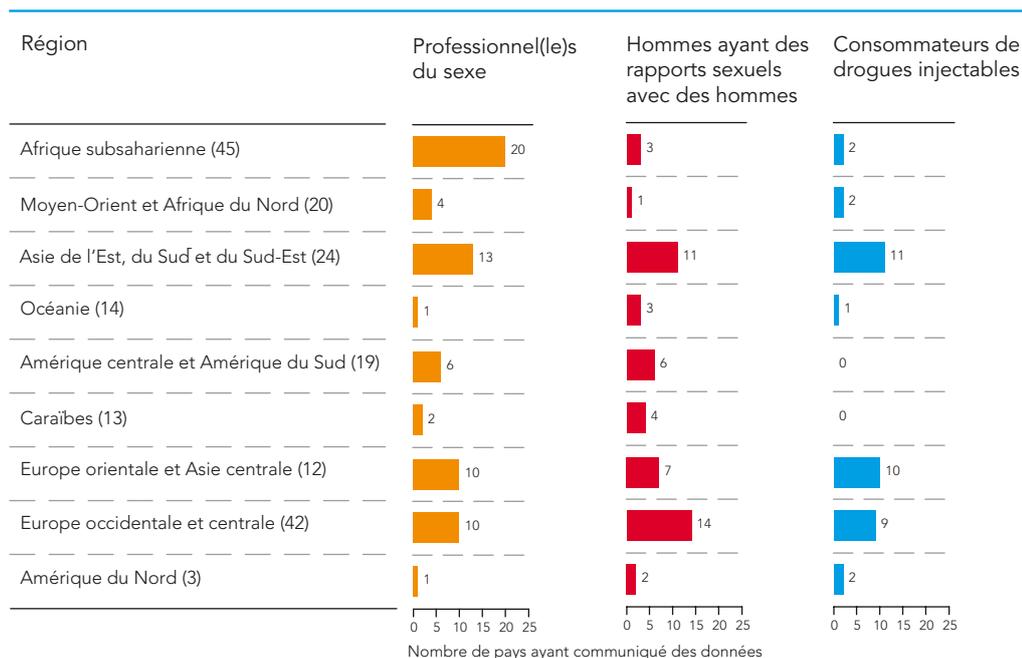
Soixante-sept pays en tout ont communiqué des données sur l'utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe âgés de moins de 25 ans en 2010 ; 26 pays n'ont pas ventilé les données par âge pour cet indicateur. Parmi ces 67 pays, 10 pays (83%) d'Europe orientale et d'Asie centrale et 13 pays (54%) d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est ont transmis des données pour cet indicateur au sujet des jeunes professionnel(le)s du sexe. En Afrique subsaharienne, qui abrite à la fois des pays à épidémie généralisée et concentrée, 20 pays (44%), dont plus de la moitié se situent en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, ont déclaré que le commerce du sexe était une cause importante de transmission du VIH. Dans les Caraïbes, deux pays seulement (15%) ont communiqué des données sur cet indicateur, alors que le commerce du sexe est l'un des facteurs qui contribuent à la propagation du VIH dans cette région (figure 3.10).

Cinquante-et-un pays au total ont communiqué des données sur l'utilisation du préservatif par les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; 28 pays n'ont pas ventilé les données par âge. Le nombre de pays ayant communiqué des données sur cet indicateur est variable : 14 pays (33%) en Europe occidentale et centrale, 11 pays (46%) en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et 7 pays (58%) en Europe orientale et en Asie centrale. Le nombre de pays communiquant des données sur l'usage du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a augmenté depuis 2006²². La figure 3.10 révèle toutefois des insuffi-



L'usage du préservatif demeure faible chez les jeunes appartenant aux populations clés.

Figure 3.10 : Indicateurs UNGASS 18 à 20 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur l'usage du préservatif par les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans, par région



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

sances : seul 1 des 20 pays (50%) du Moyen-Orient et de l’Afrique du Nord, et 4 des 13 pays (31%) de la région Caraïbe, ont fourni des données pour cet indicateur. De plus, les données disponibles ventilées par âge sont limitées.

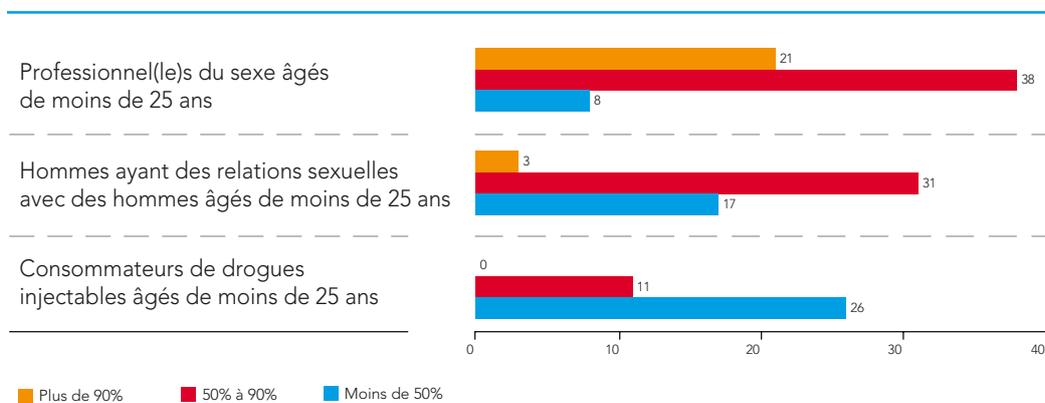
Trente-sept pays au total ont communiqué des données sur l’usage du préservatif chez les consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans. Dix pays sur 12 (83%) en Europe orientale et en Asie centrale, 11 pays sur 24 (46%) en Asie de l’Est, du Sud et du Sud-Est, et 9 pays sur 42 (21%) en Europe occidentale et centrale ont fourni des données sur cet indicateur.

Bien que 29 pays aient communiqué des données sur les femmes qui s’injectent des drogues, aucun pays n’a fourni les pourcentages des moins de 25 ans parmi ces femmes.

Plus de 90% des jeunes professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent dans 21 pays. Ces données révèlent que parmi les trois populations clés, les jeunes professionnel(le)s du sexe sont la population qui utilise le plus les préservatifs. Cependant, moins de 50% des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent dans huit pays.

En revanche, 17 pays ont indiqué que moins de 50% des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin. Parmi les jeunes consommateurs de drogues injectables, moins de 50% ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel dans 26 pays qui ont soumis des données. Il est important de remarquer qu’aucun pays n’a rapporté une utilisation du préservatif supérieure à 90% chez les jeunes consommateurs de drogues injectables (figure 3.11). L’usage du préservatif est inférieur à 50% dans certains pays d’Europe occidentale et centrale chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (République tchèque, Grèce, Hongrie, Lettonie, Portugal, Slovaquie, Suède et l’ancienne République yougoslave de Macédoine) ainsi que chez les jeunes consommateurs de drogues injectables (Bulgarie, Portugal, Roumanie, Serbie, Suède, Suisse, l’ancienne république yougoslave de Macédoine et le Royaume-Uni de Grande Bretagne et d’Irlande du Nord). Trois pays d’Afrique subsaharienne, à savoir, le Bénin, le Tchad et l’Érythrée, ont indiqué une utilisation du préservatif inférieure à 50% chez les jeunes professionnel(le)s du sexe. La figure 3.11 révèle cependant que le nombre de pays ayant communiqué des données sur cet indicateur est insuffisant ; de plus, les données disponibles ventilées par âge sont limitées.

Figure 3.11 : Indicateurs UNGASS 18 à 20 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur l’usage du préservatif lors du dernier rapport sexuel par les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans, par pourcentage



Source : Rapports de situation nationaux à l’intention de l’UNGASS, 2010.

Quel est le pourcentage des jeunes consommateurs de drogues injectables qui adoptent des pratiques de réduction des risques ?

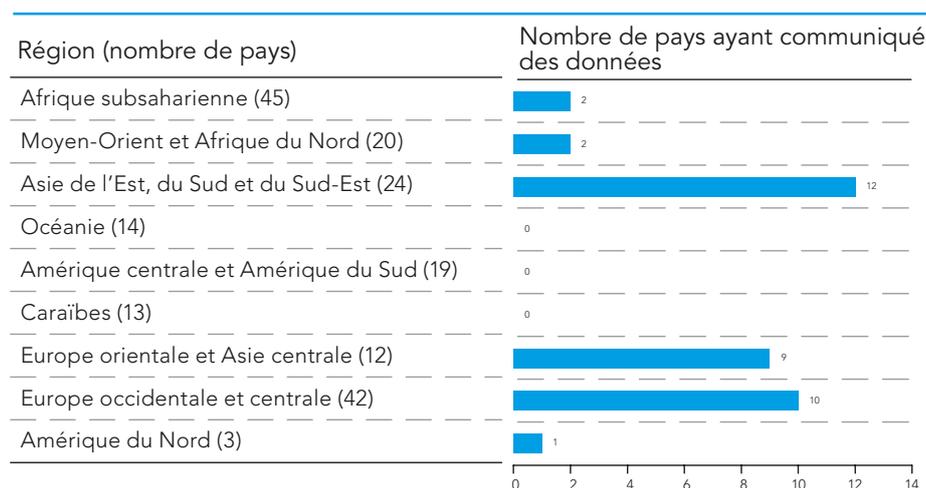
Indicateur UNGASS 21 : Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue

Le VIH peut se propager rapidement parmi les consommateurs de drogues injectables, par l'utilisation de matériel d'injection contaminé et par voie sexuelle. Les jeunes consommateurs de drogues injectables sont vulnérables et susceptibles de rapidement contracter non seulement le VIH, mais aussi d'autres maladies nécessitant des services de santé comme les hépatites B et C. Accroître la mise à disposition de matériel stérile à travers des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues permettrait de réduire le nombre d'injections risquées³⁸.

Trente-six pays ont communiqué des données sur l'utilisation de matériel d'injection stérile lors de la dernière injection, chez les jeunes consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans. En Europe orientale et en Asie centrale, où le lien a été établi entre utilisation de matériel d'injection contaminé et augmentation rapide des cas d'infection par le VIH²², neuf pays (75%) ont soumis des données sur cet indicateur. Dans cette région, l'utilisation de matériel d'injection stérile par les jeunes consommateurs de drogues injectables varie de 99% en République de Moldavie, à 63% au Kazakhstan et 43% en Géorgie.

En Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, où l'utilisation de matériel d'injection contaminé entraîne la majorité des nouvelles infections par le VIH, 12 pays (50%) ont communiqué des données sur cet indicateur. Dans cette région, les pays où l'utilisation de matériel d'injection stérile est la plus faible chez les jeunes consommateurs de drogues injectables sont le Bangladesh (30%) et la Thaïlande (61%).

Figure 3.12 : Indicateur UNGASS 21 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur l'utilisation de matériel d'injection stérile par les consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans, par région



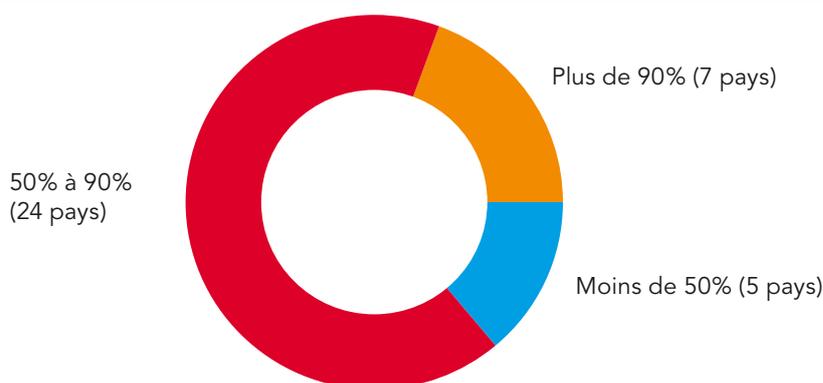
Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

En Océanie, en Amérique centrale et en Amérique du Sud, ainsi que dans les Caraïbes, aucun pays n'a soumis de données sur l'utilisation de matériel d'injection stérile chez les jeunes consommateurs de drogues injectables. Cela révèle un manque de données sur les consommateurs de drogues injectables de tous âges (figure 3.12).

Compte tenu de la propagation rapide du VIH et des virus des hépatites B et C chez les consommateurs de drogues injectables, un recours accru à des pratiques de réduction des risques, telles que l'utilisation de matériel d'injection stérile, est nécessaire pour protéger les jeunes consommateurs.

Comme le montre la figure 3.13, entre 50% et 90% des jeunes consommateurs de drogues injectables ont déclaré avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection dans 24 pays. Seuls sept pays, principalement d'Europe occidentale et centrale et d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, ont rapporté une utilisation de matériel stérile par plus de 90% des jeunes consommateurs de drogues injectables ; cinq pays ont rapporté une utilisation inférieure à 50%.

Figure 3.13 : Indicateur UNGASS 21 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur l'utilisation de matériel d'injection stérile par les consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans lors de leur dernière injection, par pourcentage



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

SERVICES

Quel est le pourcentage de jeunes qui bénéficient d'un traitement contre le VIH ?

Indicateur UNGASS 4 : Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé recevant un traitement antirétroviral.

Bien qu'il existe un indicateur UNGASS correspondant au pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'une infection à VIH parvenue à un stade avancé et qui reçoivent un traitement antirétroviral^o, cet indicateur ne rend pas compte spécifiquement des services de traitement du VIH destinés aux jeunes. Les pays sont censés ventiler les données par sexe et par âge comme suit : 0 à 1 an, 1 à 4 ans et 5 à 14 ans, pour les enfants de moins de 15 ans ; plus de 15 ans pour les adultes.

Les infections chez les enfants correspondent en grande partie à des infections pédiatriques, tandis que celles des adultes correspondent à d'autres modes de transmission. Les jeunes, femmes et hommes, tombent dans les deux catégories d'âge. Les services de santé, y compris les services de traitement du VIH, doivent prendre en compte les processus de maturation des jeunes, tant sur le plan biologique que sur le plan psychologique, et faire des efforts pour améliorer la qualité des services afin d'encourager leur utilisation³⁹.

^o L'indicateur UNGASS 4 requiert une ventilation des données pour les enfants âgés de moins de 15 ans et les personnes âgées de 15 ans et plus.

Une étude menée sur les jeunes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral en Ouganda et au Kenya a révélé que la plupart de ces jeunes étaient sexuellement actifs ; pourtant, les contraceptifs étaient peu utilisés, d'où des taux élevés de grossesses non désirées. Même chez les jeunes femmes enceintes recevant un traitement antirétroviral, certains services de santé maternelle, y compris les services de prévention de la transmission mère-enfant, étaient peu utilisés^{40,41}. Cela met en évidence le fait qu'il est nécessaire de proposer des services de santé plus complets aux jeunes vivant avec le VIH, et de mieux intégrer le traitement du VIH et les services de santé maternelle et reproductive.

Pour répondre aux besoins des jeunes qui ont contracté le VIH par transmission parentale, des passerelles efficaces sont nécessaires pour une transition des services de prévention pédiatrique du VIH vers les services de traitement et d'appui médico-social destinés aux adultes. Les jeunes doivent pouvoir accéder très tôt aux services de dépistage et de conseil, pour être ensuite orientés vers les programmes de traitement et les services d'appui médico-social, afin d'améliorer l'efficacité des traitements antirétroviraux. Les jeunes appartenant aux populations clés sont susceptibles de rencontrer des problèmes importants pour accéder aux traitements antirétroviraux, en raison de la stigmatisation et de la discrimination, en particulier dans les établissements de santé. L'indicateur actuel sur le traitement du VIH concerne les enfants et les adultes, mais il n'existe pas de données qui portent spécifiquement sur les jeunes âgées de 15 à 24 ans bénéficiant de services de traitement du VIH ; par conséquent, cette information n'existe pas. Cette lacune empêche de saisir le nombre de jeunes qui dépendent d'un traitement contre le VIH.

Quel est le pourcentage des jeunes qui bénéficient de services de dépistage et de conseil ?

Indicateur UNGASS 7 : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (données ventilées par sexe et par âge [15 à 24 ans])

Pour cet indicateur, 74 et 68 pays, respectivement, ont fourni des données ventilées par âge pour les jeunes femmes et les jeunes hommes. Parmi ces pays, 23 ont communiqué des données représentatives au niveau national issues des Enquêtes démographiques et sanitaires de Measure. Avec trente-et-un pays, c'est l'Afrique subsaharienne qui a soumis le plus de données sur cet indicateur. Très peu de pays ont communiqué des données dans les huit autres régions, le nombre variant de zéro à huit selon la région (figure 3.14).

Dans les pays prioritaires les plus touchés par le VIH, très peu de jeunes de 15 à 24 ans ont accédé aux services de dépistage et de conseil. Dans tous ces pays, sauf au Kenya, au Lesotho, en Namibie et en Zambie, moins de 20% des jeunes ont été testés pour le VIH et conseillés dans les 12 mois précédant l'enquête auprès des ménages. Des efforts supplémentaires doivent être entrepris pour atteindre l'objectif d'un doublement de l'utilisation des services de dépistage et de conseil dans les pays, notamment en fixant la valeur de référence pour cet indicateur avec une attention particulière accordée aux jeunes (figure 3.15). Les pays d'Afrique subsaharienne continuent de rapporter une faible utilisation des services de dépistage et de conseil par les jeunes.



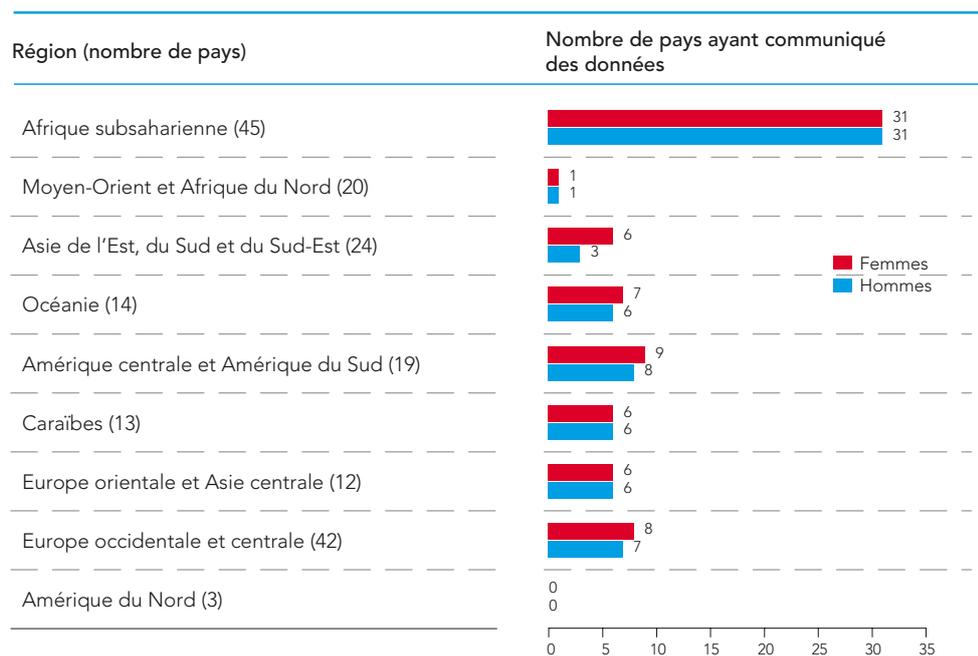
La faible utilisation des services de dépistage du VIH montre la nécessité pour les jeunes de mener une action mondiale de sensibilisation au VIH, par une mobilisation en faveur du dépistage volontaire et confidentiel et des services de conseil.

Quel est le pourcentage des jeunes appartenant aux populations clés qui bénéficient de services de prévention du VIH ?

Indicateur UNGASS 9 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre (données ventilées par âge [<25 ans])

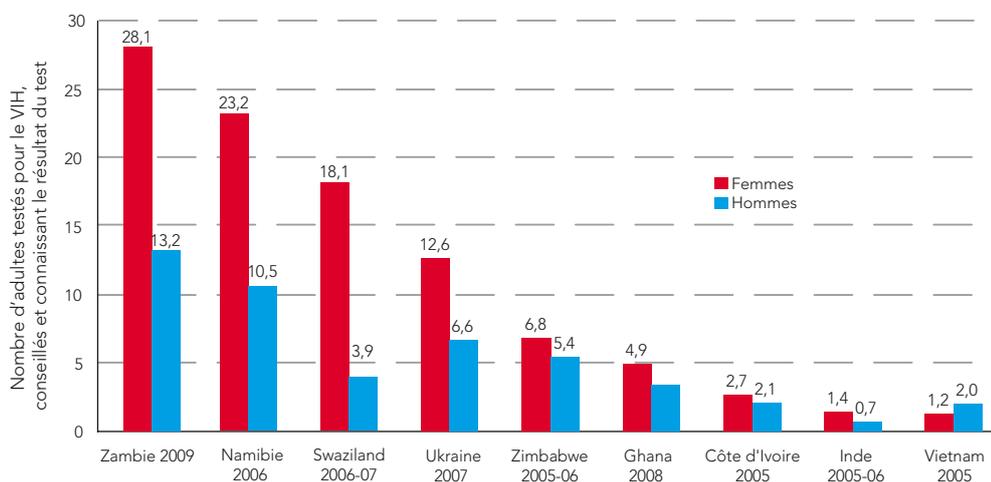
Quarante-huit pays ont soumis des données sur la couverture des programmes de prévention du VIH pour les jeunes professionnel(le)s du sexe, 27 pays pour les jeunes consommateurs de drogues injectables, et 37 pays pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour cet indicateur, la couverture des programmes de prévention signifie savoir où s'adresser pour effectuer un test de dépistage du VIH et avoir reçu des préservatifs durant l'année écoulée. Pour les consommateurs de drogues injectables, cela signifie également avoir reçu ou non du matériel d'injection stérile. La couverture des programmes est supérieure à 80% dans sept pays pour les jeunes professionnel(le)s du sexe, dans cinq pays pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et dans un seul pays pour les jeunes consommateurs de drogues injectables.

Figure 3.14 : Indicateur UNGASS 7 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur les jeunes de 15 à 24 ans qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat, par région et par sexe



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

Figure 3.15 : Indicateur UNGASS 7 — Pays prioritaires sélectionnés ayant communiqué des données sur les jeunes de 15 à 24 ans qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui en connaissent le résultat



Source : Base de données d'indicateurs d'enquête sur le VIH/sida et autres sources de données

* Les pays prioritaires proviennent de l'Étude de viabilité 2009-2011 dans les domaines prioritaires de l'ONUSIDA concernant les jeunes.

Quel est le pourcentage d'orphelins et d'autres enfants vulnérables qui vivent dans un foyer bénéficiant d'une aide extérieure ?

Indicateur UNGASS 10 – Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans dont le foyer reçoit une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

Trente-huit pays ont soumis des données sur cet indicateur pour les orphelins et autres enfants vulnérables dans les Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS. Seuls 25 pays disposent de données représentatives au niveau national sur les foyers bénéficiant d'une aide extérieure, qui permettent des comparaisons entre les pays. Les programmes destinés aux orphelins et autres enfants vulnérables sont à l'œuvre principalement en Afrique subsaharienne, où 21 pays de la région sur 45 (47%) ont communiqué le pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers qui bénéficient d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge. Les autres pays ayant soumis des données sur cet indicateur sont le Guyana, Haïti, la Jamaïque et la Thaïlande. Parmi les pays ayant fourni des données représentatives au niveau national, les taux varient de 41% des OEV recevant un soutien au Swaziland pour le maximum, 28% au Zimbabwe, jusqu'à des taux de couverture très faibles dans des pays comme le Nigeria (6%) ou Haïti (5%). Les aides accordées par ces services peuvent prendre des formes diverses : frais de scolarité, aide alimentaire et nutritionnelle, et aide au logement au Zimbabwe ; frais de scolarité pour les OEV et garderies de proximité au Swaziland ; suppression des frais de scolarité et prise en charge des besoins éducatifs, paniers alimentaires et consultations psychosociales au Botswana.

Dans beaucoup de ces pays, les orphelins et autres enfants vulnérables sont considérés comme l'indicateur le plus visible de l'impact de l'épidémie, et pourtant, nombreux sont ceux qui ne bénéficient d'aucun appui médico-social, ni même d'un accès aux services de base. Comme cela a été mentionné dans les Rapports de situation nationaux du Lesotho et du Mozambique, les orphelins et autres fillettes vulnérables sont particulièrement exposés aux abus sexuels. De nombreux pays ont été débordés par le nombre de ménages devenus socialement et économiquement vulnérables à cause du VIH, et n'ont pas été en mesure de répondre aux besoins de protection sociale des enfants issus de ces familles. Des

inquiétudes demeurent concernant la faible couverture de l'appui médico-social extérieur destiné aux ménages qui s'occupent d'orphelins ou d'autres enfants vulnérables.

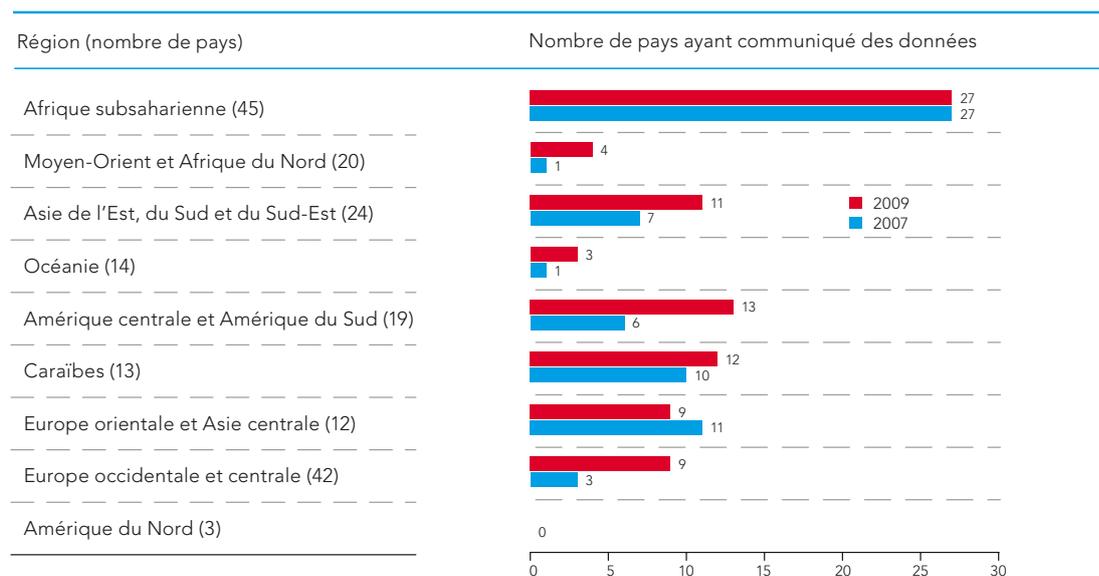
Quel est le pourcentage des écoles qui offrent un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active ?

Indicateur UNGASS 11 : Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

Les enseignements préparant à la vie active recourent à des exercices participatifs, dont l'objectif est d'aider les jeunes à adopter des comportements à moindre risque qui leur permettront de faire face aux défis et aux contraintes de la vie quotidienne. Il s'agit notamment d'exercices de prise de décision et de résolution de problèmes, de pensée critique et créative, de conscience de soi, de communication et de relations interpersonnelles. Ces enseignements apprennent également aux jeunes comment gérer leurs émotions et les causes de stress. Lorsqu'elle est adaptée à l'enseignement du VIH en milieu scolaire, une approche fondée sur les compétences psychosociales permet aux jeunes de comprendre et d'évaluer les facteurs individuels, sociaux et environnementaux, qui accroissent ou réduisent les risques de transmission du VIH et d'exposition au virus. Si elle est mise en œuvre à grande échelle dans un souci de qualité, elle peut avoir un effet positif sur les comportements, avec notamment le report des premiers rapports sexuels et une réduction du nombre de partenaires.

Quatre-vingt-huit pays ont communiqué des données sur les écoles ayant inclus des programmes de préparation à la vie active à destination des jeunes. Parmi ces pays, 26 ont indiqué que la presque totalité (plus de 90%) des établissements scolaires dispensaient un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active, soit en primaire, soit dans le secondaire ; 39 pays ont indiqué que moins de 50% des établissements dispensaient cet enseignement. Au cours des deux dernières années, un plus grand nombre de pays dans la plupart des régions ont fait en sorte que les jeunes bénéficient d'enseignements fondés sur les compétences psychosociales dans les établissements scolaires (figure 3.16).

Figure 3.16 : Indicateur UNGASS 11 — Nombre de pays ayant communiqué le pourcentage d'écoles qui ont inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire 2007-2009, par région



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.



4. Environnements nationaux des politiques et programmes

Indicateur UNGASS 1 : Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

Dans le cadre des rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, il est demandé aux pays de fournir des données sur les dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégorie et source de financement. L'évaluation des dépenses nationales relatives au sida est l'un des outils utilisés par les pays pour documenter les dépenses réelles consacrées au sida, réparties dans huit catégories. En 2010, 137 pays sur 192 (71%) ont soumis des données sur cet indicateur.

Indicateur UNGASS 2 : Politiques gouvernementales sur le VIH/sida - Indice composite des politiques nationales (domaines couverts : prévention, traitement, appui médico-social, droits humains, participation de la société civile, sexospécificités, programmes portant sur les lieux de travail, stigmatisation et discrimination, suivi et évaluation).

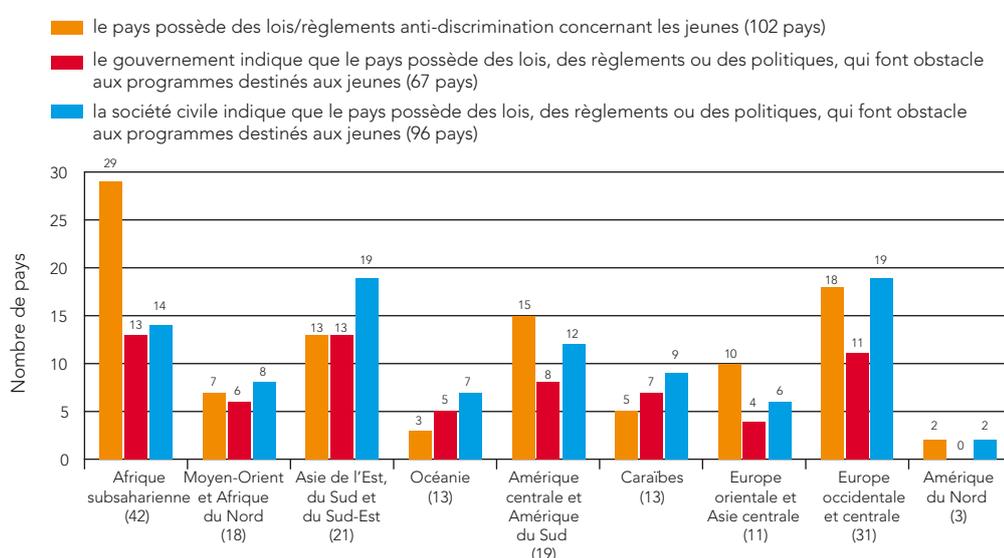
Les pays sont également invités à fournir des données sur l'ICPN tous les deux ans dans le cadre des rapports UNGASS. L'ICPN repose sur un questionnaire complet et standardisé, qui évalue le contexte de la riposte au sida en matière de politiques, de stratégies, de législation et de mise en œuvre des programmes ; le questionnaire comprend des questions spécifiques sur les programmes destinés aux jeunes. La première partie (partie A) de l'ICPN est gérée par des responsables publics, tandis que la deuxième partie (partie B) est gérée par des représentants de la société civile. En 2010, 171 des 182 pays (95%) qui ont remis un rapport UNGASS ont fourni des informations relatives à l'ICPN.

Les informations transmises par les pays sur ces deux indicateurs sont résumées dans cette section, afin de mieux comprendre les questions juridiques et politiques, le contexte de la mise en œuvre des stratégies et des programmes de lutte contre le sida destinés aux jeunes, ainsi que les dépenses engagées dans ces programmes.

ENVIRONNEMENT JURIDIQUE ET POLITIQUES SENSIBLES AUX BESOINS DES JEUNES

L'élaboration et la mise en œuvre de programmes efficaces pour les jeunes exige un environnement politique et juridique qui appuie la prestation de services pour les jeunes plutôt que de créer des obstacles à la mise en place de tels services. Les jeunes devraient avoir le droit de bénéficier de services de santé, indépendamment de l'âge ou de l'état civil, ce qui n'est pas toujours le cas. Par exemple, la législation peut limiter l'accès aux services de santé pour les jeunes mineurs, ou l'autorisation des parents ou du conjoint peut être obligatoire pour accéder aux services de santé reproductive tels que la contraception. Dans les pays où il est illégal d'avoir une vie sexuelle précoce (avant 16 ans), les prestataires de soins de santé n'ont parfois pas le droit de préserver la confidentialité des patients et peuvent être contraints de rapporter ces activités sexuelles. Les jeunes qui sont (ou dont les parents sont) des migrants en situation irrégulière peuvent ne pas avoir accès aux services de santé⁴². De la même façon, les jeunes, dont les comportements les exposent à un risque plus élevé d'infection par le VIH, sont confrontés à une stigmatisation et à une discrimination encore plus fortes, voire dans certains contextes ou dans certains pays, à un châtement si ces comportements sont illicites. Ces jeunes – professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – pourront rencontrer des obstacles supplémentaires pour accéder aux programmes et services en rapport avec le VIH et en bénéficier.

Figure 4.1 : Nombre de pays ayant communiqué des données sur la législation et les règlements concernant les jeunes, par région



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

Il existe de grandes différences à l'échelle mondiale entre les régions, en ce qui concerne les lois et règlements susceptibles d'avoir des conséquences sur l'exécution de programmes et de services efficaces en rapport avec le VIH pour les jeunes. Cent-deux pays au total ont déclaré posséder des lois et des règlements anti-discrimination protégeant les jeunes. Des lois interdisant la discrimination envers les jeunes existent dans une majorité de pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, d'Europe orientale, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, mais sont plus rares dans les Caraïbes, au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et en Océanie (figure 4.1)^p.

Dans 67 pays, les responsables publics qui ont répondu au questionnaire concernant l'ICPN indiquent qu'il existe des lois ou des règlements qui font obstacle à des initiatives pour les jeunes, tandis que dans 96 pays, les représentants de la société civile déclarent la même chose. Des obstacles juridiques ou réglementaires à des initiatives pour les jeunes sont rapportés dans une faible proportion de pays d'Afrique subsaharienne, mais sont rapportés plus fréquemment en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, ainsi que dans les Caraïbes. À Trinité et Tobago, par exemple, les programmes destinés aux jeunes dans les établissements scolaires prônent uniquement l'abstinence ; une limite d'âge fixée à 16 ans existe pour l'accès au dépistage du VIH et les services de conseil, et l'assentiment des parents est obligatoire ; par ailleurs, les rapports sexuels entre hommes sont criminalisés. En Thaïlande, les parents des jeunes âgés de moins de 18 ans doivent être avertis de l'utilisation par leurs enfants des services de dépistage et de conseil ; par ailleurs, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dont beaucoup sont des jeunes, peuvent être accusés de prostitution ou de racolage s'ils sont trouvés en possession de préservatifs, la prostitution étant illégale dans ce pays. Tous ces problèmes sont autant d'obstacles potentiels à l'accès aux programmes et services en rapport avec le VIH.

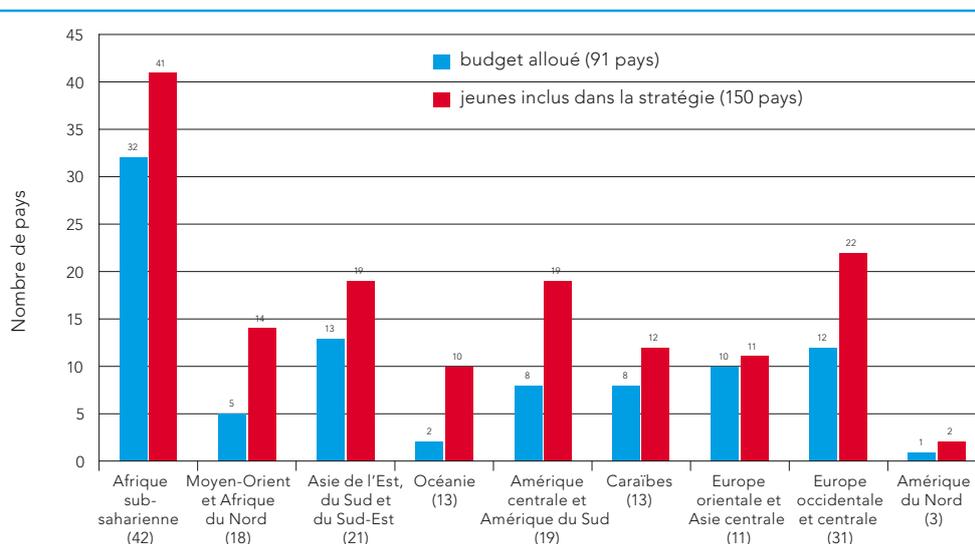
p D'après les réponses fournies dans le questionnaire concernant l'ICPN : à la question 5 de la partie A et à la question 2 de la partie B (Votre pays a-t-il des lois ou règlements non discriminatoires qui stipulent une protection pour les populations les plus à risque et les autres sous-populations vulnérables ?) ; à la question 6 de la partie A et à la question 3 de la partie B (Y a-t-il dans votre pays des lois, règlements ou politiques qui font obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH pour les populations les plus à risque ou d'autres sous-populations vulnérables ?).

STRATÉGIES NATIONALES MULTISECTORIELLES DE LUTTE CONTRE LE VIH CHEZ LES JEUNES

Malgré le nombre important de jeunes vivant avec le VIH et la vulnérabilité de cette population, les besoins des jeunes semblent souvent ignorés lors de l'élaboration des stratégies nationales multisectorielles de lutte contre le sida^q. Après dix années ou plus d'initiatives diverses, des données en nombre suffisant montrent qu'il existe des programmes et des services efficaces pour prévenir l'infection à VIH chez les jeunes⁴³. Par exemple, un bilan de l'efficacité des programmes mis en œuvre en Afrique subsaharienne pour changer les pratiques sexuelles et améliorer les résultats sanitaires en ce qui concerne le VIH, les IST et les grossesses non désirées, a montré qu'il existait des programmes prometteurs qui fonctionnent⁴⁴. Les programmes en milieu scolaire et les programmes dirigés par des adultes ont clairement démontré une diminution des comportements à risque, tandis que les programmes mis en œuvre dans les structures de santé ont engendré une utilisation accrue des services lorsqu'ils prenaient en compte les besoins particuliers des jeunes. Les programmes communautaires et les programmes impliquant spécifiquement les jeunes ont également donné des résultats prometteurs.

Avec des modèles de programmes efficaces désormais disponibles, la prochaine étape consiste à intensifier les actions destinées aux jeunes. Afin de soutenir la conception et la mise en œuvre de programmes sur le VIH pour les jeunes, l'Équipe de travail interinstitutions de l'ONUSIDA sur le VIH et les jeunes a mis au point une série de notes d'orientation^r qui décrivent ce qu'il faut mettre en œuvre dans différents secteurs pour prévenir la propagation du VIH chez les jeunes¹⁵. L'élaboration de ces programmes complets sur le VIH dans le cadre des stratégies nationales nécessite la participation des jeunes, une riposte multisectorielle à l'épidémie ainsi que la collaboration des organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG).

Figure 4.2 : Nombre de pays ayant communiqué des données sur la présence d'une composante jeunes dans la stratégie nationale multisectorielle de lutte contre le sida avec un budget spécial VIH pour les activités, par région



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

q Les stratégies multisectorielles comprennent, sans s'y limiter, les stratégies élaborées par les ministères, notamment ceux de l'agriculture, des finances, des ressources humaines, de la justice, des ressources minières et de l'énergie, de la planification, des travaux publics, du tourisme, du commerce et de l'industrie²⁶.

r Les sept notes d'orientation peuvent être téléchargées à l'adresse suivante : http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/iatt_hivandyoungpeople/en/index.html

Les informations stratégiques sur le soutien apporté par l'environnement politique et juridique à la mise en œuvre de programmes pour les jeunes sont rapportées par l'intermédiaire de l'ICPN. La majorité des 150 pays (88%) ont intégré les jeunes dans leurs stratégies nationales multisectorielles de lutte contre le sida^s. Tous les pays d'Europe orientale, d'Asie centrale, et d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud ont inclus des programmes pour les jeunes dans leurs stratégies nationales de lutte contre le sida. Dans les autres régions, 41 pays sur 42 (98%) en Afrique subsaharienne, 19 pays sur 21 (90%) en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et 12 pays sur 13 (92%) dans les Caraïbes l'ont également fait (figure 4.2).

Les plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida : brève description des programmes destinés aux jeunes

Une analyse par l'ONUSIDA des plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida a révélé que sur les 90 plans examinés, 73 mentionnaient des programmes et des activités concernant les jeunes. Toutefois, parmi ces 73 plans stratégiques nationaux, seuls 34 identifiaient clairement des programmes et des activités s'adressant spécifiquement aux jeunes. Un grand nombre de ces plans ne contenaient aucune information explicite sur ces programmes, alors que les programmes pour les jeunes y étaient mentionnés comme une composante du plan. Ainsi, près des deux tiers des plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida examinés ne mentionnaient pas ou ne décrivaient pas suffisamment les programmes et les activités à destination des jeunes.

Source : Analyse non publiée des plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida, ONUSIDA, octobre 2010.

Le Lesotho fait des jeunes une priorité dans son plan stratégique national de lutte contre le sida

Le plan stratégique national de lutte contre le sida du Lesotho met particulièrement l'accent sur les jeunes, considérés comme une population clé dans les programmes de prévention du VIH. La législation et les règlements du pays protègent les jeunes contre la discrimination. Les responsables publics ainsi que les représentants de la société civile qui ont répondu au questionnaire concernant l'ICPN déclarent qu'aucune loi, ni aucun règlement, ne fait obstacle à la prestation de soins et de services en rapport avec le VIH auprès des jeunes.

Les programmes de prévention en cours destinés à enrayer la propagation du VIH chez les jeunes comprennent : la mise en œuvre de formations aux compétences psychosociales dans les établissements primaires et secondaires ; la création de centres de documentation proposant des programmes d'éducation par les pairs et de soutien pour les jeunes non scolarisés ; des débats communautaires de sensibilisation visant à mieux faire prendre conscience par les femmes et les filles de leurs droits en matière de sexualité et de reproduction. Les jeunes sont aussi une population clé dans les campagnes nationales de communication visant à faire changer les comportements.

La formation aux compétences psychosociales a été institutionnalisée par le Ministère de l'Éducation et de la Formation, et fait partie du programme national dans l'enseignement primaire et secondaire. Le Ministère du Genre, de la Jeunesse, des Sports et des Loisirs, en collaboration avec des ONG et des partenaires du développement, met en œuvre tout un ensemble de programmes de formation aux compétences psychosociales et de prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés. Ces programmes informent notamment sur le report des premiers rapports sexuels jusqu'au mariage, sur l'usage des préservatifs pour prévenir la transmission du VIH et d'autres IST, et sur l'importance du respect de soi lorsqu'il s'agit de décider quand et comment débiter sa vie sexuelle. Les programmes ont également intégré des informations importantes sur l'existence de services et d'aides pour les adolescentes et les jeunes femmes qui sont victimes de violence sexuelle ou qui sont contraintes d'avoir des rapports sexuels avec une personne de l'entourage exerçant une autorité (parents, enseignants, hommes plus âgés, par exemple).

Source : ICPN et Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

^s D'après les réponses données à la question 1 de la partie A (Votre pays a-t-il élaboré une stratégie/un cadre d'action multisectoriel(le) pour lutter contre le sida ?) dans le questionnaire concernant l'ICPN.

Comme le montre le tableau 4.1, l'environnement est très favorable aux programmes destinés aux jeunes dans les 17 pays prioritaires identifiés dans l'Étude de viabilité de l'ONUSIDA concernant les jeunes. Tous les pays prioritaires qui ont soumis des informations stratégiques par le biais de l'ICPN ont déclaré que les jeunes étaient une composante de leur stratégie multisectorielle, et tous ont des budgets alloués aux programmes sur le VIH destinés aux jeunes. Tous ont également déclaré avoir une politique ou une stratégie visant à promouvoir des enseignements portant sur la santé sexuelle et reproductive en rapport avec le VIH auprès des jeunes. Malgré l'existence d'un environnement favorable aux politiques et aux programmes, certaines législations nationales peuvent constituer des obstacles à la mise en œuvre des programmes. Six pays ont déclaré ne pas avoir de lois ou de règlements discriminatoires envers les jeunes. Les responsables publics de deux pays (Kenya, Malawi) et les membres de la société civile de cinq pays (Swaziland, Malawi, Afrique du Sud, Mozambique, Kenya) chargés de répondre au questionnaire, ont indiqué qu'il existait des obstacles à la mise en place de programmes destinés aux jeunes.

Tableau 4.1 : Environnement national des politiques et programmes portant sur le VIH et les jeunes dans les pays prioritaires, Étude de viabilité de l'ONUSIDA (2009-2011)

Pays	Les jeunes sont inclus dans la stratégie multisectorielle du pays	Le pays a alloué un budget pour les programmes destinés aux jeunes	Le pays possède des lois et des règlements anti-discrimination protégeant les jeunes	Le pays possède des lois, des règlements ou des politiques, qui font obstacle à la mise en place de programmes destinés aux jeunes (gouvernement/société civile)	Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie qui vise à promouvoir des enseignements portant sur la santé sexuelle et reproductive en rapport avec le VIH auprès des jeunes
Pourcentage des 171 pays ayant soumis l'ICPN					
	Oui - 88%	Oui - 53%	Oui - 53%	Non - 12%	Oui - 98%
Swaziland	Oui	Oui	Non	Non/Oui	Oui
Lesotho	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Malawi	Oui	Oui	Oui	Oui/Oui	Oui
Namibie	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Côte d'Ivoire	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Ghana	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Ukraine	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Vietnam	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Brésil	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Afrique du Sud	Oui	Oui	Oui	Non/Oui	Oui
Botswana	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Zambie	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Mozambique	Oui	Oui	Non	Non/Oui	Oui
Zimbabwe	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Kenya	Oui	Oui	Non	Oui/Oui	Oui
République-Unie de Tanzanie	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Inde	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
n/d : données non disponibles Source : ICPN, Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.					

Dépenses consacrées aux programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes

En dehors de toutes les autres catégories de dépenses consacrées à la lutte contre le sida, trois catégories concernent particulièrement les jeunes : jeunes scolarisés, jeunes non scolarisés, et orphelins et autres enfants vulnérables. L'école est un lieu parmi d'autres où il est possible de toucher les jeunes. Les programmes de prévention du VIH dans les établissements scolaires, primaires et secondaires, constituent un dispositif important permettant d'atteindre les jeunes. Ils peuvent inclure les activités suivantes : éducation à la sexualité ; présence d'un centre médico-social dans les établissements ; meilleure disponibilité des préservatifs ; programmes complets d'apprentissage des compétences psychosociales, visant à encourager un mode de vie sain, à décourager les comportements individuels qui augmentent le risque d'exposition au VIH, et à traiter le problème des normes sociales et culturelles qui font obstacle à la prévention du VIH.

Le nombre de pays ayant communiqué des données sur les dépenses consacrées aux programmes de prévention du VIH dans les établissements scolaires varie selon les régions : 29 pays (64%) en Afrique subsaharienne, 13 pays (54%) en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, 12 pays (63%) en Amérique centrale et en Amérique du Sud, 11 pays (92%) en Europe orientale et en Asie centrale.

Dix-neuf pays (42%) d'Afrique subsaharienne, 9 pays (38%) d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et 9 pays (75%) d'Europe orientale et d'Asie centrale, ont soumis des données sur les dépenses consacrées à la lutte contre le sida chez les jeunes non scolarisés. Dans les autres régions, deux (10%) à sept (37%) pays seulement ont soumis des données sur cet indicateur.

Trente-deux pays (71%) en Afrique subsaharienne, 13 pays (68%) en Amérique centrale et en Amérique du Sud, 10 pays (42%) en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est, et 6 pays (50%) en Europe orientale et en Asie centrale ont fourni des données sur les dépenses consacrées à la lutte contre le sida chez les orphelins et autres enfants vulnérables (figure 4.3). Dans les autres régions, les taux de réponse sont très faibles.

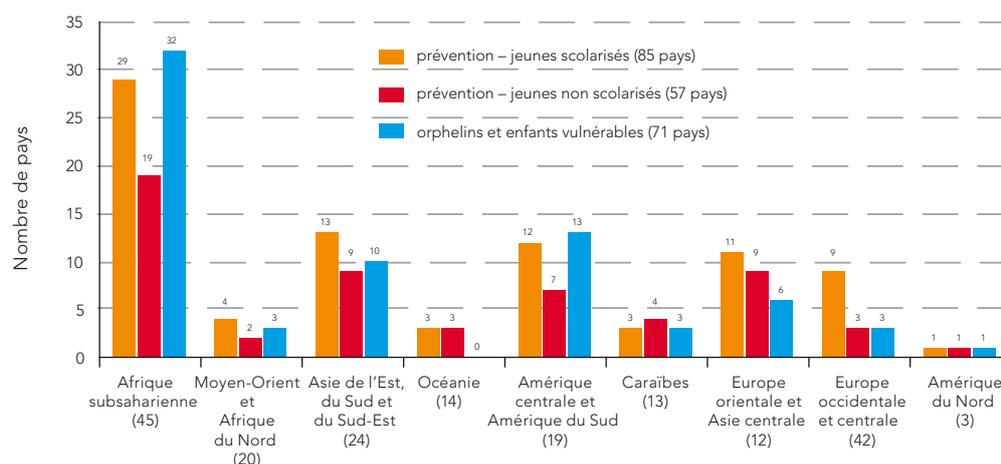
Les dépenses réelles déclarées par les pays pour les catégories jeunes scolarisés, jeunes non scolarisés, et orphelins et autres enfants vulnérables, sont indiquées dans le tableau 4.2.

Tableau 4.2 : Données sur les dépenses consacrées aux programmes de lutte contre le sida destinés aux jeunes scolarisés, aux jeunes non scolarisés, et aux orphelins et autres enfants vulnérables

Pays	Prévention – Jeunes scolarisés	Prévention – Jeunes non scolarisés	Orphelins et enfants vulnérables
Nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire ayant communiqué des données	79	54	69
Dépenses des pays à revenu faible ou intermédiaire (en millions de dollars américains)	28.120	12.372	321.401
Nombre de pays à revenu élevé ayant communiqué des données	6	3	2
Dépenses des pays à revenu élevé (en millions de dollars américains)	1.825	63.746	73.884

Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

Figure 4.3 : Indicateur UNGASS 1 — Nombre de pays ayant communiqué des données sur les dépenses consacrées aux programmes de lutte contre le sida destinés aux jeunes, par région



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010.

Les dépenses consacrées à la prévention du VIH auprès des jeunes scolarisés représentent 2,6% des dépenses affectées à la prévention et 0,6% du total des dépenses affectées à la lutte contre le sida dans 79 pays à revenu faible ou intermédiaire. Les dépenses consacrées à la prévention du VIH auprès des jeunes non scolarisés représentent 1,5% des dépenses affectées à la prévention et 0,3% du total des dépenses affectées à la lutte contre le sida dans 54 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fourni des données pour cette catégorie. Pour 69 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fourni des données pour cette catégorie, les dépenses en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables représentent 6% du total des dépenses affectées à la lutte contre le sida.

Bien que les pays déclarent les dépenses consacrées aux catégories jeunes scolarisés, jeunes non scolarisés, et orphelins et autres enfants vulnérables, il faut noter que les jeunes apparaissent également dans d'autres catégories de dépenses, notamment : la communication visant à amener des changements sociaux et comportementaux ; les programmes de prévention sur le lieu de travail ; la prévention de la transmission parentale du VIH ; la circoncision masculine ; la sensibilisation et la formation.

Même lorsque les pays déclarent les dépenses consacrées aux programmes de lutte contre le sida destinés aux jeunes, ils n'indiquent pas toujours clairement comment ces fonds sont utilisés. Certains rapports de situation nationaux ne contiennent pas d'informations sur les types de programmes destinés aux jeunes, qui ont été soutenus. Par exemple, dans le cadre d'une initiative visant à renforcer l'apprentissage des compétences psychosociales en rapport avec le VIH dans les établissements scolaires, des clubs de jeunes ont été mis en place aux Comores et au Rwanda, tandis qu'au Mozambique, des pairs-éducateurs orientent les élèves sur les informations relatives au VIH et procurent des préservatifs dans des coins conseils. Atteindre les jeunes non scolarisés est difficile, car ceux-ci ne constituent pas un public captif. Dans de nombreux pays, les organismes de services communautaires sont souvent ceux qui offrent des services à ces populations, sous la forme d'activités telles que des groupes, des clubs ou des associations de jeunes. Dans certains cas, cependant, ces programmes ne touchent que les jeunes âgés de 18 ans et plus, et peuvent ainsi passer à côté de nombreux adolescents plus jeunes.

UNE PARTICIPATION CONCRÈTE DES JEUNES AUX POLITIQUES ET PROGRAMMES

La responsabilisation et la participation des jeunes sont essentielles pour mettre en place des politiques et des programmes efficaces. Un examen des parties explicatives des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS révèle un manque d'informations sur cette participation. Actuellement, la participation concrète des jeunes aux politiques et programmes ne fait pas partie des éléments devant figurer dans les rapports UNGASS.





5. Aperçus régionaux

Cette section présente un aperçu de l'épidémie de VIH dans les neuf régions ainsi qu'un examen des trois indicateurs UNGASS qui sont alignés sur les trois objectifs ambitieux contenus dans l'Étude de viabilité de l'ONUSIDA 2009-2011 pour le domaine prioritaire concernant les jeunes. Pour les pays touchés par une épidémie généralisée, l'information s'intéresse principalement à ces trois indicateurs parmi les jeunes de la population générale, tandis que pour les pays dans lesquels l'épidémie est concentrée, on trouvera aussi des informations pour les jeunes des populations clés plus exposées aux risques d'infection par le VIH.

Les trois indicateurs sont les suivants :

- ▶ **Indicateur 13** : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.
- ▶ **Indicateur 7** : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat (données ventilées par âge : 15-19 ans, 20-24 ans et 25-49 ans).
- ▶ **Indicateur 17** : Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (données ventilées par groupe d'âge : 15 à 19 ans, 20 à 24 ans et 25 à 49 ans).

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Les 45 pays de cette région sont les suivants : Afrique du Sud, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap Vert, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République du Congo, Rwanda, Sao Tomé et Príncipe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Tchad, Togo, République unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

Quel est le pourcentage de jeunes vivant avec le VIH ?

L'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus affectée, même si certains signes montrent que la prévalence du VIH est en train de baisser chez les jeunes de la région. On observe une importante variation en terme de prévalence du VIH chez les jeunes de la région. Les pays de la région de l'Afrique australe sont caractérisés par des épidémies très généralisées, avec une prévalence du VIH allant de 5,8 % (3,7 à 8,6 %) chez les jeunes femmes en Namibie à 15,6 % (12,6 à 21,3 %) au Swaziland. Chez les jeunes hommes, les estimations sont plus faibles que pour les jeunes femmes, mais elles continuent à dépasser 5 % au Swaziland, au Lesotho et au Botswana. Les épidémies en Afrique orientale sont associées à des estimations de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes allant de 0,2 % (0,1 à 0,3 %) en République de Maurice à 8,6 % (7 à 12,1 %) au Mozambique. Chez les jeunes hommes, la prévalence est plus élevée au Mozambique et au Malawi (3,1 % dans les deux pays). La prévalence en Afrique occidentale, la région la plus peuplée d'Afrique, qui est caractérisée par des épidémies concentrées plutôt que généralisées, va de 0,3 % (0,1 à 0,5 %) des jeunes femmes en Mauritanie à 2,9 % (2,3 à 3,9 %) des jeunes femmes au Nigeria. La prévalence du VIH au Nigeria est de seulement 1,2 % (0,9 à 1,6 %) chez les jeunes hommes. La prévalence du VIH pour 12 des 17 pays prioritaires mentionnés dans l'Étude de viabilité de l'ONUSIDA 2009-2011 pour le domaine prioritaire concernant les jeunes est présentée dans le Tableau 5.1.

Tableau 5.1 Prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans les pays prioritaires d'Afrique subsaharienne identifiés dans l'Étude de viabilité de l'ONUSIDA, 2009

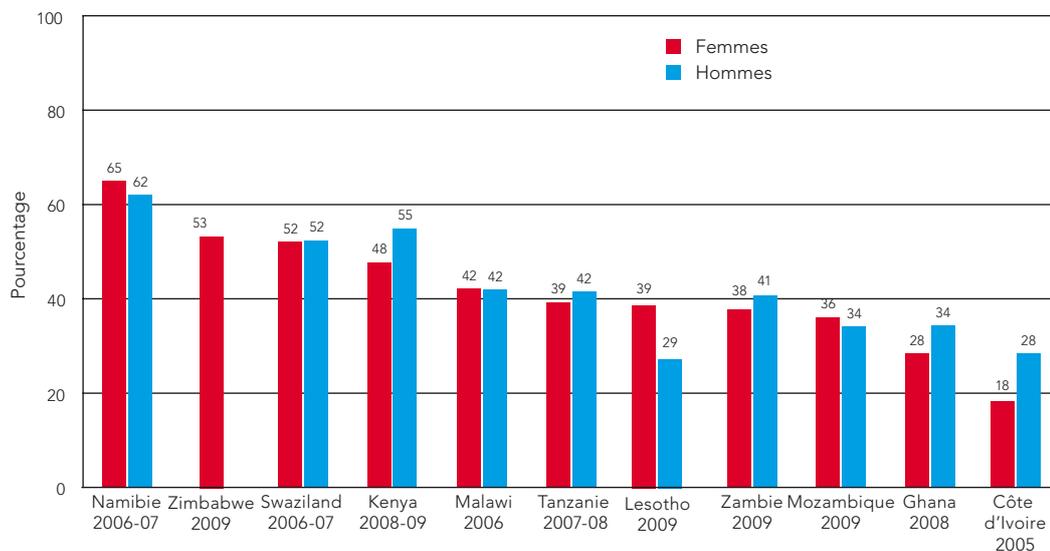
	Hommes, âgés de 15 à 24 ans (Estimation basse – estimation haute)	Femmes, âgées de 15 à 24 ans (Estimation basse – estimation haute)
Botswana	5,2 (3,7–7,3)	11,8 (9–15,9)
Côte d'Ivoire	0,7 (0,5–1,1)	1,5 (1,1–2,3)
Ghana	0,5 (0,4–0,7)	1,3 (0,9–1,8)
Kenya	1,8 (1,3–2,4)	4,19 (3–5,4)
Lesotho	5,4 (4,1–7,4)	14,2 (11,2–19,2)
Malawi	3,1 (2,3–4,2)	6,8 (5,3–9,2)
Mozambique	3,1 (2,4–4,4)	8,6 (7–12,1)
Namibie	2,3 (1,3–3,6)	5,8 (3,7–8,6)
Afrique du Sud	4,5 (4,1–5)	13,6 (12,3–15)
Swaziland	6,5 (4,8–8,8)	15,6 (12,6–21,3)
Zambie	4,2 (3,2–5,5)	8,9 (7,3–12)
Zimbabwe	3,3 (2,5–4,4)	6,9 (5,3–9,3)

Source : Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2010. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2010.

Les jeunes ont-ils des connaissances sur le VIH et la manière d'éviter l'infection ?

Trente-six pays ont communiqué des données sur les connaissances des jeunes sur le VIH et la manière d'éviter l'infection, au travers des rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS. Les données des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure montrent que, chez les jeunes femmes, les connaissances vont d'un niveau élevé de 65 % en Namibie jusqu'à seulement 5 % en Mauritanie. Chez les jeunes hommes, les niveaux de connaissances variaient d'un maximum de 62 % en Namibie, jusqu'à un minimum de 14 % en Mauritanie.

Figure 5.1 : Indicateur UNGASS 13 : Connaissance approfondie du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans des pays prioritaires sélectionnés*

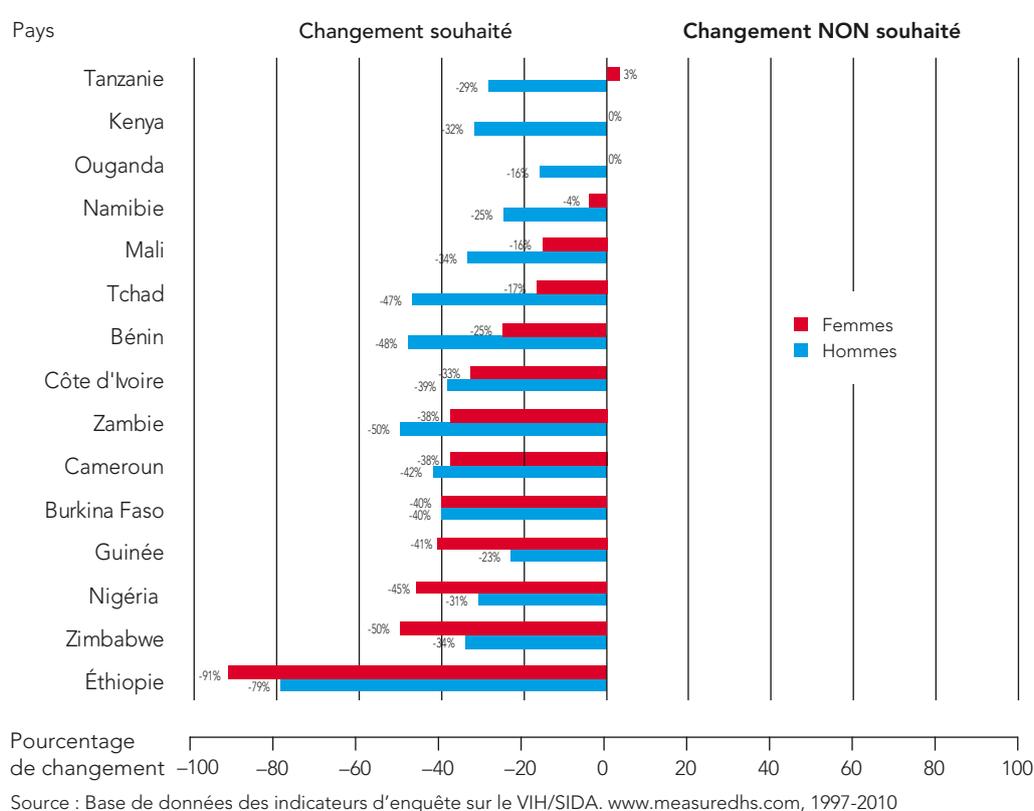


Source : Base de données des indicateurs d'enquête sur le VIH/SIDA. www.measuredhs.com.

*Les pays prioritaires sont issus de l'Étude de viabilité de l'ONUSIDA pour le domaine prioritaire sur les jeunes 2009-2011

Dans les pays prioritaires mentionnés dans l'Étude de viabilité de l'ONUSIDA 2009-2011 sur le domaine prioritaire concernant les jeunes, dont un grand nombre sont situés en Afrique subsaharienne, le niveau de connaissance complète du VIH chez les jeunes demeure très faible (Figure 5.1). En fait, les niveaux de connaissance ne dépassent 50 % chez les jeunes femmes ou hommes âgés de 15 à 24 ans que dans quatre des pays d'Afrique subsaharienne (Kenya, Namibie, Swaziland et Zimbabwe).

Figure 5.2 : Indicateur UNGASS 16. Pourcentage de changement dans le comportement des jeunes âgés de 15 à 24 ans, ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, 1997-2010

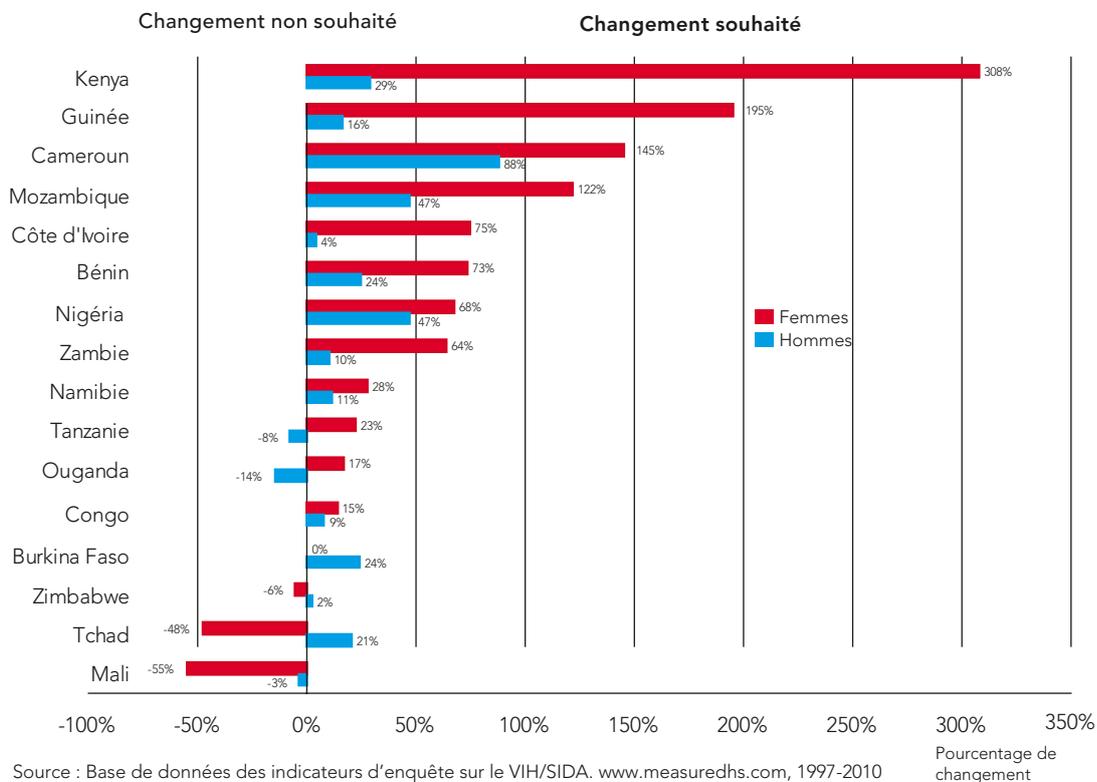


Les jeunes ayant des partenaires sexuels multiples utilisent-ils des préservatifs ?

Une analyse des tendances des changements dans la proportion de jeunes en Afrique subsaharienne ayant des partenaires sexuels multiples, basée sur les données issues des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure, montre que, dans de nombreux pays, on a pu observer une baisse du pourcentage de jeunes ayant des partenaires sexuels multiples au cours de la dernière décennie (Figure 5.2).

De même, l'utilisation du préservatif par les jeunes ayant des partenaires sexuels multiples a augmenté dans la plupart des pays (Figure 5.3). Ces changements positifs contribuent à la baisse du nombre de nouvelles infections VIH chez les jeunes dans la région.

Figure 5.3 : Indicateur UNGASS 17. Pourcentage de changement dans le comportement des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu plus d'un partenaire et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, 1997-2010



Afrique du Sud – Prise en compte des partenaires sexuels multiples

L'Afrique du Sud est l'un des pays les plus durement touchés par l'épidémie mondiale de VIH. Bien que l'épidémie se soit stabilisée, la prévalence du VIH demeure élevée. Les rapports hétérosexuels sont reconnus comme le principal mode de transmission du VIH dans le pays, et le multipartenariat sexuel est considéré comme une source essentielle de nouvelles infections à VIH.

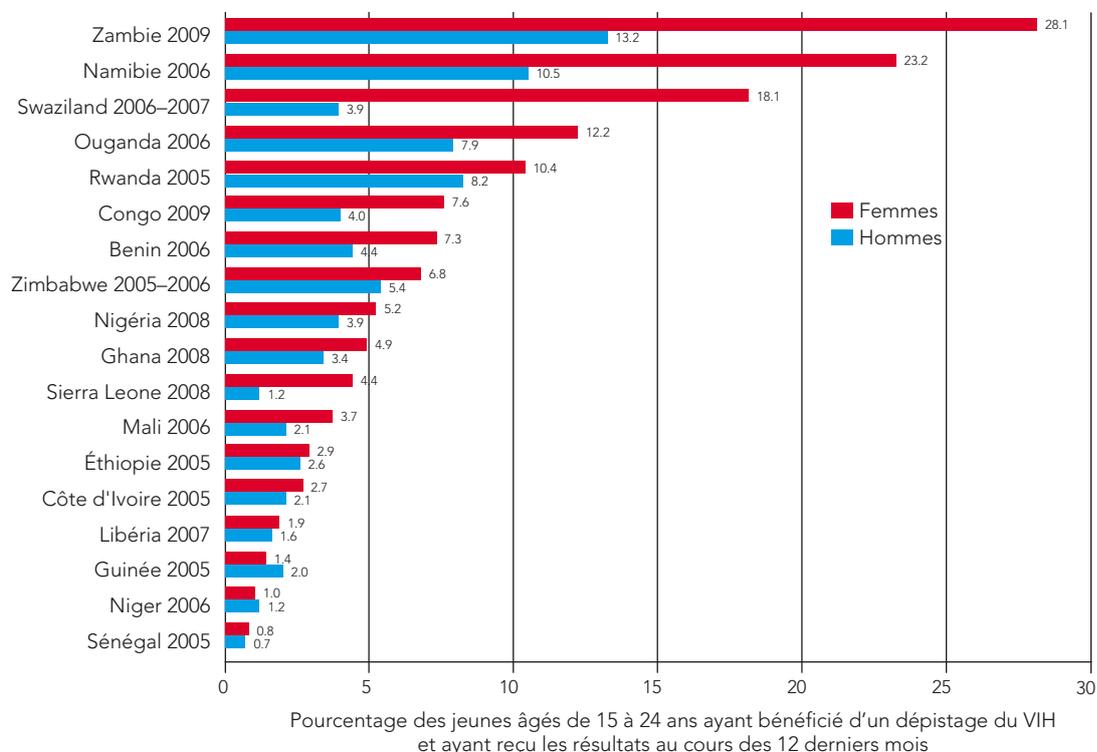
Chez les jeunes hommes sexuellement actifs, 29 % de ceux âgés de 16 à 19 ans et 33 % de ceux âgés de 20 à 24 ans ont eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois. Pour les femmes, les pourcentages sont de 9 et 6 % respectivement. Les relations sexuelles entre personnes présentant un écart d'âge important est aussi un facteur important : chez les femmes, 34 % de celles âgées de 16 à 19 ans et 40 % des jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans déclarent avoir eu des relations sexuelles avec un homme âgé d'au moins cinq ans de plus. Bien que la plupart des jeunes aient des attitudes positives concernant le report du premier rapport sexuel, l'âge moyen du premier rapport sexuel n'a pas changé depuis 2006. Des données montrent toutefois que les taux de multipartenariats pourraient être en train de baisser chez les jeunes femmes, mais pas chez les jeunes hommes.

Source : Johnson S, Kincaid L, Laurence S, Chikwava F, Delate R, et Mahlasela L (2010). Second National HIV Communication Survey 2009. Pretoria: JHHESA

Les jeunes bénéficient-ils de services de dépistage du VIH et de conseils ?

Des enquêtes représentatives au niveau national ont été menées dans dix-huit pays d'Afrique subsaharienne au cours des cinq dernières années, ce qui permet de calculer le nombre de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat. Comme on peut le voir à la Figure 5.4, moins de 10 % des jeunes hommes ou femmes âgés de 15 à 24 ans ont bénéficié d'un dépistage du VIH et en ont reçu le résultat, sauf en Zambie, en Ouganda, au Rwanda, au Swaziland et en Namibie. Ces faibles niveaux de dépistage pourraient traduire un manque de connaissance des tests VIH, ou une faible perception du risque d'exposition au VIH, ou bien ils pourraient s'expliquer par des obstacles dans l'accès au dépistage du VIH et aux conseils pour les jeunes. Les jeunes femmes sont beaucoup plus susceptibles que leurs homologues masculins d'avoir bénéficié d'un dépistage du VIH et d'un service de conseil. Ceci tient peut-être au fait que les jeunes femmes peuvent accéder à des soins prénatals et à d'autres services de santé reproductive qui offrent des possibilités de conseil sur le VIH et des services de dépistage, notamment des services de prévention de la transmission mère-enfant.

Figure 5.4 : Indicateur UNGASS 7 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans dans les pays sélectionnés qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et ont reçu les résultats de leur test, 2005-2010



Source : Base de données des indicateurs d'enquête sur le VIH/SIDA. Décembre 2010 ; www.measuredhs.com

Paroles d'adolescents et de jeunes au Lesotho

« Nous avons peur de nous faire dépister. Quand les infirmières voient une jeune séropositive, elles pensent que c'est une professionnelle du sexe, ou qu'elle a eu des relations sexuelles intergénérationnelles, ou qu'elle se fait entretenir. Elles nous accusent d'être des débauchées. Si ces facteurs ont une responsabilité dans le maintien de la pandémie, chaque personne a sa propre histoire à raconter. »

Source : Rapport de situation national du Lesotho, 2010.

ASIE DE L'EST, DU SUD ET DU SUD-EST

Les 22 pays de cette région sont les suivants : Afghanistan, Bangladesh, Bhoutan, Brunei Darussalam, Cambodge, Chine, Inde, Indonésie, Japon, Malaisie, Maldives, Mongolie, Myanmar, Népal, Pakistan, Philippines, République démocratique populaire du Laos, Singapour, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste et Vietnam.

Quel est le pourcentage de jeunes vivant avec le VIH ?

L'épidémie de VIH présente des visages différents en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-est. Ces pays ont généralement des épidémies de faible niveau et concentrées. Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans la population générale, on estime que moins de 0,1 % des jeunes vivent avec le VIH dans la totalité de ces pays de la région sauf trois. Les taux sont seulement légèrement plus élevés pour les jeunes femmes dans la République démocratique populaire du Laos (0,2 % [0,1-0,3 %]), pour les jeunes femmes et les jeunes hommes au Myanmar (0,3 % [0,2-0,3 %] pour les jeunes femmes ; 0,3-0,4 % pour les jeunes hommes), et pour les jeunes hommes au Népal (0,2 % [0,1-0,6 %]).

Dans la plupart des pays de cette région, le VIH est concentré au sein de populations clés, dont beaucoup sont des jeunes. Ces jeunes courent un risque élevé d'exposition au VIH et d'autres conséquences négatives en terme de santé sexuelle et reproductive en raison de comportements qu'ils adoptent ou sont forcés d'adopter. Dans la région asiatique, neuf pays ont communiqué des données sur la prévalence du VIH chez les jeunes consommateurs de

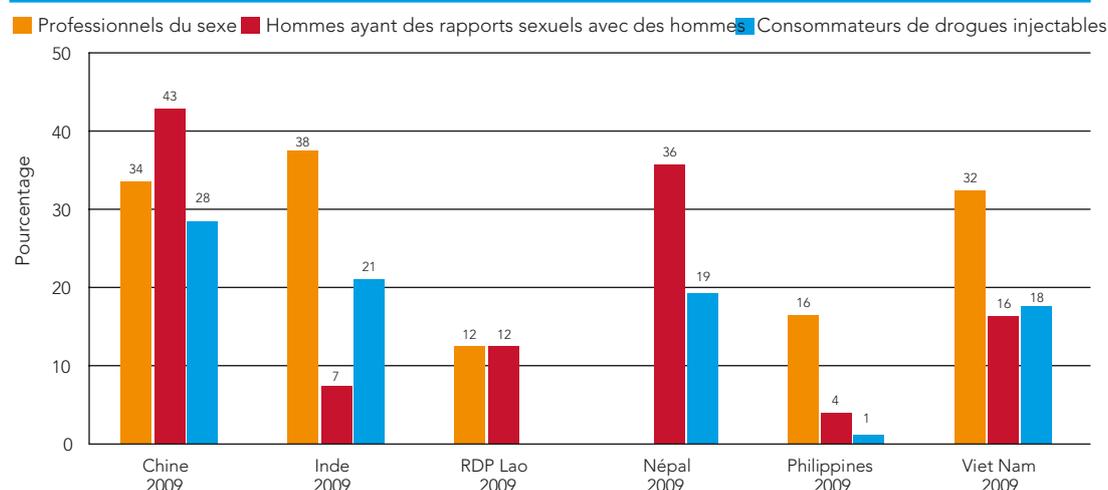
drogues injectables. Dix pays ont communiqué des données sur la prévalence du VIH pour les jeunes professionnels du sexe, et 11 pays ont communiqué des données sur la prévalence du VIH chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

En Inde, l'un des pays prioritaires identifiés dans l'Étude de viabilité de l'ONUSIDA 2009-2011, les estimations de la prévalence du VIH au sein des trois populations clés ont été communiquées, mais aucune donnée n'a été communiquée pour les jeunes. Au Vietnam, seules les données sur la prévalence du VIH chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (estimée à 3 %) ont été communiquées. Dans le rapport de situation national du Vietnam à l'intention de l'UNGASS, toutefois, il est signalé que de nombreux travailleurs du sexe sont des jeunes. Pour l'Inde et le Vietnam, les données sur les jeunes au sein des populations clés sont disponibles mais ne sont pas ventilées par âge.

Les jeunes ont-ils des connaissances sur le VIH et la manière d'éviter l'infection ?

Onze pays de la région ont communiqué des données sur la proportion de jeunes ayant une connaissance complète du VIH au travers des rapports de situation nationaux UNGASS. Les Enquêtes démographiques et sanitaires Measure et d'autres sources de données révèlent que seul un pays, le Cambodge, a signalé que 50 % des jeunes de la population générale disposent d'un tel niveau de connaissance. Les niveaux de connaissances allaient de 3,4 % au Pakistan à 50,1 % au Cambodge chez les jeunes femmes, et de 14,7 % en Indonésie à 50,3 % au Vietnam chez les jeunes hommes.

Figure 5.5 : UNGASS Indicateur 8 : Données communiquées par des pays sélectionnés sur les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et ont reçu les résultats de leur test



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010

Au travers des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 12 pays ont communiqué des données sur la connaissance du VIH par des jeunes travailleurs du sexe âgés de moins de 25 ans, 10 pays pour les jeunes consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans, et 10 pays pour les jeunes hommes âgés de moins de 25 ans qui ont des relations sexuelles avec des hommes. La connaissance du VIH chez les jeunes consommateurs drogues injectables allait de 20 % au Pakistan à 78 % au Myanmar. Chez les jeunes travailleurs du sexe, la connaissance du VIH allait de 1 % en Afghanistan à 65 % au Myanmar, et chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les niveaux de connaissance allaient de 19 % en Thaïlande à 68 % au Myanmar. Malgré un certain succès dans la mobilisation et l'implication des jeunes dans les services de dépistage et de conseil sur le VIH, il reste beaucoup à améliorer, en particulier en ce qui concerne les jeunes consommateurs de drogues.

Les jeunes bénéficient-ils de services de dépistage et de conseils sur le VIH ?

Pour les pays d'Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est qui ont communiqué des données sur les populations clés âgées de moins de 25 ans qui ont réalisé un dépistage et en ont connu le résultat en 2009 (professionnel(le)s du sexe [15], consommateurs de drogues injectables [12] et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes [14]), les chiffres varient considérablement (Figure 5.5). Le nombre des dépistages au VIH était le plus élevé parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en Chine (42,9%), et le moins élevé, aux Philippines (3,94%). Concernant les professionnel(le)s du sexe, plus de 30% d'entre eux en Chine, en Inde et au Vietnam avaient réalisé un dépistage et bénéficié de services de conseil. Les niveaux de dépistage s'étendaient de 1% aux Philippines à 57% en Thaïlande parmi les consommateurs de drogues injectables, de 4% au Bangladesh à 68% au Myanmar parmi les jeunes professionnel(le)s du sexe, et de 2% au Bangladesh à 70% en Mongolie parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Parmi les jeunes consommateurs de drogues injectables ayant signalé un dépistage au VIH, on en comptait de 20% au Pakistan à 78% au Myanmar.

Les jeunes ayant des partenaires sexuels multiples utilisent-ils des préservatifs ?

Six pays ont communiqué des données sur l'utilisation des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel par les jeunes qui avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois au travers des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS 2010. Très peu de jeunes déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, à l'exception de la Thaïlande, où les multipartenariats sont beaucoup plus courants. L'utilisation du préservatif était supérieure à 50 % chez les jeunes hommes ayant des partenaires multiples au Cambodge et au Myanmar mais de seulement 32,4 % chez les jeunes hommes en Inde, selon les données des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure. Pour les jeunes femmes, les données sur l'utilisation du préservatif ne sont disponibles que pour l'Inde (17,1 %). Pour les pays disposant d'autres données représentatives au niveau national, on constate que l'utilisation du préservatif était supérieure à 50 % chez les jeunes hommes ayant des partenaires multiples au Cambodge (75 %) et au Népal (59 %) mais de seulement 32 % pour les jeunes hommes en Inde.

Treize pays ont communiqué des données sur l'utilisation du préservatif par les jeunes travailleurs du sexe, et 11 pays ont communiqué ces données à la fois pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les jeunes consommateurs de drogues injectables. L'utilisation du préservatif chez les jeunes travailleurs du sexe était proche ou supérieure à 80 % dans huit de ces pays, et n'était inférieure qu'au Bangladesh, en Indonésie et aux Philippines (tous à un niveau juste supérieur à 60 %). En 2009, l'utilisation du préservatif chez les jeunes travailleurs du sexe âgés de moins de 25 ans allait de 39 % au Pakistan à 99 % au Cambodge, avec une valeur médiane de 86 % en Chine. La fréquence de l'utilisation du préservatif chez les jeunes hommes âgés de moins de 25 ans qui ont des rapports sexuels avec des hommes allait de 18 % au Bangladesh à 89 % au Cambodge, et parmi les pays établissant des rapports, 8 des 11 ont signalé des niveaux supérieurs à 50 %. Chez les jeunes consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans, les niveaux d'utilisation du préservatif allaient de 13 % en Inde à 79 % au Myanmar ; neuf des 11 pays établissant des rapports ont signalé des niveaux inférieurs à 50 %.

EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE

Les 11 pays de cette région sont les suivants : Arménie, Azerbaïdjan, Belarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, République de Moldavie, Tadjikistan, Ukraine et Ouzbékistan.

Quel est le pourcentage de jeunes vivant avec le VIH ?

Les pays de l'Europe de l'Est et d'Asie centrale ont des épidémies de VIH faibles et concentrées. Chez les jeunes de la population générale, on estime que moins de 0,2 % des jeunes femmes et 0,1 % des jeunes hommes vivent avec le VIH dans la totalité des pays de la région à l'exception de deux : en Ukraine et en Fédération de Russie où 0,3 % (0,2-0,4 % et 0,3-0,4 %, respectivement) des jeunes femmes et 0,2 % (0,1-0,2 %) des jeunes hommes vivent

avec le VIH. Dans trois pays (Belarus, Kirghizistan, Ukraine), l'épidémie pourrait être en train de connaître une augmentation. La consommation de drogues injectables est le mode le plus commun de transmission du VIH dans la région.

Les partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe et leurs clients contractent le VIH par transmission sexuelle. Au fur et à mesure du développement de l'épidémie, la transmission sexuelle va jouer un rôle plus important, ce qui entraînera plus d'infections parmi la population générale.

L'Ukraine a fait des progrès significatifs dans la réduction du VIH chez les jeunes consommateurs de drogues injectables, mais les jeunes de la population générale restent vulnérables.

L'augmentation de la prévalence du VIH en Ukraine est étroitement liée à l'augmentation des taux d'utilisation des drogues injectables qui s'est développée dans le milieu des années 1990 au cours de la crise socioéconomique qui a suivi l'effondrement de l'Union soviétique. Chez les consommateurs de drogues injectables, cependant, l'épidémie semble régresser. Les données de surveillance dans 17 villes indiquent une réduction considérable des taux de prévalence du VIH au cours des 2-3 dernières années, les plus fortes baisses étant observées chez les jeunes consommateurs de drogues.

La portée des programmes de prévention, notamment la fourniture de matériel d'injection stérile et de préservatifs et l'accès au dépistage du VIH, s'est développée ces dernières années et atteint aujourd'hui plus de 50 % de l'ensemble des consommateurs de drogues injectables. L'épidémie en Ukraine est aussi concentrée chez les travailleurs du sexe, dont certains sont également consommateurs de drogues injectables. Il n'y a cependant pas eu de baisse de la prévalence chez les professionnel(le)s du sexe, dans la mesure où les programmes de prévention efficaces ne touchent que peu de personnes de ce groupe. Les taux de transmission sexuelle du VIH ont augmenté depuis la fin des années 1990, et pourtant la connaissance du VIH et des moyens permettant d'éviter l'infection reste faible chez les jeunes. En 2007, environ 45 % des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans et 43 % de leurs homologues masculins avaient une bonne connaissance VIH, avec des taux faibles similaires entre hommes et femmes. Le niveau de connaissance est particulièrement faible chez les adolescents. Les élèves d'établissements d'enseignement spécialisé du supérieur et du secondaire, qui constituent la population la plus active sexuellement, ne sont pas actuellement touchés par des mesures de prévention du VIH cohérentes au niveau national. Le pourcentage d'établissements d'enseignement général qui disposent d'enseignants formés et assurent un programme de préparation à la vie active axé sur l'adoption d'un mode de vie sain et de prévention du VIH au cours de l'année scolaire précédente n'a pas changé au cours des 3 dernières années : il s'élevait à 59 % seulement en 2009.

Les actions innovantes de sensibilisation sur le VIH auprès de l'ensemble de la population, comme des messages publicitaires à caractère social à la radio et la télévision, et l'intégration de campagnes d'éducation dans des événements sportifs et culturels de haut niveau, restent isolées. Si aucune campagne nationale d'information et d'éducation visant à élargir les connaissances et le comportement des jeunes n'est mise en œuvre dans le pays, l'objectif de 95 % de jeunes ayant une connaissance complète du VIH ne sera pas atteint.

Source : Rapport de situation national à l'intention de l'UNGASS, 2010, Enquêtes démographiques et sanitaires, 2007

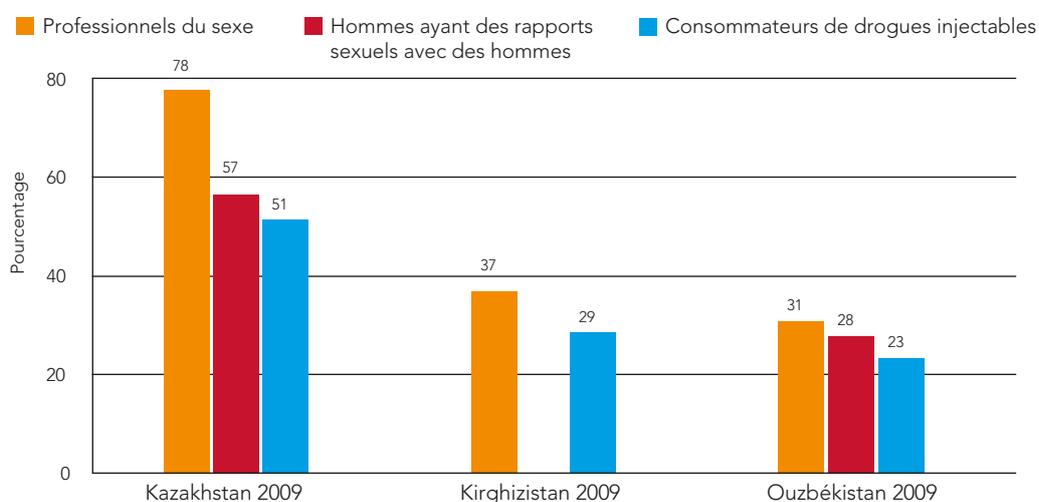
Pour la prévalence du VIH chez les jeunes dans les populations clés, 10 pays ont communiqué des données sur les jeunes consommateurs de drogues injectables, 10 pays ont communiqué des données sur les jeunes professionnel(le)s du sexe et sept pays sur les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Ukraine, l'un des pays prioritaires identifiés dans l'Étude de viabilité de l'ONUSIDA 2009-2011, la prévalence du VIH a été signalée à un niveau de 10 % chez les jeunes consommateurs de drogues injectables, de 9 % chez les jeunes professionnel(le)s du sexe et de 8 % chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Les jeunes ont-ils des connaissances le VIH et la manière d'éviter l'infection ?

Neuf pays ont communiqué des données sur la connaissance complète du VIH au travers des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS. Toutefois, les données des Enquêtes démographiques et sanitaires Mesure montrent que ce n'est qu'en Ukraine que l'on trouve plus de 40 % de jeunes de la population générale disposant de ce niveau de connaissance. Onze pays disposant de données représentatives au niveau national sur la connaissance complète du VIH chez les jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans depuis 2005 montrent des niveaux inférieurs à 50 % dans la population générale. Le niveau de connaissance était particulièrement faible chez les jeunes en Azerbaïdjan (5 % pour les jeunes femmes et les jeunes hommes), au Tadjikistan (2 % pour les jeunes femmes) et en Géorgie (15 % pour les jeunes femmes).

La connaissance du VIH chez les jeunes dans les populations clés est beaucoup plus élevée. Par exemple, en Azerbaïdjan, où il y a de faibles niveaux de connaissance dans la population générale, le niveau de connaissance des jeunes professionnel(le)s du sexe, des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des jeunes consommateurs de drogues injectables allait de 30 à 60 %.

Figure 5.6 : UNGASS Indicateur 8 : Données communiquées par les pays sélectionnés sur les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et ont reçu les résultats de leur test



Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010

Les jeunes bénéficient-ils de services de dépistage du VIH et de conseil ?

La couverture des services de dépistage du VIH est indiquée dans la Figure 5.6 pour trois pays qui ont communiqué des données sur les populations clés par le biais des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS. L'utilisation de ce service était de plus de 50 % pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes professionnel(le)s du sexe et les jeunes consommateurs de drogues injectables au Kazakhstan. En Ouzbékistan, 20 à 30 % de l'ensemble de ces trois populations clés de jeunes avaient bénéficié de conseils et de dépistage du VIH, et c'était aussi le cas des jeunes consommateurs de drogues injectables et des jeunes professionnel(le)s du sexe au Kirghizistan. Le Kirghizistan n'a pas communiqué de données sur la couverture pour le dépistage du VIH pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Les jeunes ayant des partenaires sexuels multiples utilisent-ils des préservatifs ?

Huit pays ont communiqué des données sur l'utilisation de préservatifs au cours du dernier rapport sexuel par les jeunes qui avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, au travers des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS 2010. Quatre pays avaient fourni des données représentatives au niveau national sur l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel par les jeunes femmes ou les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois. L'utilisation du préservatif était supérieure à 50 % en Arménie (78,6 % des jeunes femmes), en République de Moldavie (60 % des jeunes hommes) et en Ukraine (62,7 % des jeunes femmes, 63,7 % des jeunes hommes). L'utilisation du préservatif était de 28,6 % chez les jeunes hommes en Azerbaïdjan et de 29,6 % chez les jeunes femmes en République de Moldavie.

Dix pays ont communiqué des données sur l'utilisation des préservatifs par les jeunes dans les populations clés. L'utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe âgés de moins de 25 ans avec leur dernier client allait de 67 % au Belarus à 100 % en Géorgie. L'utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe avec leur dernier client était supérieure ou équivalente à 80 % dans huit de ces pays, et n'était inférieure à ce niveau qu'au Belarus et en Fédération de Russie (68 %). L'utilisation du préservatif chez les jeunes hommes âgés de moins de 25 ans qui ont des relations sexuelles avec des hommes était supérieure ou équivalente à 50 % dans les sept pays ayant établi des rapports, et allaient de 48 % en Azerbaïdjan à 91 % en Ouzbékistan. Parmi les jeunes consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans, on a pu observer dans 10 pays des écarts plus importants et des taux inférieurs d'utilisation du préservatif qui allaient de 19 % en Azerbaïdjan à 85 % en Géorgie.

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Les 19 pays de cette région sont les suivants : Algérie, Arabie Saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats Arabes Unis, Israël, Jordanie, Jamahiriya arabe libyenne, Koweït, Liban, Maroc, Oman, République arabe syrienne, République islamique d'Iran, Somalie, Soudan, Tunisie et Yémen.

Quel est le pourcentage de jeunes vivant avec le VIH ?

Les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord ont pour la plupart des épidémies de faible niveau, et dans tous les pays sauf trois, la prévalence est inférieure ou égale à 0,12 % chez les jeunes femmes et les jeunes hommes. Des taux plus élevés sont observés à Djibouti (1,9 % [1 à 2,9 %] des jeunes femmes, 0,8 % [de 0,4 à 1,3 %] des jeunes hommes), au Soudan (1,3 % [0,9–1,8 %] des jeunes femmes, 0,5 % [0,4 à 0,7 %] des jeunes hommes) et en Somalie (0,6 % [allant de 0,4 à 1,1 %] des jeunes femmes, 0,4 % [0,3 à 0,7 %] des jeunes hommes). Les principales voies de transmission sont variables dans la région, la transmission par voie hétérosexuelle étant le principal mode de transmission dans des pays comme l'Algérie et la Syrie. Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont un mode de transmission reconnu au Liban. L'utilisation de matériel d'injection contaminé joue un rôle dans l'épidémie dans plusieurs pays du Moyen-Orient. Deux pays ont communiqué des données sur la prévalence du VIH chez les jeunes consommateurs de drogues injectables et quatre pays ont communiqué des données sur les jeunes professionnel(le)s du sexe. Aucun pays n'a communiqué de données sur les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Les jeunes ont-ils des connaissances sur le VIH et la manière d'éviter l'infection ?

Parmi les huit pays qui avaient des données représentatives au niveau national sur la connaissance complète du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les niveaux de connaissance étaient largement inférieurs à 50 %. Chez les jeunes femmes, les niveaux de connaissance allaient de 2 % au Yémen, à 11,7 % au Maroc et jusqu'à 18 % à Djibouti. Seule l'Égypte disposait de données sur les jeunes hommes (18 %). Comme le VIH est associé à la promiscuité sexuelle dans de nombreux pays de la région, les informations publiques ne sont pas facilement accessibles, en particulier pour les jeunes. Deux pays – la République islamique d'Iran et la Tunisie – ont déclaré des niveaux de connaissance inférieurs à 25 % sur la connaissance du VIH chez les jeunes consommateurs de drogues injectables âgés de moins de 25 ans, les jeunes hommes âgés de moins de 25 ans ayant des rapports sexuels avec des hommes et les jeunes professionnel(le)s du sexe âgés de moins de 25 ans.

Huit pays ont communiqué ces données au travers des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS 2010. Les connaissances étaient particulièrement faibles (très inférieures à 50 %) chez les jeunes femmes au Soudan (7 %), chez les jeunes à Oman (4 %) et chez les jeunes hommes en Tunisie (8 %). Les cinq autres pays sont l'Algérie, Djibouti, l'Égypte, la République islamique d'Iran et la Somalie. Comme le VIH est associé à la promiscuité sexuelle dans de nombreux pays de la région, les informations publiques ne sont pas facilement accessibles, en particulier pour les jeunes. Trois pays ont communiqué des données sur la connaissance du VIH chez les jeunes consommateurs de drogues injectables, les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les jeunes professionnel(le)s du sexe, avec un niveau de connaissance inférieur à 20 % pour deux des trois pays pour lesquels on dispose de données.

Les jeunes bénéficient-ils de services de dépistage du VIH et de conseils ?

Six pays (Algérie, République islamique d’Iran, Maroc, Tunisie, Djibouti, Soudan) ont communiqué des données sur le dépistage du VIH chez les populations clés par le biais des rapports nationaux à l’intention de l’UNGASS. La couverture de ces services variait d’un maximum de 92 % chez les jeunes professionnel(le)s du sexe à Djibouti à 6 % pour les jeunes professionnel(le)s du sexe au Soudan et chez les jeunes consommateurs de drogues injectables en Tunisie.

Les jeunes ayant des partenaires sexuels multiples utilisent-ils des préservatifs ?

Deux pays ont communiqué des données sur l’utilisation des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel par les jeunes qui avaient eu plus d’un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois au travers des Rapports de situation nationaux à l’intention de l’UNGASS 2010. Toutefois, aucun des pays de cette région ne dispose de données représentatives au niveau national concernant l’utilisation du préservatif.

Quatre pays (Djibouti, République islamique d’Iran, Maroc, Soudan) ont fourni des données sur l’utilisation de préservatifs par les jeunes dans les populations clés. L’utilisation du préservatif par les jeunes professionnel(le)s du sexe avec leur dernier client était de 40–60 % dans la République islamique d’Iran, au Maroc et au Soudan et de 90 % à Djibouti. Seule la République islamique d’Iran a communiqué des données sur l’utilisation du préservatif chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (46 %) et l’utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel par les jeunes consommateurs de drogues injectables (34 %). Seulement 15 % des jeunes consommateurs de drogues injectables au Maroc ont indiqué avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel.

AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD

Les 19 pays de cette région sont les suivants : Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Surinam, Uruguay et République bolivarienne du Venezuela.

Quel est le pourcentage de jeunes vivant avec le VIH ?

Les pays d’Amérique centrale et d’Amérique du Sud ont des épidémies de VIH faibles et concentrées. Chez les jeunes dans l’ensemble de la population, on estime que 0,6 % ou moins des jeunes âgés de 15 à 24 ans vivent avec le VIH. Les exceptions sont le Belize (1,8 % [1,4 à 2,7 %] des jeunes femmes, 0,7 % [0,5 à 1,1 %] des jeunes hommes) et le Guyana (0,8 % [0,2 à 1,5 %] des jeunes femmes, 0,6 % [0,2–1 %] des jeunes hommes). On a observé peu de changements dans les épidémies en Amérique centrale et du Sud au cours de ces dernières années, et elles continuent d’être concentrées chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Pour la prévalence du VIH chez les jeunes dans les populations clés, aucun pays n’a communiqué de données sur la prévalence du VIH chez les jeunes consommateurs de drogues injectables, tandis que 3 pays (Honduras, Colombie, Guyana) ont communiqué des estimations pour les jeunes professionnel(le)s du sexe et que trois pays (Chili, Honduras, Uruguay) ont fourni des données sur les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Au Brésil, l’un des pays prioritaires identifiés dans l’Étude de viabilité de l’ONUSIDA 2009–2011, la prévalence du VIH chez les jeunes est estimée à moins de 0,1 %, mais, en dépit de la faible prévalence du VIH, une proportion significative de l’ensemble des personnes vivant avec le VIH dans la région vivent au Brésil, du fait de la population importante et relativement jeune du pays. Le Brésil n’a pas transmis de données sur la prévalence du VIH ventilées pour les jeunes dans les populations clés, mais des estimations sont disponibles pour les trois populations dans leur ensemble.

Les jeunes ont-ils des connaissances sur le VIH et la manière d’éviter l’infection ?

Sur les pays disposant de données représentatives au niveau national sur la connaissance complète du VIH chez les jeunes femmes ou hommes âgés de 15 à 24 ans, seul le Guyana a signalé des niveaux de connaissance de 50 %

ou plus. Cinq pays ont communiqué des données représentatives au niveau national sur cet indicateur au travers des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure, dans lesquelles le Guyana obtenait 52,6 % de connaissance complète sur le VIH chez les jeunes femmes. Les autres pays (Bolivie, Honduras, Nicaragua, Pérou) ont signalé un niveau de connaissance du VIH inférieur à 30 % chez les jeunes femmes. Seuls la Bolivie et le Guyana ont communiqué des données sur les jeunes hommes.

Douze pays ont signalé des données sur la connaissance complète du VIH par le biais des rapports à l'intention de l'UNGASS : Argentine, Belize, Brésil, Chili, Bolivie, Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Pérou, Uruguay et Panama. Les niveaux de connaissances chez les jeunes allaient de 10 % à un peu plus de 50 %.

Cinq pays ont communiqué des données sur la connaissance du VIH chez les jeunes professionnel(le)s du sexe, six pays sur la connaissance du VIH chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et aucun n'a fourni des données sur la connaissance du VIH chez les jeunes consommateurs de drogues injectables. Le niveau de connaissance était inférieur à 20 % chez les jeunes professionnel(le)s du sexe au Guatemala (4 %) et chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Honduras (9 %).

Les jeunes bénéficient-ils de services de dépistage du VIH et de conseils ?

Sept pays ont communiqué des données sur le dépistage du VIH et les conseils proposés aux jeunes dans les populations clés. Plus de 80 % des jeunes professionnel(le)s du sexe au Chili, au Guatemala au Guyana et au Honduras ont bénéficié de services de dépistage du VIH et de conseils. Seul le Pérou a enregistré une faible couverture, avec moins de 5 % des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des jeunes professionnel(le)s du sexe bénéficiant de ces services. Les autres pays qui ont communiqué des données sont la Bolivie et la Colombie.

Les jeunes ayant des partenaires sexuels multiples utilisent-ils des préservatifs ?

Treize pays ont communiqué des données sur l'utilisation des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel par les jeunes qui avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois par le biais des Rapports à l'intention de l'UNGASS. Les pays disposant de données représentatives au niveau national au travers des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure sur l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel ont signalé un taux d'utilisation de 76,1 % par les jeunes hommes au Guyana et de 40,7 % en Bolivie. Aucun de ces pays n'a fourni de données sur les jeunes femmes. La Colombie, le Honduras, le Nicaragua et le Pérou ont indiqué que l'utilisation du préservatif était inférieure à 40 % chez les jeunes femmes. L'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel était supérieure à 50 % pour les jeunes femmes au Paraguay et au Suriname. Pour tous les pays, l'utilisation du préservatif est plus faible pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes. Huit pays ont communiqué des données sur l'utilisation du préservatif chez les jeunes dans les populations clés au travers des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS 2010. L'utilisation du préservatif avec leur dernier client était proche de 70 % ou supérieure pour les jeunes professionnel(le)s du sexe en Bolivie, au Chili, en Colombie, au Guatemala, au Guyana et au Honduras, et seul le Guyana avait un taux plus faible (57 %). Pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin allait d'un minimum de 43 % en Uruguay à un maximum de 100 % au Guyana.

CARAÏBES

Les 13 pays de cette région sont les suivants : Antigua et Barbuda, Bahamas, Barbade, Cuba, Dominique, République dominicaine, Grenade, Haïti, Jamaïque, Saint Kitts et Nevis, Sainte Lucie, Saint Vincent et les Grenadines et Trinité-et-Tobago.

Quel est le pourcentage de jeunes vivant avec le VIH ?

La prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans les Caraïbes est estimée à 1,5 % ou moins dans tous les pays, sauf un : aux Bahamas, 3,1 % [de 0,8 à 6,6 %] des jeunes femmes et 1,4 % [0,5 à 2,8 %] des jeunes hommes vivent avec le VIH. Les rapports sexuels non protégés entre hommes et femmes sont le principal mode de transmission du VIH dans les Caraïbes.

Quatre pays ont communiqué des données sur la prévalence du VIH chez les jeunes dans les populations clés. Les estimations de prévalence du VIH varient de moins de 1 % des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des jeunes professionnel(le)s du sexe à Cuba, à 28 % des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Jamaïque.

Les jeunes ont-ils des connaissances sur le VIH et la manière d'éviter l'infection ?

Seuls Haïti et la République dominicaine disposaient de données comparables représentatives au niveau national pour les jeunes femmes (33,9 % et 40,8 %) et les jeunes hommes (40,1 % et 33,7 %) à partir des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure. Toutefois, six pays ont signalé des données sur la connaissance complète du VIH par le biais des rapports à l'intention de l'UNGASS : La Barbade, Sainte Lucie, Saint Vincent et les Grenadines, République dominicaine, Haïti et Jamaïque. Trois pays ont signalé des niveaux de connaissance supérieurs à 50 % : Cuba, Jamaïque et Trinité-et-Tobago. Les autres pays (République dominicaine, Haïti) avaient des niveaux de connaissances de plus de 30 % chez les jeunes hommes et les jeunes femmes.

Cinq pays ont communiqué des données sur la connaissance du VIH chez les jeunes consommateurs de drogues injectables, les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les jeunes professionnel(le)s du sexe, avec un niveau de connaissance inférieur à 20 % pour les jeunes professionnel(le)s du sexe à Haïti. Les niveaux de connaissance allaient de 5 % des jeunes professionnel(le)s du sexe à Haïti à un maximum de 65 % des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Cuba.

Les jeunes bénéficient-ils de services de dépistage du VIH et de conseils ?

Les données fournies sur le dépistage du VIH et le conseil pour les jeunes femmes en République dominicaine et à Haïti étaient de 18,1 % et 6,4 % respectivement. Ces mêmes pays ont signalé des chiffres de 10,2 % et 3,4 % pour les jeunes hommes. Six pays ont communiqué des données sur le dépistage du VIH et les conseils proposés aux jeunes dans les populations clés. Plus de 70 % des jeunes professionnel(le)s du sexe à la Barbade, à Haïti et en Jamaïque, et des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Haïti, ont bénéficié de services de dépistage du VIH et de conseils. Moins de 50 % des jeunes professionnel(le)s du sexe aux Bahamas et en Jamaïque ont bénéficié de services de dépistage du VIH et de conseils. Seul Cuba a enregistré une couverture inférieure à 30 % pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les jeunes professionnel(le)s du sexe. Seule Sainte-Lucie a enregistré une couverture inférieure à 30 % pour les jeunes consommateurs de drogues injectables.

Les jeunes ayant des partenaires sexuels multiples utilisent-ils des préservatifs ?

Quatre pays ont communiqué des données sur l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel par les jeunes qui avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois par le biais des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS : Saint Vincent et les Grenadines, la République dominicaine, Haïti et la Jamaïque. Seuls Haïti et la République dominicaine disposent de données sur l'utilisation du préservatif chez les jeunes femmes (22,6 % et 33,9 %, respectivement) et les jeunes hommes (50,5 % et 61,8 % respectivement) issus des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure.

Cinq pays (Bahamas, Cuba, Haïti, Jamaïque, Sainte-Lucie) ont communiqué des données sur l'utilisation du préservatif chez les jeunes dans les populations clés. L'utilisation du préservatif avec leur dernier client était supérieure à 50 % chez les jeunes professionnel(le)s du sexe à Cuba et Haïti. Chez les hommes jeunes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel anal était supérieur à 70 % aux Bahamas, en Jamaïque et à Sainte-Lucie, mais seulement de 30 % à Cuba.

OCÉANIE

Les 13 pays de cette région sont les suivants : Australie, Fidji, Îles Marshall, États fédérés de Micronésie, Nauru, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Îles Salomon, Tonga, Tuvalu et Vanuatu.

Quel est le pourcentage de jeunes vivant avec le VIH ?

Les États insulaires de cette région ont des populations jeunes. Les changements sociaux dans certains pays ont entraîné une augmentation de la consommation d'alcool et des comportements sexuels à risque chez les jeunes, ce qui contribue aux risques et aux vulnérabilités. À l'exception de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, où la prévalence du VIH chez les jeunes est estimée à 0,8 % [de 0,6 à 1,2 %] pour les femmes et 0,3 % [0,2-0,5 %] pour les hommes, la prévalence du VIH est très faible (0,1 % ou moins). Le taux de nouvelles infections VIH dans la région apparaît globalement en déclin et s'est stabilisé en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Dans plusieurs pays, l'épidémie est largement concentrée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, cependant, les rapports sexuels non protégés entre hommes et femmes constituent le principal mode de transmission. La Papouasie-Nouvelle-Guinée est le seul pays de la région à communiquer des estimations de la prévalence du VIH chez les jeunes professionnel(le)s du sexe (7 %) et chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (2 %).

Les jeunes ont-ils des connaissances sur le VIH et la manière d'éviter l'infection ?

Les îles Marshall et les Samoa disposaient de données comparables représentatives au niveau national issues des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure sur la connaissance du VIH, qui étaient respectivement de 4,1 % et 26,6 % pour les jeunes femmes et de 7,4 % et 44,4 % pour les jeunes hommes. Au travers des rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, cinq pays ont communiqué des données sur la connaissance du VIH chez les jeunes hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans : Tuvalu, îles Marshall, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée et Tonga. Seul Tuvalu a signalé des niveaux de connaissance supérieurs à 50 % chez les jeunes hommes. Seule la Papouasie-Nouvelle-Guinée a signalé des données sur la connaissance du VIH chez les jeunes dans les populations clés : le niveau de connaissance était de 73 % chez les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et de 39 % chez les jeunes professionnel(le)s du sexe.

Les jeunes bénéficient-ils de services de dépistage du VIH et de conseils ?

Deux pays ont communiqué des données sur le dépistage du VIH et les conseils proposés aux jeunes dans les populations clés. Plus de 60 % des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Australie, et plus de 50 % des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des jeunes professionnel(le)s du sexe en Papouasie-Nouvelle-Guinée, ont bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseils.

Les jeunes ayant des partenaires sexuels multiples utilisent-ils des préservatifs ?

Quatre pays ont communiqué des données sur l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel par les jeunes qui avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois par le biais des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS : îles Marshall, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Palau et Tonga. Seules les îles Marshall disposaient de données pour les jeunes hommes (22,6 %) issues des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a transmis des données sur l'utilisation du préservatif par les jeunes professionnel(le)s du sexe avec leur dernier client (53 %). Des taux de 27 %, 41 % et 63 % ont été communiqués respectivement par Tonga, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Vanuatu, pour l'utilisation du préservatif par les jeunes hommes au cours de leur dernier rapport sexuel anal avec un homme. L'Australie a signalé une utilisation du préservatif de 32 % lors du dernier rapport sexuel pour les jeunes consommateurs de drogues injectables.

AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE DE L'OUEST ET EUROPE CENTRALE

Les trois pays d'Amérique du Nord sont : le Canada, le Mexique et les États-Unis d'Amérique. Les 37 pays d'Europe occidentale et centrale sont les suivants : Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas,

Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse et Turquie.

Quel est le pourcentage de jeunes vivant avec le VIH ?

Les pays de ces régions ont des épidémies de bas niveau, même s'il y a des poches de prévalence plus élevée dans les populations clés plus à risque d'être infectées par le VIH. Parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, moins de 0,2 % vivent avec le VIH. Les rapports sexuels non protégés entre hommes continuent d'être le premier mode de transmission du VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale, mais l'utilisation de matériel d'injection contaminé et les rapports sexuels hétérosexuels non protégés sont aussi des facteurs.

Les jeunes ont-ils des connaissances sur le VIH et la manière d'éviter l'infection ?

Neuf pays ont communiqué par le biais des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS des données sur l'indicateur relatif à la connaissance complète du VIH : Albanie, Bulgarie, Estonie, Grèce, Lituanie, Norvège, Serbie, Suède et Ex République yougoslave de Macédoine. Seule l'Albanie a fourni des données issues des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure pour les jeunes femmes (35,9 %) et les jeunes hommes (22 %). Le niveau de connaissance du VIH est faible en Bulgarie et en Serbie, où 25 % ou moins des jeunes hommes et femmes disposent des connaissances dont ils ont besoin pour se protéger du VIH.

Les jeunes bénéficient-ils de services de dépistage du VIH et de conseils ?

Huit pays ont communiqué des données pour cet indicateur pour les jeunes hommes et les jeunes femmes par le biais des Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS. Seule l'Albanie a fourni des données issues des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure (1 %).

En Amérique du Nord, le Canada et le Mexique ont communiqué des données sur cet indicateur chez les jeunes consommateurs de drogues injectables et les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (taux allant de 12 % à 49 %). Neuf pays d'Europe occidentale et centrale ont fourni des données pour cet indicateur pour les jeunes professionnel(le)s du sexe, 13 pays en ont fourni pour les jeunes consommateurs de drogues injectables, et 16 pays pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Europe occidentale et centrale, les données transmises pour le dépistage du VIH et le conseil pour les jeunes consommateurs de drogues injectables allaient de moins de 20 % dans trois pays (le niveau le plus bas étant enregistré en Bosnie à 12 %) à plus de 50 % dans six pays. Le taux le plus élevé est de 100 % en Hongrie. Pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les taux allaient d'un minimum de 20 % au Royaume-Uni à un maximum de 100 % en Hongrie.

Les jeunes ayant des partenaires sexuels multiples utilisent-ils des préservatifs ?

Dix pays ont communiqué des données sur cet indicateur par le biais des rapports nationaux à l'intention de l'UNGASS. Dans toute la région, les jeunes hommes sont plus susceptibles que les jeunes femmes d'utiliser des préservatifs. Aucun pays n'a indiqué qu'il disposait de données des Enquêtes démographiques et sanitaires Measure. Les taux les plus élevés d'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel ont été enregistrés par les jeunes femmes en Serbie (80,4 %).

Pour l'Amérique du Nord, le Mexique a communiqué des données pour les trois groupes de populations clés. Le Canada n'a pas transmis de données sur l'utilisation du préservatif par les jeunes professionnel(le)s du sexe avec leur dernier client. En Europe occidentale et centrale, 10 pays ont fourni des données sur l'utilisation du préservatif par les jeunes professionnel(le)s du sexe avec leur dernier client, huit pays signalant des taux de 70 % ou plus ; 14 pays ont transmis des données sur l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel anal pour les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, allant de 13 % en Grèce à 79 % en Suisse, et neuf pays ont fourni des données sur l'utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel pour les jeunes consommateurs de drogues injectables allant de 10 % en Suède à 71 % en Estonie.



6. Synthèse et recommandations

Ces recommandations sont destinées aux responsables de programmes et aux décideurs ministériels, aux programmes nationaux de lutte contre le VIH, à la société civile (notamment aux organisations de jeunes et/ou destinées aux jeunes), aux membres de l'Équipe conjointe des Nations Unies sur le sida de chaque pays, aux donateurs, aux jeunes, et à d'autres partenaires travaillant au niveau national et international dans l'objectif de renforcer la lutte contre le sida parmi la jeune population de chaque pays et d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Épidémiologie

L'épidémie est en baisse, mais il faut en faire plus

Des changements positifs dans les comportements sexuels, qui coïncident avec des baisses de 25 % ou plus de la prévalence du VIH chez les jeunes dans 15 des 21 pays les plus affectés, indiquent que les efforts de prévention du VIH ont un impact. Il y a des stratégies de prévention efficaces du VIH qui encouragent des comportements sexuels responsables et amènent les normes sociales et culturelles à favoriser ces comportements responsables afin que les jeunes prennent des actions réelles pour se protéger contre le VIH.

- Perfectionner, élargir et soutenir des programmes efficaces de lutte contre le VIH pour les jeunes afin de renforcer ces tendances positives.

Connaître l'épidémie locale et adapter la réponse à des sous-groupes spécifiques de jeunes

Les jeunes, surtout les jeunes femmes, sont vulnérables au VIH dans les pays à épidémie généralisée. Dans les pays à épidémies concentrées et peu actives, les nouvelles infections VIH interviennent surtout chez les jeunes consommateurs de drogues injectables, les jeunes professionnel(le)s du sexe et les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Même lorsqu'il existe des données pour évaluer les risques et les vulnérabilités spécifiques des jeunes dans ces populations clés, les informations ne sont pas toujours utilisées au moment de la conception des programmes.

- Reconnaître que les jeunes femmes, et les jeunes au sein des populations clés, ont des besoins spécifiques et que les programmes doivent être conçus pour répondre à ces besoins.

Même dans les pays à épidémies généralisées, des nouvelles infections à VIH sont également signalées chez les jeunes dans les populations clés. La plupart des efforts de prévention du VIH sont adaptés pour les jeunes en général, et il est difficile de savoir comment conjuguer et compléter au mieux ces approches par des efforts visant à mobiliser les jeunes dans les populations clés.

- Pour les jeunes se trouvant dans des pays où les épidémies sont généralisées, les programmes et les ressources devraient répondre aux besoins spécifiques des jeunes en général, en mettant particulièrement l'accent sur les jeunes femmes. Dans les pays où l'épidémie est concentrée, la priorité devrait être accordée aux jeunes dans les populations clés.

Rapports de niveau mondial

Les données sont essentielles pour améliorer les programmes

Les pays n'ont pas tous fourni des informations pour les indicateurs UNGASS des données ventilées par âge et par sexe pour les jeunes, et pourtant ces données sont nécessaires à la fois au niveau national et au niveau international pour comprendre la situation de l'épidémie pour les jeunes, et la réponse apportée.

- ▶ Collecter, compiler et diffuser des données sur tous les indicateurs UNGASS pertinents, notamment sur le traitement du VIH (au niveau national et international), ventilées par âge et par sexe.
- ▶ Assurer un suivi des ressources dans les catégories de dépenses liées au sida correspondant aux jeunes, et obtenir les engagements des gouvernements nationaux à investir dans la lutte contre le VIH et pour les jeunes.

Les informations contenues dans les Rapports de situation nationaux sur les programmes VIH spécifiques aux jeunes sont insuffisantes. Lorsque l'information est disponible, il y a un manque de cohérence dans la terminologie utilisée par les pays et les significations sont souvent peu claires, et l'analyse des données devient par conséquent un problème.

- ▶ Dans le cadre de l'établissement régulier des rapports, inclure les caractéristiques démographiques des jeunes recevant les services de prévention du VIH, et les types de programme et de service qu'ils reçoivent.
- ▶ Instaurer une culture de la rédaction des rapports qui utilise des définitions d'indicateurs et des méthodologies standard dans les pays, afin d'avoir des données sur les jeunes qui puissent faire l'objet d'une comparaison d'un pays à l'autre.

De nombreux pays ont communiqué des données sur des programmes pour les populations clés, mais, souvent, peu d'informations sont fournies sur les jeunes au sein de ces populations clés, et peu d'attention est accordée aux programmes spécifiques à ces sous-groupes de jeunes.

- ▶ Recueillir et compiler des informations stratégiques plus précises, avec des données ventilées par âge et par sexe sur les jeunes dans les populations clés lorsque les programmes pour les populations clés à risque plus élevé d'infection VIH sont une partie importante du programme national de lutte contre le VIH.

Connaissances

Un niveau de connaissance insuffisant

Malgré une large sensibilisation, le niveau de connaissance complète du VIH est faible, même dans les pays les plus affectés par le VIH. Selon les plus récentes enquêtes basées sur la population dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, seuls 24 % des jeunes femmes et 36 % des jeunes hommes ont répondu correctement à cinq questions posées sur la prévention du VIH et les idées fausses sur la transmission du VIH. Ce chiffre est très inférieur à l'objectif mondial fixé pour 2010 qui vise à s'assurer que 95 % des jeunes ont accès à des informations sur le VIH pour réduire leur vulnérabilité. Comme énoncé dans la Déclaration politique sur le VIH/SIDA de juin 2011, les pays s'engagent à se procurer les moyens pour exploiter le potentiel de nouveaux modes de connexion et de communication, en particulier pour les jeunes.

- ▶ Développer et intensifier les efforts visant à toucher les jeunes en leur fournissant de façon adaptée à leur âge les informations dont ils ont besoin pour favoriser la prise de décisions positives pour leur santé sexuelle.
- ▶ Concevoir et adapter les programmes afin de toucher les jeunes en leur apportant des informations adaptées de façon innovante, notamment en utilisant les technologies de l'information et de la communication (par ex. téléphones portables, médias sociaux).
- ▶ Renforcer les apprentissages en terme d'éducation sexuelle complète et de préparation à la vie active aux jeunes scolarisés et non scolarisés, tout en assurant leur qualité.

Comportement

L'utilisation du préservatif doit encore être accrue

Les jeunes dans les pays les plus affectés par le VIH ont déclaré qu'ils attendaient plus longtemps pour devenir sexuellement actifs, en ayant moins de partenaires sexuels multiples, et ceux qui avaient des partenaires multiples déclaraient une utilisation accrue de préservatifs. Bien qu'il s'agisse de tendances positives, les jeunes continuent à s'exposer au risque du VIH, des MST et des grossesses non désirées en multipliant leurs partenaires sexuels et en n'utilisant pas de préservatifs. Les jeunes hommes utilisent plus les préservatifs que les jeunes femmes, mais une augmentation de l'utilisation des préservatifs par les jeunes hommes et femmes reste nécessaire.

- ▶ Développer la couverture des programmes visant à réduire le nombre de partenaires sexuels et à accroître l'utilisation des préservatifs par les jeunes femmes et les jeunes hommes.

Les jeunes professionnel(le)s du sexe, les jeunes consommateurs de drogues injectables et les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent utiliser les préservatifs avec leurs partenaires sexuels, car ils sont confrontés à un risque élevé d'exposition au VIH. Malgré ce risque élevé, l'utilisation correcte et régulière du préservatif est loin d'être universelle.

- ▶ Développer les efforts visant à toucher les jeunes dans les populations clés, à risque plus élevé de VIH, avec des programmes de prévention du VIH, notamment avec la mise à disposition de préservatifs.

Services

Le recours aux services de dépistage et de conseil sur le VIH est faible

Le faible recours à des services de dépistage et de conseil chez les jeunes dans certains des pays les plus affectés indique que les jeunes peuvent ne pas avoir accès à des services de dépistage du VIH et de conseil. Les jeunes devraient être en mesure d'accéder le plus tôt possible à des services de dépistage du VIH et de conseil, puis être réorientés vers des services de prévention du VIH et vers un traitement précoce pour renforcer l'efficacité de la thérapie antirétrovirale. Tous les jeunes doivent avoir accès à des services qui les aideront non seulement à éviter d'être affectés par le VIH mais aussi à améliorer leur situation en terme de santé reproductive.

- ▶ Concevoir et adapter les services de dépistage du VIH et de conseil pour fournir aux jeunes des informations correctes et cohérentes qu'ils peuvent comprendre, et grâce auxquelles ils peuvent agir en conséquence.
- ▶ Réviser et réformer les politiques et les lois qui constituent des obstacles et empêchent les jeunes de consulter des services de lutte contre le VIH, comme l'autorisation parentale ou celle du conjoint.
- ▶ Intégrer les services VIH aux autres services de santé pour en accroître la fréquentation, en particulier chez les jeunes femmes.

Adapter les services de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH

Les services de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ne sont pas spécifiquement adaptés aux jeunes, et la plupart des pays ne fournissent que peu d'informations sur l'utilisation de ces services par les jeunes. Par exemple, on ne sait pas combien de jeunes gens reçoivent un traitement contre le VIH. Les services de santé doivent être adaptés aux jeunes et à leur développement. Un appui est souvent nécessaire pour faciliter le passage des adolescents des services de traitement principalement pédiatriques aux services de traitement pour adultes.

- ▶ Renforcer la couverture et la qualité des services de santé, notamment des services de traitement du VIH, pour développer et mettre en œuvre des services adaptés aux jeunes qui sont accessibles et répondent aux besoins des jeunes.

Soutenir les orphelins et les autres enfants vulnérables

La faible couverture des programmes fournissant une aide et des soins extérieurs aux foyers qui s'occupent d'orphelins et d'autres enfants vulnérables, en particulier dans les pays les plus affectés par l'épidémie mondiale de VIH, suscite toujours des préoccupations. Bien que l'augmentation du niveau de scolarisation de ces enfants soit encourageante, il reste encore beaucoup à faire pour répondre à leurs besoins.

- ▶ Améliorer et développer les programmes visant à fournir un soutien économique et social aux foyers qui s'occupent d'orphelins et d'autres enfants vulnérables.

Les besoins des jeunes femmes et des jeunes hommes sont différents

Les jeunes femmes et les jeunes hommes sont inégaux face au risque et à la vulnérabilité liées à l'infection, ainsi que dans la capacité à accéder aux programmes et services disponibles. Les femmes ont souvent moins de pouvoir que les hommes sur leur santé reproductive et un accès moindre aux programmes et aux services.

- ▶ Tenir compte du fait que les besoins des jeunes hommes et des jeunes femmes sont différents, adapter les programmes pour qu'ils répondent à ces besoins différents et s'assurer que les services sont adaptés à l'âge des jeunes.

Il existe de grandes différences chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans en terme de développement physique, émotionnel et social. Si l'on parvient à toucher certains jeunes grâce aux programmes en milieu scolaire, il est beaucoup plus difficile d'atteindre les jeunes non scolarisés. Les jeunes non scolarisés constituent un vaste sous-ensemble de jeunes d'âges, de niveaux d'étude et de situations socio-économiques différents. Les programmes doivent pouvoir toucher ceux qui sont les plus vulnérables.

- ▶ Identifier les lacunes dans la couverture des différents sous-ensembles de jeunes qui sont les plus vulnérables, et impliquer ceux qui sont négligés en utilisant des approches de proximité comme des programmes de sports, des clubs, des groupes d'activités dédiés aux jeunes et d'autres formes de sensibilisation sur le terrain par des jeunes.

Politiques et programmes

Supprimer les obstacles à l'accès aux services liés au VIH

Il existe encore des réglementations et des politiques nationales qui représentent des obstacles à l'accès aux initiatives en matière de VIH pour les jeunes de tous âges. En outre, comme beaucoup de jeunes n'ont pas atteint l'âge de la majorité (soit 18 ans dans la plupart des pays), il peut y avoir des limites supplémentaires à l'accès aux services de santé et des éléments qui dissuadent de leur utilisation. Les obstacles sont aussi souvent plus importants pour les jeunes dans les populations clés, qui peuvent être confrontés à une stigmatisation et à une discrimination liées au VIH.

- ▶ Réviser et appliquer des politiques qui respectent les principes des droits humains et suppriment les obstacles juridiques en faveur des jeunes afin qu'ils accèdent aux services de prévention du VIH, notamment aux préservatifs.

- ▶ Il est nécessaire de revoir et réformer les lois et les politiques qui pénalisent les jeunes dans les populations clés et les empêchent d'accéder aux programmes et services liés au VIH, et de plaider pour un changement des normes sociales et culturelles.

Allouer et maintenir les ressources visant les programmes sur le VIH destinés aux jeunes

Les contraintes pesant sur les ressources financières et le manque de volonté de la part des responsables politiques empêchent les gouvernements nationaux de fournir des ressources suffisantes pour les jeunes dans le secteur de l'éducation, de la santé, de l'emploi et les autres secteurs de développement. Bien que les jeunes puissent être considérés comme une population prioritaire dans les stratégies nationales multisectorielles sur le sida, en l'absence de fonds destinés à soutenir des programmes adaptés aux jeunes, leurs besoins de prévention et de traitement du VIH risquent de ne pas être satisfaits.

- ▶ Intégrer des programmes de prévention et de traitement spécifiques aux jeunes et chiffrés dans les plans stratégiques nationaux sur le sida.
- ▶ Veiller à ce que les pays allouent dans le cadre de la stratégie multisectorielle contre le sida, des budgets nationaux qui prennent en compte les besoins de prévention, de traitement, de soins et d'appui des jeunes en matière de VIH.
- ▶ Concrétiser une meilleure coordination entre les différents partenaires (par ex. ministères, société civile [notamment organisations dirigées par des jeunes], secteur privé, agences de l'ONU, donateurs) au niveau national pour compléter et maintenir les ressources et les programmes sur le VIH pour les jeunes.

Impliquer les jeunes de façon significative dans la riposte au VIH en tant que partenaires actifs, et non comme bénéficiaires passifs

Peu d'éléments indiquent que les jeunes participent au développement, à la mise en œuvre et au suivi des stratégies multisectorielles sur le sida et des programmes sur le VIH. De plus, les jeunes ne sont pas suffisamment impliqués dans la prise de décisions sur les politiques ou les financements.

- ▶ Associer activement les jeunes à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques sur le VIH, aux services et programmes, en s'assurant de la participation des parents et des adultes de la communauté en tant que partenaires de soutien.

Responsabiliser les jeunes en tant que leaders de la riposte au VIH

Les jeunes, et surtout les jeunes femmes, doivent être conscients de leurs droits à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive, et être davantage encouragés à exiger que leurs gouvernements et d'autres partenaires assurent, respectent et protègent leurs droits humains. Comme l'affirme la Déclaration politique sur le VIH/sida de juin 2011, les pays ont réaffirmé leur volonté d'intensifier les efforts de prévention du VIH pour mettre fin aux nouvelles infections de VIH, en s'appuyant sur l'énergie des jeunes pour conduire la sensibilisation mondiale sur le VIH.

- ▶ Assurer un environnement favorable dans lequel les jeunes peuvent adapter leurs comportements pour créer des rôles et des relations plus équitables, et diffuser les connaissances sur leurs droits humains par le biais des programmes d'alphabétisation juridique.
- ▶ Il est aussi nécessaire d'améliorer les compétences en leadership des jeunes pour les préparer à exiger des services et programmes de santé adaptés aux jeunes.
- ▶ Il faut en outre mobiliser et renforcer un mouvement de jeunes qui jouent le rôle d'agents du changement à tous les niveaux dans la riposte au VIH et pour atteindre les OMD.

Intégrer les services pour atteindre les OMD et optimiser les coûts

La Stratégie de l'ONUSIDA pour 2011-2015 offre l'occasion d'orienter et de développer des programmes efficaces pour les jeunes, tout en assurant une meilleure coordination entre les différents ministères nationaux compétents (par ex. les ministères de la Jeunesse, de la Santé, de l'Éducation, les programmes nationaux de lutte contre le sida, le ministère de la Condition féminine), la société civile (notamment les organisations dirigées par des jeunes), le secteur privé, les donateurs, les agences de l'ONU et d'autres partenaires participant à la riposte contre le VIH. Une réponse multisectorielle et intégrée est nécessaire pour atteindre les OMD, et les pays doivent multiplier leurs efforts pour intégrer les services anti-VIH dans le cadre des autres OMD et des programmes de santé au sens large.

- ▶ Veiller à ce que les composants de base et les partenaires responsables des programmes sur le VIH pour les jeunes soient intégrés dans la stratégie nationale multisectorielle de lutte contre le sida.
- ▶ Développer les efforts d'intégration des programmes de lutte contre le VIH pour les jeunes dans un programme d'action plus général sur la santé sexuelle et reproductive et la santé maternelle à tous les niveaux.

Références

1. *AIDS at 30: Nations at the crossroads*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida 2011.
2. *Positive health, dignity and prevention: Technical consultation report*. Amsterdam, Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091128_phdp_mr_lr_en.pdf).
3. Résolution 26/2. Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Dans : *Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida*. New York, Nations Unies, 2001.
4. Résolution 60/262. Déclaration politique sur le VIH/sida. Dans : *Soixantième session de l'Assemblée générale des Nations Unies* New York, Nations Unies, 2006.
5. Résolution 55/2. Déclaration du Millénaire des Nations Unies. Dans : Cinquante-cinquième session de l'Assemblée générale des Nations Unies : *United Nations General Assembly fifty-fifth session*. New York, Nations Unies, 2000.
6. *Towards universal access by 2010: How WHO is working with countries to scale-up HIV prevention, treatment, care and support*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
7. *Objectif : Zéro - Stratégie 2011-2015*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida 2010.
8. *Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2011-2015*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf
9. *Joint action for results: UNAIDS outcome framework, 2009-2011*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010.
10. *Joint action for results: UNAIDS outcome framework. Business Case 2009-2011: We can empower young people to protect themselves from HIV*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010.
11. *Sexually transmitted infections: Breaking the cycle of transmission*. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2004.
12. Jewkes R et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: A cohort study. *Lancet*, 2010, 376: p. 441-448.
13. *Youth and HIV in emergency situations*. New York, Équipe spéciale interinstitutions sur le VIH et les jeunes, 2008 (http://www.aidsandemergencies.org/cms/documents/youth_and_hiv_emergency_situations_final.pdf).
14. *Young people most at risk of HIV: Rapport de réunion et document de réflexion de l'Équipe spéciale interinstitutions sur le VIH et les jeunes*, l'US Agency for International Development, l'Équipe interinstitutions sur le VIH et les jeunes du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et le FHI. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 2010.
15. *Global guidance briefs on HIV interventions for young people*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
16. *Comprehensive harm reduction package*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/hiv/topics/idu/harm_reduction/en/).
17. *AIDS plus MDGs: Synergies that serve people*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010.
18. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
19. *Focus on 5: Women's health and the MDGs*. New York, Women Deliver, 2009.
20. Blanc A et al. Patterns and trends in adolescents' contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35: p.2.
21. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?* Feuille d'information WHO/MPS/08.14. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf).
22. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010.
23. *Children and AIDS fifth stocktaking report*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2010.
24. *2010 progress reports submitted by countries*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/>). 76 ONUSIDA I Assurer l'avenir aujourd'hui

25. *AIDSinfo*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida(<http://www.aidsinfoonline.org/>).
26. *Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS: Guidelines on construction of core indicators – 2010 reporting*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2009.
27. *Second generation surveillance for HIV: The next decade*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, et Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2000.
28. *Practical guidelines for intensifying HIV prevention: Towards universal access*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007.
29. The International Group on Analysis of Trends in HIV Prevalence and Behaviours in Young People in Countries most Affected by HIV. Trends in HIV prevalence and sexual behaviour among young people aged 15–24 years in countries most affected by HIV. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:ii72-ii83.
30. Ghys PD et al. Measuring trends in prevalence and incidence of HIV infection in countries with generalised epidemics. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(Suppl. 1):i52–i56.
31. *Young people are leading the HIV prevention revolution: Outlook supplement*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010 (http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713_outlook_youngpeople_en.pdf).
32. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2004.
33. Monasch R, Mahy M. Young people: the centre of the HIV epidemic. Dans : Ross DA et al., éd. *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
34. Wiessing L et al. Injecting drug use in Europe: stable or declining. *Eurosurveillance*, 2010, 15:26.
35. Progress report on children affected by HIV/AIDS. Dans : *Children and AIDS fifth stocktaking report*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2009:30.
36. Madise N et al. Is poverty a driver for risky sexual behaviour? Evidence from national surveys of adolescents in four African countries, *African Journal of Reproductive Health*, 2007, 11:83–98.
37. Leclerc-Madlala S. Age-disparate and intergenerational sex in southern Africa: The dynamics of hypervulnerability. *AIDS*, 2008, 22(Suppl. 4):S17–S25.
38. Degenhardt L et al. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: Why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 2010, 376:9737.
39. *More positive living: Strengthening the health sector response to young people living with HIV*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2008.
40. Birungi H et al. Sexual and reproductive health needs of adolescents perinatally infected with HIV in Uganda. *FRONTIERS Final Report*. Washington, DC, Population Council, 2008.
41. Harriet Birungi, Francis Obare. *Reproductive health programmes*. Présentation du Population Council lors d'une réunion sur l'intégration du VIH/sida dans les services de santé maternelle. Washington DC. Global Health Initiative, le 3 décembre 2009.
42. *Youth-friendly health policies and services in the European Region: Sharing experiences*. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, Bureau pour l'Europe, 2010.
43. Ross D et al., eds. *Preventing HIV in young people: A systematic review of the evidence from developing countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
44. Mavedzenge SN et al. *HIV prevention in young people in sub-Saharan Africa: A systematic review*. Londres, Infectious Disease Epidemiology Unit, Department of Epidemiology and Population Health, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, 2010.

ANNEXES

78	ANNEXE 1 ESTIMATIONS DE LA PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES JEUNES ÂGÉS DE 15 À 24 ANS, PAR RÉGION
82	ANNEXE 2 PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES JEUNES DANS LES POPULATIONS CLÉS*, PAR RÉGION
84	ANNEXE 3 CONNAISSANCE COMPLÈTE DU VIH CHEZ LES JEUNES ET PROGRAMME DE PRÉPARATION À LA VIE ACTIVE DANS LES ÉCOLES, PAR RÉGION
88	ANNEXE 4 RATIO DE SCOLARISATION ET AIDE EXTÉRIEURE POUR LES ORPHELINS ET LES AUTRES ENFANTS VULNÉRABLES EN 2010, PAR RÉGION
90	ANNEXE 5 COMPORTEMENT SEXUEL CHEZ LES JEUNES EN 2010, PAR RÉGION
96	ANNEXE 6 FOURNITURE DE CONSEILS ET DÉPISTAGES VOLONTAIRES CHEZ LES JEUNES, ET LES JEUNES DES POPULATIONS CLÉS, PAR RÉGION
99	ANNEXE 7 COUVERTURE DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DU VIH ET NIVEAU DE CONNAISSANCE SUR LE VIH CHEZ LES JEUNES DANS LES POPULATIONS CLÉS, PAR RÉGION
101	ANNEXE 8 UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES JEUNES DES POPULATIONS CLÉS, PAR RÉGION
103	ANNEXE 9 UTILISATION DES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES PAR LES JEUNES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES, PAR RÉGION
104	ANNEXE 10 DÉPENSES CONSACRÉES À LA LUTTE CONTRE LE sida POUR LES JEUNES SCOLARISÉS, NON SCOLARISÉS ET POUR LES ORPHELINS ET LES ENFANTS VULNÉRABLES, PAR RÉGION

ANNEXE 1

ESTIMATIONS DE LA PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES JEUNES ÂGÉS DE 15 À 24 ANS, PAR RÉGION

	Femmes		Hommes	
	Pourcentage de prévalence		Pourcentage de prévalence	
	estimation	[estimation basse – estimation haute]	estimation	[estimation basse – estimation haute]
MONDE	0,6	[0,5 – 0,7]	0,3	[0,2 – 0,3]
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	3,4	[3 – 4,2]	1,4	[1,2 – 1,7]
Angola	1,6	[1,1 – 2,2]	0,6	[0,4 – 0,9]
Bénin	0,7	[0,5 – 1,1]	0,3	[0,2 – 0,4]
Botswana	11,8	[9 – 15,9]	5,2	[3,7 – 7,3]
Burkina Faso	0,8	[0,6 – 1,2]	0,5	[0,3 – 0,6]
Burundi	2,1	[1,6 – 2,7]	1,0	[0,8 – 1,2]
Cameroun	3,9	[3,1 – 5,4]	1,6	[1,2 – 2,1]
République centrafricaine	2,2	[1,4 – 3,1]	1,0	[0,6 – 1,4]
Tchad	2,5	[1,7 – 5,2]	1,0	[0,7 – 2]
Comores	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Congo	2,6	[2,1 – 3,6]	1,2	[0,9 – 1,6]
Côte d'Ivoire	1,5	[1,1 – 2,3]	0,7	[0,5 – 1,1]
République démocratique du Congo	...	[0,9 – 1,5]	...	[0,4 – 0,6]
Guinée équatoriale	5,0	[2,7 – 7,9]	1,9	[1 – 3,2]
Érythrée	0,4	[0,2 – 0,7]	0,2	[0,1 – 0,3]
Éthiopie	...	[0,3 – 0,6]	...	[0,1 – 0,3]
Gabon	3,5	[2,1 – 5,2]	1,4	[0,8 – 2]
Gambie	2,4	[1,4 – 4]	0,9	[0,5 – 1,6]
Ghana	1,3	[0,9 – 1,8]	0,5	[0,4 – 0,7]
Guinée	0,9	[0,6 – 1,3]	0,4	[0,3 – 0,6]
Guinée-Bissau	2,0	[1,5 – 2,9]	0,8	[0,5 – 1,1]
Kenya	4,1	[3 – 5,4]	1,8	[1,3 – 2,4]
Lesotho	14,2	[11,2 – 19,2]	5,4	[4,1 – 7,4]
Libéria	0,7	[0,2 – 1,2]	0,3	[0,1 – 0,5]
Madagascar	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,4]
Malawi	6,8	[5,3 – 9,2]	3,1	[2,3 – 4,2]
Mali	0,5	[0,2 – 0,9]	0,2	[0,1 – 0,4]
Mauritanie	0,3	[0,1 – 0,5]	0,4	[0,2 – 1,4]
Maurice	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,4]
Mozambique	8,6	[7 – 12,1]	3,1	[2,4 – 4,4]
Namibie	5,8	[3,7 – 8,6]	2,3	[1,3 – 3,6]
Niger	0,5	[0,5 – 0,5]	0,2	[0,2 – 0,2]
Nigéria	2,9	[2,3 – 3,9]	1,2	[0,9 – 1,6]
Rwanda	1,9	[1,3 – 2,3]	1,3	[0,9 – 1,6]
Sénégal	0,7	[0,5 – 1]	0,3	[0,2 – 0,4]
Sierra Leone	1,5	[0,9 – 2,5]	0,6	[0,3 – 1]
Afrique du Sud	13,6	[12,3 – 15]	4,5	[4,1 – 5]
Swaziland	15,6	[12,6 – 21,3]	6,5	[4,8 – 8,8]
Togo	2,2	[1,5 – 3,1]	0,9	[0,6 – 1,2]
Ouganda	4,8	[4 – 6,4]	2,3	[1,8 – 2,8]
République-Unie de Tanzanie	3,9	[3,1 – 5,3]	1,7	[1,3 – 2,3]
Zambie	8,9	[7,3 – 12]	4,2	[3,2 – 5,5]
Zimbabwe	6,9	[5,3 – 9,3]	3,3	[2,5 – 4,4]
ASIE DE L'EST	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Chine	...	[<0,1 – <0,1]	...	[<0,1 – <0,1]
République populaire démocratique de Corée
Japon	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Mongolie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
République de Corée	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]

	Femmes		Hommes	
	Pourcentage de prévalence		Pourcentage de prévalence	
	estimation	[estimation basse – estimation haute]	estimation	[estimation basse – estimation haute]
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Bangladesh	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Bhoutan	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,1]
Cambodge	0,1	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,2]
Inde	0,1	[0,1 – 0,2]	0,1	[0,1 – 0,2]
Indonésie	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,1]
République démocratique populaire lao	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,2]
Malaisie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	0,1	[0,1 – 0,2]
Maldives	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Myanmar	0,3	[0,2 – 0,3]	0,3	[0,3 – 0,4]
Népal	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,6]
Pakistan	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
Philippines	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Singapour	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,2]
Sri Lanka	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Thaïlande	...	[0,4 – 0,7]	...	[0,4 – 0,5]
Viet Nam	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
OCÉANIE	0,2	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,3]
Australie	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Fidji	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Nouvelle-Zélande	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,8	[0,6 – 1,2]	0,3	[0,2 – 0,5]
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE	0,2	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,1]
Arménie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Azerbaïdjan	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Bélarus	0,1	[0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Géorgie	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Kazakhstan	0,2	[0,1 – 0,3]	0,1	[<0,1 – 0,1]
Kirghizistan	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
République de Moldavie	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,1]
Fédération de Russie	0,3	[0,3 – 0,4]	0,2	[0,1 – 0,2]
Tadjikistan	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Ukraine	0,3	[0,2 – 0,4]	0,2	[0,1 – 0,2]
Ouzbékistan	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,2]
Autriche	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,1 – 0,9]
Belgique	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Bulgarie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Croatie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
République tchèque	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Danemark	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Estonie	0,2	[0,2 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,4]
Finlande	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
France	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,6]
Allemagne	<0,1	[<0,1 – <0,1]	0,1	[0,1 – 0,1]
Grèce	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
Hongrie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Islande	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,4]
Irlande	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Israël	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]

ANNEXE 1

ESTIMATIONS DE LA PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES JEUNES ÂGÉS DE 15 À 24 ANS, PAR RÉGION

	Femmes		Hommes	
	Pourcentage de prévalence		Pourcentage de prévalence	
	estimation	[estimation basse – estimation haute]	estimation	[estimation basse – estimation haute]
Italie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Lettonie	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,2]
Lituanie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Luxembourg	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,4]
Malte	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Pays-Bas	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Norvège	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,2]
Pologne	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Portugal	0,2	[0,1 – 0,4]	0,3	[0,1 – 0,9]
Roumanie	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
Serbie	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,2]
Slovaquie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Slovénie	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
Espagne	0,1	[0,1 – 0,1]	0,2	[0,1 – 0,2]
Suède	<0,1	[<0,1 – 0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,2]
Suisse	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,6]
Turquie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Royaume-Uni de Grande-Bretagne	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,6]
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	0,2	[0,2 – 0,3]	0,1	[0,1 – 0,1]
Algérie	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,2]
Djibouti	1,9	[1 – 2,9]	0,8	[0,4 – 1,3]
Égypte	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Iran (République islamique d')	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Liban	<0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,1]
Maroc	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Oman	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Qatar	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – <0,1]
Somalie	0,6	[0,4 – 1,1]	0,4	[0,3 – 0,7]
Soudan	1,3	[0,9 – 1,8]	0,5	[0,4 – 0,7]
Tunisie	<0,1	[<0,1 – <0,1]	<0,1	[<0,1 – 0,1]
AMÉRIQUE DU NORD	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,4]
Canada	0,1	[<0,1 – 0,2]	0,1	[<0,1 – 0,5]
Mexique	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,2]
États-Unis d'Amérique	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,2 – 0,5]
CARAÏBES	0,8	[0,6 – 1]	0,4	[0,3 – 0,7]
Bahamas	3,1	[0,8 – 6,6]	1,4	[0,5 – 2,8]
Barbade	1,1	[0,8 – 1,4]	0,9	[0,7 – 1,1]
Cuba	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
République dominicaine	0,7	[0,4 – 0,9]	0,3	[0,1 – 0,4]
Haïti	1,3	[1 – 1,8]	0,6	[0,4 – 0,8]
Jamaïque	0,7	[0,3 – 1,4]	1,0	[0,4 – 3,1]
Trinité-et-Tobago	0,7	[0,3 – 1,2]	1,0	[0,4 – 3,3]
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,2 – 0,5]
Argentine	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,1 – 0,8]
Belize	1,8	[1,4 – 2,7]	0,7	[0,5 – 1,1]
Bolivie (État plurinational de)	0,1	[<0,1 – 0,1]	0,1	[<0,1 – 0,3]
Bésil	...	[0,1 – 0,4]	...	[0,1 – 0,3]
Chili	0,1	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,7]
Colombie	0,1	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,7]
Costa Rica	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]

	Femmes		Hommes	
	Pourcentage de prévalence		Pourcentage de prévalence	
	estimation	[estimation basse – estimation haute]	estimation	[estimation basse – estimation haute]
Équateur	0,2	[0,1 – 0,3]	0,2	[0,1 – 0,8]
El Salvador	0,3	[0,1 – 0,5]	0,4	[0,2 – 1,3]
Guatemala	0,3	[0,2 – 0,6]	0,5	[0,2 – 1,4]
Guyana	0,8	[0,2 – 1,5]	0,6	[0,2 – 1]
Honduras	0,2	[0,1 – 0,4]	0,3	[0,1 – 1,1]
Nicaragua	0,1	[0,1 – 0,1]	0,1	[0,1 – 0,2]
Panama	0,3	[0,1 – 0,5]	0,4	[0,2 – 1,3]
Paraguay	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,6]
Pérou	0,1	[0,1 – 0,2]	0,2	[0,1 – 0,3]
Suriname	0,4	[0,2 – 0,7]	0,6	[0,2 – 2]
Uruguay	0,2	[0,1 – 0,3]	0,3	[0,1 – 1]
Venezuela (République bolivarienne du)	...	[0,2 – 0,7]	...	[0,2 – 1,8]

Source : Rapport sur l'épidémie mondiale de sida de l'ONUSIDA, 2010.

ANNEXE 2
PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES JEUNES
DANS LES POPULATIONS CLÉS*, PAR RÉGION

Indicateur 23 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque, données ventilées par âge (<25 ans)

	POURCENTAGE DES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE SÉROPOSITIFS		POURCENTAGE DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES SÉROPOSITIFS		POURCENTAGE DES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES SÉROPOSITIFS	
	Année d'enquête	< 25 ans	Année d'enquête	< 25 ans	Année d'enquête	< 25 ans
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Bénin	2009	9,43			2009	4,76
Burkina Faso	2005	9,78				
Burundi	2007	45,58				
Tchad	2009	19,44				
Comores	2007	0				
Érythrée	2008	3				
Gabon	2010	12,03				
Guinée	2008	25,86				
Guinée-Bissau	2009	23,81				
Mali	2006	25,7				
Niger	2009	23,24				
Nigéria	2007	26,76	2007	9,6	2007	2,86
Sénégal	2006	9,52	2007	12,71		
Togo	2005	19,47				
ASIE DE L'EST						
Chine	2009	0,4	2009	4,1	2009	8,3
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan	2009	0			2009	7,64
Bangladesh	2007	0,17	2007	0	2007	0,22
Cambodge	2007		2005	2,31	2007	
Inde	2009		2009		2009	
Indonésie	2007	10,39	2007	4,17	2007	41,47
République démocratique populaire lao	2008	0,58	2007	5,2		
Maldives	2008	0	2008	0	2008	0
Myanmar	2008	13,59	2008	12,63	2008	27,81
Népal	2008		2009	1,34	2009	7
Pakistan	2008-09	2,37			2008	22,49
Philippines	2009	0,12	2009	0,64	2009	0,19
Sri Lanka	2009	0	2009	0,76		
Viet Nam	2009		2009-10	3,02	2009	
OCÉANIE						
Australie	2008				2008	0
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2009	7,18	2009	1,92		
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE						
Azerbaïdjan	2007-08	0	2007-08	0	2007-08	3,73
Bélarus	2009	2,94	2009	0	2009	3,85
Géorgie	2008-09	0	2007	3,51	2008	0
Kazakhstan	2009	0,54	2009	0	2009	3,59
Kirghizistan	2009	1,97			2009	4,76
République de Moldavie	2009-10	1,7			2008-09	10
Fédération de Russie	2009	4,14	2008-09	10,79	2009	11,97
Tadjikistan	2008	1,46			2008	12,27
Ukraine	2008-09	8,71	2009	7,88	2008-09	10,18
Ouzbékistan	2009	2,05	2009	6,38	2009	7,18
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE						
Belgique	2009	0,57	2009-10	1,8	2008	
Bosnie-Herzégovine	2008	0	2008		2009	
Bulgarie	2008	0,73	2008	3,95	2008	8,06
Estonie	2005-06	11,69	2007	0	2007	59,59
Hongrie			2009	1,14	2009	0
Lettonie			2008	4,81	2007	24,76
Lituanie	2009	0	2008	0	2008	

Indicateur 23 : Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque, données ventilées par âge (<25 ans)

	POURCENTAGE DES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE SÉROPOSITIFS		POURCENTAGE DES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES SÉROPOSITIFS		POURCENTAGE DES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES SÉROPOSITIFS	
	Année d'enquête	< 25 ans	Année d'enquête	< 25 ans	Année d'enquête	< 25 ans
Luxembourg					2008	0
Monténégro	2007-08	0			2008	
Portugal					2007-08	4,91
Roumanie	2009		2009		2009	1,23
Serbie	2008	1,67	2008	1,89	2008	0
Espagne	2008	3,21	2008	7,96	2008	20
Suède	2009	0	2009		2009	
Suisse	2007		2007	1,2	2006	0
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord			2008		2008	0,98
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Djibouti	2008	7,89				
Iran (République islamique d')					2007	9,4
Maroc	2009	1,4			2009	0
Soudan	2008	0				
Tunisie	2009	0,34	2009		2009	
AMÉRIQUE DU NORD						
Canada			2005-08	2,2	2005-08	2,9
Mexique	2008-09	1,73	2008-09	7,88	2008-09	2,35
CARAÏBES						
Bahamas			2009	24		
Cuba	2009		2009	0,92		
Jamaïque	2009	3,74	2007	28,06		
Sainte-Lucie					2007-09	12,5
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD						
Chili	2008		2008-09	7,28		
Colombie	2008	0,49				
Guyana	2008-09	6,6	2009			
Honduras	2006	0,95	2006	4,02		
Uruguay	2008		2008	6,9		

* le pays a transmis des valeurs basées sur les données de surveillance ou d'enquête disponibles.
Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010

ANNEXE 3

CONNAISSANCE COMPLÈTE DU VIH CHEZ LES JEUNES ET PROGRAMME DE PRÉPARATION À LA VIE ACTIVE DANS LES ÉCOLES, PAR RÉGION

Indicateur 13 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus.

Indicateur 11 : Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE À INDICATEURS MULTIPLES) LA PLUS RÉCENTE¹

	Année d'enquête	Indicateur 13			Année d'enquête	Indicateur 11		Année d'enquête	Toutes écoles (pourcentage)
		Hommes (15 à 24 ans)	Femmes (15 à 24 ans)	Hommes et femmes (15 à 24 ans)		Hommes (15 à 24 ans)	Femmes (15 à 24 ans)		
AFRIQUE SUBSAHARIENNE									
Angola	2009	32	25	28					
Bénin	2008	34	34	34	2006	35	16		
Botswana	2008	39	45	42				2009	100
Burkina Faso	2008	29	21	25	2003	23	15	2009	9,6
Burundi	2007	45	39	35				2009	65,63
Cameroun	2004	35	27	30	2004	35	27	2007	6,23
Cap-Vert	2009	65	68	67	2005	36	36	2009	100
République centrafricaine	2006	26	17	20	2006*	27	17	2009	26,88
Tchad	2004	20	8	11	2004	20	8	2009	74,9
Comores								2009	26,95
Congo	2009	22	8	14	2009	22	8	2008	63,04
Côte d'Ivoire	2009	17	13	15	2005	28	18	2009	2,07
République démocratique du Congo	2007	21	15	17	2007	21	15	2009	67,77
Guinée équatoriale	2006			2					
Érythrée	2008	77	78	77	2002		37	2009	31
Éthiopie	2005	33	21		2005	33	21	2009	38,4
Gabon	2010	58	53	55				2007	35,41
Ghana	2008	34	28		2008	34	28	2009	79,11
Guinée	2009	23	20	22	2005	23	17	2009	82,49
Guinée-Bissau	2008	13	13	13					
Kenya	2008	55	48		2008	55	48	2009	100
Lesotho	2009				2009	29	39	2009	88
Libéria	2006	67	57	62	2007	27	21	2010	1,62
Madagascar	2008	57	54		2008	26	23	2010	
Malawi	2006	42	42	42	2004	36	24		
Mali	2006	59	54	55	2006	22	18	2009	49,42
Mauritanie	2007	14	5	7					
Mozambique					2009	34	36		
Namibie	2006	62	65		2006	62	65	2009	
Niger	2006	16	13	14	2006	16	13	2009	81,75
Nigéria	2007	27	21	24	2008	33	22	2009	22,75
Rwanda	2005	54	51	52	2005	54	51	2009	
Sénégal	2005	24	19	23	2005	24	19		
Sierra Leone	2008	28	17		2008	28	17		
Somalie	2006		4						
Afrique du Sud	2008	30	27	29				2009	100
Soudan	2006		7	7					
Swaziland	2006	52	52	52	2007	52	52	2009	85,41
Togo	2007	59	44	51				2010	0,06
Ouganda	2010				2006	38	32	2010	
République-Unie de Tanzanie	2008	42	39	40	2007-08	42	39	2008	
Zambie	2007	37	34	35	2007	37	34		
Zimbabwe	2009		53		2005-06	46	44	2009	100
ASIE DE L'EST									
Japon	2008							2009	100
Mongolie	2009	19	16	18					
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST									
Afghanistan								2009	1,02
Bangladesh	2008	22	13	18				2008	0,14
Cambodge	2005	45	50	48	2005	45	50	2009	34,07
Inde	2009	44	35	40	2005-06	36	20	2009	30,91
Indonésie	2007	14	15	14					

Indicateur 13 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus.

Indicateur 11 : Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE À INDICATEURS MULTIPLES) LA PLUS RÉCENTE¹

	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Hommes et femmes	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Année d'enquête	Toutes écoles (pourcentage)
		(15 à 24 ans)	(15 à 24 ans)	(15 à 24 ans)		(15 à 24 ans)	(15 à 24 ans)		
République démocratique populaire lao								2009	73,76
Malaisie	2008			23				2008	0,2
Myanmar	2007	47	48	48					
Népal	2006	44	28	32	2006	44	28	2009	7,56
Philippines					2008		21		
Singapour								2009	100
Sri Lanka	2006		17						
Thaïlande	2006	44	30	37					
Timor-Leste	2008	21	36		2009	20	12	2009	0,32
Viet Nam	2009	44	41	42	2005	50	42	2008	34,35
Océanie									
Îles Marshall	2007	39	27	32	2007	39	27		
Palaos	2008	0	27	27					
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2007	26	17	22				2009	100
Samoa	2008				2009	6	3		
Tuvalu	2007	61	39	48				2009	100
Vanuatu	2008							2009	7,8
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE									
Arménie					2005	15	23		
Azerbaïdjan	2006	5	5	5	2006	5	5	2009	100
Bélarus	2009	68	72	70				2009	13,41
Kazakhstan	2008	29	32	30				2009	81,1
Kirghizistan	2009	33	37	35				2009	84,26
République de Moldavie	2008	39	42	41	2005	na	na	2010	0
Fédération de Russie	2009	35	39	37				2009	92,39
Tadjikistan	2008	11	9	10				2009	5,26
Turkménistan					2000		3		
Ukraine	2009	40	41	40	2007	43	45	2009	58,7
Ouzbékistan	2009	14	11	13				2009	100
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE									
Albanie	2008	22	36						
Bulgarie	2009	21	25	23				2009	16,52
Croatie								2009	4,69
Chypre								2009	
République tchèque								2009	58,75
Estonie	2007	28	37	32					
Finlande								2009	100
Grèce	2009	27	50	38					
Lituanie	2009	50	34	41					
Luxembourg								2009	100
Monténégro	2007							2010	26,71
Norvège	2008	66	67	65					
Portugal	2007							2008	100
Roumanie	2009							2009	66,81
Serbie	2006	20	21	20					
Suède	2009	59	61	60				2009	100
Ex-République yougoslave de Macédoine	2007	18	25	22					
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord		2007			65				
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD									
Algérie	2006		16					2009	
Djibouti	2008	23	18	21				2010	38,46
Égypte	2007	18	5	11					

ANNEXE 3

CONNAISSANCE COMPLÈTE DU VIH CHEZ LES JEUNES ET PROGRAMME DE PRÉPARATION À LA VIE ACTIVE DANS LES ÉCOLES, PAR RÉGION

Indicateur 13 : Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus.

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE À INDICATEURS MULTIPLES) LA PLUS RÉCENTE¹

Indicateur 11 : Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

	Année d'enquête	VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009			ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE À INDICATEURS MULTIPLES) LA PLUS RÉCENTE ¹			Année d'enquête	Toutes écoles (pourcentage)
		Hommes (15 à 24 ans)	Femmes (15 à 24 ans)	Hommes et femmes (15 à 24 ans)	Hommes (15 à 24 ans)	Femmes (15 à 24 ans)			
Iran (République islamique d')	2008	15	17	16				2010	
Maroc	2007				2003	na	12		
Oman	2007	4	4	4				2009	100
Soudan								2009	12,78
Tunisie	2009	5	11	8					
Yemen								2009	4,26
CARAÏBES									
Antigua-et-Barbuda								2009	100
Bahamas	2009							2010	77,63
Barbade	2009	52	49	50				2009	85,11
Cuba	2008							2008	93,64
Dominique								2009	100
République dominicaine	2007	34	41	37	2007	34	41	2009	8,43
Grenade								2009	93,59
Haïti	2005	40	34	35	2005	40	34	2009	12,55
Jamaïque	2008	38	43	40				2009	44,08
Saint-Kitts-et-Nevis	2005			52				2009	45
Sainte-Lucie	2005	61	57	60				2009	59,18
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2008	59	40	49				2009	100
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD									
Argentine	2008			93				2008	3,43
Belize	2009	47	53	50				2009	37,97
Bolivie (État plurinational de)	2008	28	30	24	2008	28	25		
Brésil	2008	53	50	52				2007	63,04
Chili	2009	78	85	82					
Costa Rica								2008	100
Équateur								2009	62,87
El Salvador	2008		27					2009	100
Guatemala	2008	24	22	23				2009	2,41
Guyana	2008			46	2005	47	53	2008	61,6
Honduras	2005		30		2005-06		30	2009	10,83
Nicaragua					2001		22	2009	87,75
Panama	2009	12	15	14					
Pérou	2008	28	20	23	2007		19		
Suriname	2006		41					2009	0
Uruguay	2008	23	44	34				2009	89,93
Venezuela (République bolivarienne du)								2009	100

* Le pays a transmis des valeurs basées sur les données de surveillance ou d'enquête disponibles.

Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010

ANNEXE 4

RATIO DE SCOLARISATION ET AIDE EXTÉRIEURE POUR LES ORPHELINS ET LES AUTRES ENFANTS VULNÉRABLES EN 2010, PAR RÉGION

Indicateur 12 : Ratio de scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans

Indicateur 10 : Pourcentage d'enfants orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

	VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009			ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA) LA PLUS RÉCENTE			VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009		ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA) LA PLUS RÉCENTE	
	Année d'enquête	Orphelins	Non-Orphelins	Année d'enquête	Orphelins	Non-Orphelins	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage
		(10 à 14 ans)	(10 à 14 ans)		(10 à 14 ans)	(10 à 14 ans)				
AFRIQUE SUBSAHARIENNE										
Angola	2009	75,25	86,59				2009	16,81		
Bénin	2009	6,01		2006	60,90	71,20	2009	6,5		
Botswana							2008	31,2		
Burkina Faso	2007	55,87	48,77	2003	34,10	31,20	2008	4,6		
Burundi							2009	6,77		
Cameroun	2006	78,52	86,03	2004	83,30	84,30	2009	15,59		
Cap-Vert				2005	*	93,50				
République centrafricaine	2006	65,32	67,29	2006*	65,30	67,90	2006	7,39	2006*	7,4
Tchad	2004	54,32	46,28	2004	54,30	46,30	2009	34,62		
Congo	2009	82,41	93,29	2009	(68,60)	93,30	2009			
Côte d'Ivoire	2009	35,69	51,68	2005	(41,50)	57,20	2009	27,09	2005	9,3
République démocratique du Congo	2007	62,59	81,12	2007	62,80	81,10	2007	9,2	2007	9,1
Érythrée				2002	65,20	78,30				
Éthiopie	2004	53,3	58,9	2005	53,30	58,90	2004	3,49		
Gabon	2010	80,77	96,43	2000	(95,20)	97,30	2010	20,47		
Ghana	2008	67	88	2008	66,90	88,40	2008	7,36		
Guinée				2005	41,80	57,10	2009	16,52		
Kenya	2007	64,1	61	2003	87,50	92,40	2007	21,4		
Lesotho				2004	88,10	92,90				
Libéria				2007	57,20	67,30				
Madagascar	2009			2003	59,10	79,30	2010			
Malawi	2006	88,6	91,2	2004	85,50	88,80	2006	18,5		
Mali	2006	41,9	48	2006	41,90	48,00	2009	16,81		
Mauritanie	2007	51,16	71	2000	48,10	69,60				
Mozambique	2008	78,99	86,5	2009	na	na	2008	22,09		
Namibie	2007	94,6	94	2006-07	93,60	94,10	2007	16,5	2006	16,5
Niger	2006	25	37,7	2006	25,70	38,20				
Nigéria	2008	83,58	71,7	2008	83,90	71,70	2009	6,3	2008	6,3
Rwanda	2005	74,52	90,99	2005	74,60	91,00	2005	12,6	2005	12,6
Sénégal				2005	49,40	59,70	2007	43,46		
Sierra Leone	2008	47,3	76,1		47,30	76,10	2005	1,3		
Afrique du Sud	2009	98	99				2009	75		
Swaziland	2007	89,72	92,65	2007	90,00	92,70	2007	41,2	2007	41,2
Togo	2007	92,31	96,1	1998	67,20	77,50	2007	59,88		
Ouganda	2010		81,9	2006	90,70	94,40	2010		2006	10,7
République-Unie de Tanzanie	2008	60,17					2008	16	2007	15,7
Zambie	2006	81	88,3	2007	85,50	91,60	2006	15,7	2005-06	28,4
Zimbabwe				2005-06	87,90	92,40	2009	20,86		
ASIE DE L'EST										
Japon	2009	100	100							
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST										
Cambodge	2006	76,07	91,61	2005	76,10	91,60				
Inde				2005-06	59,40	82,50				
Indonésie	2007	87,2	92,6	2002	74,20	90,20	2007	12,99		
Népal				2006	*	88,60				
Philippines				1993	(86,40)	92,30				
Thaïlande	2006	95,5	96,4							
OCÉANIE										
Îles Marshall				2007	*	92,30				
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2007	75	87,05							

Indicateur 12 : Ratio de scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans

Indicateur 10 : Pourcentage d'enfants orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009			ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA) LA PLUS RÉCENTE			VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009		ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA) LA PLUS RÉCENTE		
	Année d'enquête	Orphelins	Non-Orphelins	Année d'enquête	Orphelins	Non-Orphelins	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage
		(10 à 14 ans)	(10 à 14 ans)		(10 à 14 ans)	(10 à 14 ans)				
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE										
				*2005	*	0,99				
				*2006	na	na				
	2010	50	96,62	2005	*	98,00				
				2006	*	99,10				
				1996	*	98,70				
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE										
							2009	100		
	2008	99,1								
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD										
							2009	13,73		
	2008	75	92,41							
				2007	*	98,30				
				1992	*	51,20				
	2006	53,5	66,8							
CARAÏBES										
	2009	100	100							
							2009	100		
	2009	100	100				2009	100		
	2006	69,23	97,09	*2007	72,60	94,90	2008	37,17		
	2006	76,67	89,42	2005	76,70	89,40	2006	5,21		
	2009	100	72,29				2009	83,45		
	2009						2009			
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD										
	2006	62,1	93,6							
				2008	(71,0)	96,80				
				2005	78,30	92,30				
				1999	*	79,00				
				2005	(92,60)	97,20				
	2006	58,6	54,5	2005	58,60	54,50	2009	0,42		
				2001	(85,30)	80,60				
				2000	(80,80)	94,60				

¹ Enquête démographique et sanitaire la plus récente ou Enquête sur les indicateurs du sida.

² Quand les dénominateurs sont basés sur 25-49 cas, l'indicateur correspondant apparaît entre parenthèses ().

³ Quand les dénominateurs sont basés sur moins de 25 cas, l'indicateur correspondant est remplacé par *.

⁴ NA = Non disponible

Source : Rapports des pays à l'UNGASS et Enquête démographique et sanitaire, 2010 et Enquête démographique et sanitaire Mesure.

ANNEXE 5 COMPORTEMENT SEXUEL CHEZ LES JEUNES EN 2010, PAR RÉGION

Indicateur 15 : Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans au cours des 12 derniers mois, données ventilées par sexe.

Indicateur 16 : Pourcentage d'adultes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire, données ventilées pour les jeunes femmes et jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE À
INDICATEURS MULTIPLES) LA
PLUS RÉCENTE²

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Hommes et femmes	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Année d'enquête	Hommes (15 à 19 ans)	Femmes (15 à 19 ans)	Hommes (20 à 24 ans)	Femmes (20 à 24 ans)
AFRIQUE SUBSAHARIENNE												
Angola	2009	37	23	30				2009	9,91	3,76	30,55	3,62
Bénin	2008	22	13	17	2006	13	12	2006	5,4	1,19	17,5	1,2
Botswana	2008	5	3	4				2008	4,9	3,8	25,8	12,7
Burkina Faso	2008	9	7	8	2003	4	7	2008	24,47	5,94	26,07	2,66
Burundi	2007	5	3	4				2007				
Cameroun	2004	23	35	31	2004	11	20	2004	35,1	20,48	45,3	10,56
Cap-Vert	2009	26	13	26	2005	41	24	2009	92,55	70,53	79,92	62,46
République centrafricaine	2006	36	52	48	2006	13	25	2006	11,51	5,09	29,03	7,38
Tchad	2004	10	26		2004	10	26	2004	6,8	0,8	20,2	1,3
Comores	1996	16	8	10				2003				
Congo		25	20	22	2009	25	20	2009	9,23	8,81	34,43	9,56
Côte d'Ivoire	2009			21	2005	15	19	2005	32,25	6,7	32,83	5,86
République démocratique du Congo	2007	18	18	18	2007	18	18	2007	9,82	3	19,45	3,61
Érythrée					2002		13					
Éthiopie	2005	2	16		2005	2	16	2005	0,2	0,1	1,7	0,2
Gabon	2010	28	8	15	2000	42	24	2010	54,1	34,45	62,56	43,63
Ghana	2008	4	8		2008	4	8	2008	3,1	1,2	9,6	1,6
Guinée	2009	25	29	26	2005	17	22	2008				
Guinée-Bissau	2008	26	16	21				2008	30,84	9,33	40,56	12,83
Kenya	2008	22	11		2008	22	11	2008	4,3	1,3	11,8	1,9
Lesotho					2009	22	8					
Libéria	2006	8	17	13	2007	9	17	2006	15,82	11,64	26,77	8
Madagascar	2009	9	18		2008	9	18	2009	13,68	3,19	24,05	2,31
Malawi	2004	14	15	15	2004	14	15	2004	4,9	1	9,3	1,2
Mali	2006	5	25	21	2006	5	25	2006	93,1	20,7	63,9	9,4
Mauritanie	2007		14	14								
Maurice	2008	10	5	7				2008	41,43	2,1	25,91	3,23
Mozambique	2009	25	25	25	2009	25	25	2009	10,2	4,11	24,12	4,12
Namibie	2006	18	7		2006	18	7	2006	6	1,1	16,9	3,6
Niger	2006	5	30		2006	5	30	2006	76,27	0,71	27,23	1,09
Nigéria	2007	7	17	12	2008	6	16	2007	5,6	2,7	17,8	4,8
Rwanda	2005	13	4	7	2005	13	4	2005	0,28	0,12	1,26	0,38
Sao Tomé-et-Principe					2008-09	12	9	2008	20,92	2,67	23,26	2,06
Sénégal	2005	12	9	10	2005	12	9	2005	4,3	0,6	9,3	1
Sierra Leone	2008	11	25		2008	11	25	2008	12	7	23,4	5,9
Afrique du Sud	2008	11	6	9				2008				
Swaziland	2006	5	7	6	2007	5	7	2006	25,51	3,77	29,52	3,84
Togo	2007	13	10	11	1998	0	19	2007	15,06	6,93	31,23	10,53
Ouganda	2010				2006	12	16	2010				
République-Unie de Tanzanie	2008	10	11	10	2007-08	10	11	2008	3,56	1,97	18,29	3,09
Zambie	2006	16	13	14	2007	16	14	2007	4,5	1,9	14,4	1
Zimbabwe	2007	4	5	5	2005-06	5	5	2007	17,83	8,28	33,9	11,82
ASIE DE L'EST												
Japon								1999				
Mongolie	2009	2	0	1								
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST												
Bangladesh	2008	12	31	24	2007	1		2005	39,49		27,54	
Cambodge	2005	0	1	1	2005	0	1	2005	1,68	0	8,76	0,07
Inde	2009	2	10	0	2005-06	2	10	2009	0,65	0	5,35	0
Indonésie	2007	0	0	0	2007			2007	0		0,23	
Malaisie	2001			5								
Myanmar	2007	1	1	1				2006	1,22	0	10,83	0,42
Népal					2006	4	8					

Indicateur 17 : Pourcentage d'adultes ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport, données ventilées pour les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans.

	ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE/ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA LA PLUS RÉCENTE			VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009				ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE/ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA LA PLUS RÉCENTE			
	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Année d'enquête	Hommes (15 à 19 ans)	Femmes (15 à 19 ans)	Hommes (20 à 24 ans)	Femmes (20 à 24 ans)	Année d'enquête	Hommes	Femmes
AFRIQUE SUBSAHARIENNE											
Angola				2009	48,08	47,01	56,31	50,56			
Bénin	2006	10,3	1,2	2006	48,8	19,5	43,1	35,3	2006	44,9	27,4
Botswana				2008	82,5	85,2	87,7	83			
Burkina Faso	2003	9,0	1,5	2008	93,1	76	94,03	86,36	2003	71,5	43,7
Burundi				2007							
Cameroun	2004	22,4	6,6	2004	56,5	47	56,3	37,3	2004	56,3	41,6
Cap-Vert	2005	32,5	4,2	2009	82,9	77,6	75,4	60,1	2005	79,9	63,9
République centrafricaine	2006*	8,9	1,0	2006					2006*	59,0	39,8
Tchad	2004	12,1	1,0	2004	30		18		2004/1997	22,0	17,4
Comores											
Congo	2009	20,6	9,2	2009	48,57	24,32	36,84	26,02	2009	39,9	25,5
Côte d'Ivoire	2005	19,7	4,5	2005	64,3	45,3	60,6	45	2005	61,8	45,1
République démocratique du Congo	2007	14,3	3,3	2007	27,84	6,56	18,93	9,64	2007	22,3	8,6
Érythrée	1995	5,5							1995		
Éthiopie	2005	0,9	0,1	2005			23,9		2005/2000	27,0	18,0
Gabon	2000	25,9	15,5	2010	30,33	24,37	40,28	30,12	2000	50,0	28,7
Ghana	2008	5,9	1,4	2008	24,4		49,2		2006*	61,2	46,0
Guinée	2005	19,2	2,4	2008					2005	39,3	27,7
Guinée-Bissau				2009	65,09	57,14	61,62	45,71			
Kenya	2008	7,7	1,6	2008	69,1		66,5	36,2	2008	64,3	39,5
Lesotho	2009	20,5	4,0	2009	60,2	39	60,3	48,2	2009	60,3	44,9
Libéria	2007	15,0	7,4	2006	29,27	11	27,53	21,65	2007	27,8	16,2
Madagascar	2009	18,2	2,8	2008	3,42	3,94	5,02	1,52	2009	8,8	6,6
Malawi	2004	7,0	1,1	2004	31,4	16	36,3	22,6	2004	34,5	19,9
Mali	2006	6,1	1,6	2006	30,8	13,7	40,3	20,5	2006	28,2	7,9
Mauritanie											
Maurice				2008	46,55	16,67	26,32	14,29			
Mozambique	2009		4,2	2009	40,8	30,77	35,3	31,91	2003	29,6	20,4
Namibie	2006	11,1	2,2	2006	84	76,8	81,3	46,2	2006	82,2	73,7
Niger	2006	2,4	0,4	2006					2006	41,7	
Nigéria	2008	5,8	1,2	2007	93,7	69,4	81	36,8	2008	56,4	29,0
Rwanda	2000	1,2	0,3	2005							
Sao Tomé-et-Principe		12,2	1,6	2008	64,9	53,27	62,8	54,12	2008-09	59,1	
Sénégal	2005	6,3	0,8	2005					2005	64,1	33,2
Sierra Leone	2008	10,1	4,0	2008	13,6	10,6	34,3	13,6	2008	29,2	12,2
Afrique du Sud				2008							
Swaziland	2007	9,8	2,1	2006	74	52,02	64,24	55,88	2007	65,9	50,7
Togo	1998	18,8	5,1	2007	73,44	69,05	76,5	72,22	1998	45,4	26,2
Ouganda	2006	9,3	1,7	2010					2000-01	52,8	33,8
République-Unie de Tanzanie				2008	9,84	9,68	26,92	8,08	2007-08	36,9	25,4
Zambie	2007	8,8	1,5	2006	49,8		40,3		2007	43,1	41,5
Zimbabwe	2005-06	7,1	0,9	2005	70,6		56,2		2005-06	59,4	37,9
ASIE DE L'EST											
Japon				2008	77,11	76					
Mongolie											
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST											
Bangladesh				2005							
Cambodge	2005	4,7	0,0	2005	85,71	0	71,96	100	2005	75,1	
Inde	2005-06	1,6	0,1	2009	100		70		2005-06		27,2
Indonésie				2007			100				
Malaisie											
Myanmar				2006	66,67		70,59	0			
Népal	2006	2,1	0,1								

ANNEXE 5 COMPORTEMENT SEXUEL CHEZ LES JEUNES EN 2010, PAR RÉGION

Indicateur 15 : Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans au cours des 12 derniers mois, données ventilées par sexe.

Indicateur 16 : Pourcentage d'adultes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire, données ventilées pour les jeunes femmes et jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE À
INDICATEURS MULTIPLES) LA
PLUS RÉCENTE²

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Hommes et femmes	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Année d'enquête	Hommes (15 à 19 ans)	Femmes (15 à 19 ans)	Hommes (20 à 24 ans)	Femmes (20 à 24 ans)
Philippines					2008		2					
Thaïlande	2006	8	1	5				2006		23,56		17,54
Timor-Leste	2008							2008				
Viet Nam	2009	0	0	0	2005	0	1	2009	0,98	0	4,94	0,33
Océanie												
Îles Marshall	2007	27	14	19	2007	27	14	2007	58,85	31,37	46,84	21,56
États fédérés de Micronésie	2006			22				2006				
Palaos	2008	17	15	10				2008		36,36		13,33
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2007	8	7	8				2007	61,54	0	37,84	0
Samoa	2008	11	5	9								
Îles Salomon	2008	44	22	29				2008	71,21	44,54	82,09	31,9
Tonga	2008							2008	18,5	9,7		
Tuvalu	2007	15	2	7				2007	13,16	0	18,18	1,25
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE												
Arménie					2005	3	0					
Azerbaïdjan	2006	1	1		2006	1	1	2006	2,9		15,6	
Bélarus	2009	7	2	4				2009	28,18	9,27	17,16	26
Kazakhstan	2008	7	0	4				2008	15,95	2,44	31,14	7,58
Kirghizistan	2009	6	0	3				2009	15,53	0,3	32,35	2,46
République de Moldavie	2008	13	1	7	2005	9	1	2009	17,4	2,7	28,7	5,3
Fédération de Russie	2009	10	3	6				2008	32,1	14,29	36,3	12,93
Tadjikistan	2008	1	0	0				2008	7,71	1,02	20,41	3,32
Turkménistan					2000		0					
Ukraine	2009	4	0	2	2007	2	1	2009	18,34	3,33	41,29	10,2
Ouzbékistan	2009	1	0	1	1996		1					
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE												
Albanie	2008	1	1					2008	1,6	0,1	14,5	0,1
Bosnie-Herzégovine	2009	17		18				2009				
Bulgarie	2009	11	5	8				2009	27,14	9,51	42,81	13,74
République tchèque	2008	3	4	3				2008	46,67	42,86	35,71	27,87
Estonie	2007	11	11	11				2007	13,72	19	30,97	22,49
Finlande	2009	27	30	28								
Allemagne	2005	12	14	13				2009	22,5	13,8	29,9	16,6
Grèce	2009	22	10	16				2009	50	28,21	34,62	27,45
Hongrie								2009				
Lituanie	2008	18	7	13				2008				
Luxembourg	2006	18	15	16								
Malte	2009	7	6	7				2009	11,1	3,4	22,8	4,1
Norvège	2009	8	10	9								
Portugal	2008	11	6	8				2007	44,7	26,2	43,3	21,9
Serbie	2006	4	1	2				2006	10,55	0,62	25,05	4,1
Espagne	2008	30	18					2008				
Suède	2009	19	24	22				2009	37,29	49,39	46,61	52,7
Suisse	2007	9	7	8				2007				
Ex-République yougoslave de Macédoine	2007	9	1	5								
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	2001	14	12	13			2008			25,38	23,89	
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD												
Djibouti	2008	11	2	7				2008	69,91	56,32	90,3	85,02
Iran (République islamique d')	2007	7	1	4				2008	10,75	1,34	14,11	1,08
Liban	2004			4								
Maroc	2007	8	1	5	1992		0					
Soudan	2009			41								
Tunisie	2009	52	14	36								

Indicateur 17 : Pourcentage d'adultes ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport, données ventilées pour les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans.

	ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE/ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA LA PLUS RÉCENTE			VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009				ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE/ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA LA PLUS RÉCENTE			
	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Année d'enquête	Hommes (15 à 19 ans)	Femmes (15 à 19 ans)	Hommes (20 à 24 ans)	Femmes (20 à 24 ans)	Année d'enquête	Hommes	Femmes
Philippines	2003	6,0							2003	30,3	
Thaïlande				2006		63,41		48,62			
Timor-Leste	2009	0,9		2008							
Viet Nam	2005	0,3	0,0								
Océanie											
Îles Marshall	2007	9,7	4,7	2007	21,14	9,38	24,72	6,94	2007	22,6	8,8
États fédérés de Micronésie											
Palaos				2008	0	0	0	0			
Papouasie-Nouvelle-Guinée				2008	37,5		42,86				
Samoa				2008							
Îles Salomon											
Tonga				2008	22	18,8					
Tuvalu				2007							
Europe de l'Est et Asie centrale											
Arménie	2005	12,5	0,0						2005	78,6	
Azerbaïdjan	2006	9,0	0,0	2006			25,9		2006	28,6	0,0
Bélarus				2009	80	68,97	71,43	76,92			
Kazakhstan				2008	83,33	71,43	83,53	70			
Kirghizistan				2009	87,04	100	77,06	55,56			
République de Moldavie	2005	16,9	2,1	2009	81,3	60	58,6	14,3	2005	60,0	29,6
Fédération de Russie				2008	61,54	55,56	64	50			
Tadjikistan				2008	74,29	20	61,43	41,67			
Turkménistan	2000		0,0								
Ukraine	2007	16,2	3,1	2009	83,87	100	73,49	75	2007	63,7	62,7
Ouzbékistan											
Europe occidentale et centrale											
Albanie		6,4	0,1	2008			49,8				
Bosnie-Herzégovine				2009							
Bulgarie				2009	71,05	60	70,19	65,12			
République tchèque											
Estonie				2007	66,25	55,66	58,88	32,89			
Finlande											
Allemagne				2009	74,4	58,2	64,5	50,9			
Grèce				2009	33,33	23,08	25	23,53			
Hongrie				2009	5,2		17,5				
Lituanie				2008							
Luxembourg											
Malte				2009	84,6	80	85,2	50			
Norvège											
Portugal				2007	74,2	65,1	71,4	55			
Serbie				2006	83,33	66,67	77,05	71,43			
Espagne				2008							
Suède				2009	32,82	25,91	37,61	28,65			
Suisse				2007							
Ex-République yougoslave de Macédoine											
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord				2008							
Moyen-Orient et Afrique du Nord											
Djibouti				2008	32,91	46,94	70,25	89,77			
Iran (République islamique d')				2008	52,17	60	58,7	66,67			
Liban				2004							
Maroc				2007							
Soudan											
Tunisie				2009							

ANNEXE 5 COMPORTEMENT SEXUEL CHEZ LES JEUNES EN 2010, PAR RÉGION

Indicateur 15 : Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans au cours des 12 derniers mois, données ventilées par sexe.

Indicateur 16 : Pourcentage d'adultes ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire, données ventilées pour les jeunes femmes et jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE
ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE À
INDICATEURS MULTIPLES) LA
PLUS RÉCENTE²

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

	Année d'enquête	VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009		Année d'enquête	ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (OU ENQUÊTE À INDICATEURS MULTIPLES) LA PLUS RÉCENTE ²		Année d'enquête	VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009				
		Hommes	Femmes		Hommes et femmes	Hommes		Femmes	Hommes (15 à 19 ans)	Femmes (15 à 19 ans)	Hommes (20 à 24 ans)	Femmes (20 à 24 ans)
AMÉRIQUE DU NORD												
Mexique	2005	4	4	4								
CARAÏBES												
Bahamas	2009	70	41	58								
Barbade	2009	22	16	20								
Cuba	2008	32	15	24								
République dominicaine	2007	24	15	19	2007	24	15	2007	33,49	10,11	42,59	7,31
Haïti	2005	43	15	23	2005	43	15	2005	12,9	0,9	29,3	2,2
Jamaïque	2008	57	16	36				2008	49,64	17	81,29	22,61
Saint-Kitts-et-Nevis	2005	36	10	22				2005				
Sainte-Lucie	2005	32	20	26				2007				
Saint-Vincent-et-les Grenadines	2008	31	14	22				2008	16,02	10,07	51,79	15
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD												
Argentine	2008			19								
Belize	2009	11	5	8				2009	10,74	4,14	26,6	5,53
Bolivie (État plurinational de)	2008	13	7	8	2008	13	7	2008	9,64		21,13	
Brésil	2008	41	29	35				2008	66,11	56,23	73,85	63,34
Chili	2009	13	8	11				2009	16	4,9	28,52	10,1
Colombie					2005		13	2005		4,1		5,6
El Salvador	2008		11									
Guatemala	2008	16	8	11	1999		10	2008	12,96	0,58	18	0,7
Guyana	2009	19	10	14	2009			2009	8	1,1	18,4	1,5
Honduras	2006	19	11	13	2005-06		11	2006	31,73	0,94	28,69	0,71
Nicaragua					2001		12	2007		1,4		1,8
Panama	2009	30	21	24				2009	30,68	23,11	53,59	40,63
Paraguay	2008		64					2008		6,62		8,33
Pérou	2008	12	7	8	2007		6	2008	17,68	0,7	24,69	3,04
Suriname	2006		9					2006				
Uruguay	2008	44	30	37				2007	40	16,28	52,13	16,47

¹ La méthodologie peut varier selon les pays

² Enquête démographique et sanitaire (ou Enquête à indicateurs multiples).

³ Enquête démographique et sanitaire (ou Enquête sur les indicateurs du sida).

⁴ Les valeurs transmises par le même pays pour différentes années sont séparées par (/) dans l'année d'enquête.

⁵ Quand les dénominateurs sont basés sur 25-49 cas, l'indicateur correspondant apparaît entre parenthèses ().

⁶ Quand les dénominateurs sont basés sur moins de 25 cas, l'indicateur correspondant est remplacé par *.

Source : Rapports des pays à l'UNGASS 2010 et Enquête démographique et sanitaire Measure.

Indicateur 17 : Pourcentage d'adultes ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport, données ventilées pour les hommes et les femmes âgés de 15 à 24 ans.

	ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE/ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA LA PLUS RÉCENTE			VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009				ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE/ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA LA PLUS RÉCENTE			
	Année d'enquête	Hommes	Femmes	Année d'enquête	Hommes (15 à 19 ans)	Femmes (15 à 19 ans)	Hommes (20 à 24 ans)	Femmes (20 à 24 ans)	Année d'enquête	Hommes	Femmes
AMÉRIQUE DU NORD											
Mexique											
CARAÏBES											
Bahamas											
Barbade											
Cuba				2008							
République dominicaine				2007	71,62	37,25	56,72	31,35	2007	61,8	33,9
Haïti	2005	19,8	1,5	2005	42	31,2	55,6	17,8	2005	50,5	22,6
Jamaïque				2008	89,62	45,16	65,09	63,64			
Saint-Kitts-et-Nevis				2005							
Sainte-Lucie				2007							
Saint-Vincent-et- les Grenadines				2008	61,9	55,17	61,76	50			
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD											
Argentine				2008							
Belize				2009	80,77	58,33	70,37	76,92			
Bolivie (État plurinational de)	2008/03	14,3	1,0	2008	43,93		39,29		2008	40,7	
Bésil				2008	76,49	51,79	57,62	36,5			
Chili				2009	57,19	48,91	55,44	34,06			
Colombie	2005		4,8	2005		34,5		36,3	2005		35,5
El Salvador				2008		82,7		79,1			
Guatemala				2008	78,88	13,04	68,48	42,86			
Guyana	2009	12,4	1,3	2009	85,8		70,4		2009	76,1	
Honduras	2005-06		1,0	2006		33,6		16,9	2005-06		27,2
Nicaragua	2001		0,7	2007		12,2		30,1	2001		(38,70)
Panama				2009	46,75	16,91	32,06	13,87			
Paraguay				2008		5,04		8,1			
Pérou	2004-08		1,4	2008	73,43	82,35	79,5	32,14	2007		38,0
Suriname				2006							
Uruguay				2007	77,78	71,43	79,59	85,71			

ANNEXE 6

FOURNITURE DE CONSEILS ET DÉPISTAGES VOLONTAIRES CHEZ LES JEUNES, ET LES JEUNES DES POPULATIONS CLÉS, PAR RÉGION.

Indicateur 7. Pourcentage d'adultes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats, données ventilées pour le groupe d'âge 15 à 24 ans

Indicateur 8. Pourcentage, parmi les personnes les plus à risque, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats, données ventilées pour le groupe d'âge 15 à 24 ans

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE/ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA LA PLUS RÉCENTE

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

	Année d'enquête	Hommes		Femmes		Année d'enquête	Hommes		Femmes		Année d'enquête	Professionnel (le) du sexe (<25 ans)	Année d'enquête	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (<25 ans)	Année d'enquête	Consommateurs de drogues injectables (<25 ans)
		(15 à 19 ans)	(15 à 19 ans)	(20 à 24 ans)	(20 à 24 ans)		(15 à 24 ans)	(15 à 24 ans)								
AFRIQUE SUBSAHARIENNE																
Angola	2009	1,69	6,6	4,5	15,1						2008	32,54				
Bénin	2009	84,85	90,33	89,68	85,87	2006	4,4	7,3			2009	86,11		2009	26,32	
Botswana	2008	28,6	71,4	35,5	64,5											
Burkina Faso	2007					2003	2,2				2009	99,61				
Burundi	2008										2007	61,65				
Cameroun	2004	3,02	4,69	11,02	10,26	2004	3,9	4,4								
Cap-Vert	2009	2,9	12,7	22,6	49,6	2005	4,2	8,6								
République centrafricaine	2006					2006*	4,4									
Tchad	2004	0,99	0,51	1,87	0,65	2004	1,4	0,6			2009	37,72				
Comores											2007	100				
Congo	2009	2,37	4,67	5,86	10,58	2009	4,0	7,6								
Côte d'Ivoire	2005	1,78	2,27	2,45	3,19	2005	2,1	2,7			2007	43,68	2006-07	63,33		
République démocratique du Congo	2007	1,42	2,32	4,37	4,49	2007	2,8	3,4			2004-06	32,89				
Érythrée											2008	92,5				
Éthiopie	2005	2,1	1,9	1,5	3,6	2005	2,6	2,9								
Gabon		12,3	36,13	26,07	50,58						2010	58,6				
Ghana	2008	1,6	2,6	5,7	7,6	2008	3,4	4,9								
Guinée	2008					2005	2,0	1,4								
Guinée-Bissau	2008	8,84	6,64	13,5	13,86						2009	29,69				
Kenya	2008	13,1	17,8	25,4	38,6	2008	18,6	28,1			2009	94,68				
Lesotho	2009					2009	17,1	40,4								
Libéria	2006	0,43	1,68	2,89	2,13	2007	1,6	1,9								
Madagascar	2008	15,51	17,89	21,89	28,5	2008	3,5	4,6			2008	46,18				
Malawi	2004	4,1	4,8	10,1	9,6	2004	7,0	7,4								
Mali	2006	1,3	3,2	3,4	4,2	2006	2,1	3,7			2006					
Mauritanie	2007										2007	58,97				
Maurice	2008	3,97	3,15	7,73	8,76											
Mozambique	2009	5,65	13,29	11,55	19,44	2009 (prelim)	8,2	16,6								
Namibie	2006	5,7	12,8	16,3	35,8	2006	10,5	23,3								
Niger	2006	1,13	1,69	2,45	2,42	2006	1,2	1,0			2008	39,84				
Nigéria	2007	4,5	4,5	9,1	12,6	2008	3,9	5,2			2007	36,36	2007	27,31	2007	19,82
Rwanda	2005	3,61	4,82	13,56	16,6	2005	8,2	10,4			2006					
Sao Tomé-et-Principe	2009	100	100	100	100	2008-09*	14,2	29			2007					
Sénégal	2005	0,65	0,7	0,93	0,81	2005	0,7	0,8			2006	36,23	2007	30,58		
Sierra Leone	2008	0,4	3,3	2,2	5,6	2008	1,2	4,4			2005					
Swaziland	2006	1,81	9,97	6,88	27,92	2007	3,9	18,1								
Togo	2007	12,55	8,58	15,87	18,91						2009	55,79	2009-10	46,78		
Ouganda	2010					2006	7,9	12,2								
République-Unie de Tanzanie	2008	11,2	14,72	21,34	22,62	2007-08	15,2	18,4								
Zambie	2006	7,3	12,8	14,1	21,9	2007	10,2	17								
Zimbabwe						2005-06	5,4	6,8								
ASIE DE L'EST																
Chine											2009	33,6	2009	42,9	2009	28,4
Mongolie	2008		8,72		42,43						2009	46,28	2009	69,74		
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST																
Afghanistan											2009	3,92			2009	25,0
Bangladesh											2006-07	3,66	2006-07	1,95	2006-07	4,88
Cambodge	2005	1,32	1,9	7,8	5,4	2005	4	3,5			2007	66,08	2007	56,95	2007	36,27
Inde	2009	1,59	0,76	2,64	2,81	2005-06	0,7	1,4			2009	37,5	2009	7,47	2009	21,05
Indonésie											2007	27,31	2007	31,39	2007	36,61
République démocratique populaire lao											2009	12,38	2009	12,45		
Maldives											2008	21,43	2008	11,76	2008	14,81

ANNEXE 6

FOURNITURE DE CONSEILS ET DÉPISTAGES VOLONTAIRES CHEZ LES JEUNES, ET LES JEUNES DES POPULATIONS CLÉS, PAR RÉGION.

Indicateur 7. Pourcentage d'adultes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats, données ventilées pour le groupe d'âge 15 à 24 ans

Indicateur 8. Pourcentage, parmi les personnes les plus à risque, ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats, données ventilées pour le groupe d'âge 15 à 24 ans

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE/ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA LA PLUS RÉCENTE

VALEUR TRANSMISE PAR LE PAYS POUR 2009

	Année d'enquête	Hommes		Femmes		Année d'enquête	Hommes		Femmes		Année d'enquête	Professionnel (e)s du sexe (<25 ans)	Année d'enquête	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (<25 ans)	Année d'enquête	Consommateurs de drogues injectables (<25 ans)
		(15 à 19 ans)	(15 à 19 ans)	(20 à 24 ans)	(20 à 24 ans)		(15 à 24 ans)	(15 à 24 ans)								
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD																
Djibouti	2008	13,85	14,47	55,23	48,1						2008	92,11				
Iran (République islamique d')											2007	22,85	2006	11,11	2007	16,31
Maroc	2007										2007	44,06				
Soudan	2009										2008	5,7				
Tunisie	2009										2009	12,66	2009	15,77	2009	8,74
AMÉRIQUE DU NORD																
Canada													2005-08	35,8	2005-08	48,7
Mexique													2009	49,17	2009	11,54
CARAÏBES																
Bahamas	2009	0,93	3,66										2009	48		
Barbade											2005-06	80				
Cuba	2008										2008-09	26,94	2008-09	22,51		
République dominicaine	2007	5,01	11,79	17,3	11,53	2007	10,2	18,1			2008		2008			
Grenade	2009	97,92	85,1	26,57	99,82											
Haïti	2005	1,73	4	5,71	9,68	2005	3,4	6,4	2005-06	71,05	2006	71,05				
Jamaïque	2008	7,97	25,91	22,22	48,74				2008	71,79	2007	47,48				
Sainte-Lucie	2007												2009	100	2007-09	22,22
Saint-Vincent-et- les Grenadines	2008	3,91	7,99	11,79	12,08											
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD																
Belize	2009	11,98	15,17	32,02	52,34											
Bolivie (État plurinational de)	2008	1,35	1,02	2,64	3,43	2008	1,9		2009	40,54	2008	36,24				
Chili	2009	7,14	17,04	25,51	52,56				2005	91,3	2008-09	26,32				
Colombie	2007					2005			2008	40,79						
El Salvador	2008		8,2		13,6				2009		2009					
Guatemala	2008	1,56	2,77	2,64	5,5				2007	91,84		63,38				
Guyana	2009					2005*	9	13	2009-10	91,3	2008-09	97,1				
Honduras	2006	3,56	9,56	19,46	26,94				2006	81,22	2006	24,74				
Panama	2009	3	8,5	11,31	16,9				2007		2007					
Pérou	2008	0,94	9,58	6,1	25,64				2008	4,35	2008	0				
Uruguay	2007	4,49	8,55	26,67	19,87				2008		2008					

Source : Rapports de situation nationaux à l'intention de l'UNGASS, 2010 et Enquête démographique et sanitaire Mesure

ANNEXE 7

COUVERTURE DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DU VIH ET NIVEAU DE CONNAISSANCE SUR LE VIH CHEZ LES JEUNES DANS LES POPULATIONS CLÉS, PAR RÉGION

Indicateur 9 : Pourcentage, parmi les personnes les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention VIH parviennent à atteindre, données ventilées par groupe d'âge [<25]

Indicateur 14 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, d'adultes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus, données ventilées par groupe d'âge [<25].

	PROFES-SIONNEL(LE)S DU SEXE < 25 ANS		HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES < 25 ANS		CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES < 25 ANS		PROFES-SIONNEL(LE)S DU SEXE < 25 ANS		HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES < 25 ANS		CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES < 25 ANS	
	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage
AFRIQUE SUBSAHARIENNE												
Angola	2008	19,62					2008	63,97				
Bénin	2008	49,23			2009	0	2008	61,76			2009	26,32
Burkina Faso	2005	40,38										
Burundi	2007	80,11					2007	54,83				
Tchad	2009	18,27					2009	4,82				
Comores	2007	28										
Côte d'Ivoire	2007		2007	100			2007	29,44				
République démocratique du Congo	2004-06	24,5					2004-06	29,2				
Éthiopie							2005	35,7				
Gabon	2010	32,26					2010	26,88				
Guinée-Bissau	2009						2009	32,81				
Kenya	2009						2009	57,27				
Niger	2008						2008	8,2				
Nigéria	2007	46,03	2007	60,65	2007	81,98	2007	34,11	2007	43,83	2007	42,34
Sénégal			2007	81,79			2006	20,29				
Swaziland	2009	100					2009	33,8				
Togo	2009	77,37	2010	40,06			2009	55,26	2010	57,31		
ASIE DE L'EST												
Chine	2009	72,1	2009	74,3	2009	31,9	2009	52,2	2009	50,9	2009	49,2
Mongolie	2009	65,54	2009	68,42			2009	50,34	2009	55,26		
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST												
Afghanistan	2009	1,31			2009	16,67	2009	0,65			2009	29,58
Bangladesh	2006-07	9,27	2007	14,4	2006-07	1,22	2006-07	28,78	2007	22,57	2006-07	30,49
Inde	2009	41,67	2009	12,07	2009	12,03	2009	22,92	2009	35,06	2009	27,07
Indonésie	2007	25,74	2007	37,59	2007	36,84	2007	25,32	2007	40,33	2007	52,17
République démocratique populaire lao	2009	70,69					2009	44,43				
Myanmar	2008	70	2009	61,82	2007-08	45,48	2008	65	2009	68,14	2007-08	78,36
Népal	2008		2009	71,88	2009	53,6	2008		2009	58,93	2009	64
Pakistan	2008-09	9,45			2008	58,43	2008-09	13,66			2008	19,88
Philippines	2009	52,2	2009	26,74	2009	10,44	2009	28,74	2009	32,2	2009	36,62
Thaïlande							2009	29,44	2009	18,81		
Timor-Leste	2008						2008		2008			
Viet Nam	2009-10	42,34	2010	17,71	2009-10	10,42	2009-10	51,45	2009-10	48,1	2009-10	52,82
OCÉANIE												
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2006	31,43	2009	13,23			2006	39,23	2007	72,49		
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE												
Azerbaïdjan	2007-08	3,77	2008	13,95	2007-08	0,62	2007-08	34,21	2007-08	59,38	2007-08	34,35
Bélarus	2009	84,68	2009	80,65	2009	60,07	2009	71,62	2009	74,19	2009	52,43
Géorgie	2008	27,27	2007	61,4	2008	16,9	2008	0	2007	21,05	2008	30,28
Kazakhstan	2009	86,27	2009	65,81	2009	59,12	2009	66,12	2009	66,13	2009	73,62
Kirghizistan	2009	56,18			2009	38,1	2009	85,67			2009	45,24
République de Moldavie	2009-10	15,5			2009	2,6	2009-10	28,3			2009	66,4
Fédération de Russie	2007-08	20,75			2009	1,32	2007-08	44,03	2009	76,19	2009	33,62
Tadjikistan	2008	43,41			2008	61,96	2008	37,07			2008	59,51
Ukraine	2008-09	52,98	2009	62,67	2008-09	23,45	2009	46,37	2009	71,69	2008-09	54,24
Ouzbékistan	2009	67,76	2009	31,91	2009	31,68	2009	34,37	2009	29,79	2009	40,84
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE												
Bosnie-Herzégovine					2009	18,5	2008		2008			
Bulgarie	2008	52,44	2008	36,84	2008	49,32	2008	36,97	2008	34,36	2008	30,54
République tchèque			2009	62,5					2009	68,47		

ANNEXE 7

COUVERTURE DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DU VIH ET NIVEAU DE CONNAISSANCE SUR LE VIH CHEZ LES JEUNES DANS LES POPULATIONS CLÉS, PAR RÉGION

Indicateur 9 : Pourcentage, parmi les personnes les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention VIH parviennent à atteindre, données ventilées par groupe d'âge [<25]

Indicateur 14 : Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, d'adultes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur la transmission du virus, données ventilées par groupe d'âge [<25].

	PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE < 25 ANS		HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES < 25 ANS		CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES < 25 ANS		PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE < 25 ANS		HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES < 25 ANS		CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES < 25 ANS	
	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage
Estonie			2007	31,58			2005-06		2007	58,73		
Grèce	2009	14,29	2008-09	76,79			2009	3,57	2008-09	21,43		
Lettonie					2007				2008	42,31		
Lituanie	2008	70	2009	28,57			2008-09	33,33	2009	14,29		
Roumanie	2009	31,58					2009	10,53	2009		2009	7
Serbie	2008	16,67	2008	11,21	2008	11,54	2008	16,67	2008	65,42	2008	40,38
Slovénie			2008-10	77,38								
Suède	2009	33,33	2008	56,8	2009	13,95	2009	85,71			2009	71,05
Ex-République yougoslave de Macédoine	2009				2006		2007	48,72	2007	34,38	2007	40
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD												
Djibouti	2008	97,37					2007					
Iran (République islamique d')	2007				2007		2007-08	9,84	2007-08	11,11	2007-08	16,08
Maroc	2007	37,02					2007					
Soudan	2008	1,3					2008	28,6				
Tunisie	2009	28,8	2009	53,36	2009		2009	11,39	2009	23,21	2009	18,93
AMÉRIQUE DU NORD												
Mexique	2008-09	61,24	2008-09	34,25	2008-09	15,75						
CARAÏBES												
Bahamas			2010	70,67					2010	29,33		
Cuba	2007-09	95,64	2007-09	91,39			2008-09	60,74	2008-09	64,75		
République dominicaine	2008						2008		2008			
Haïti							2006	5,3	2006	38,14		
Sainte-Lucie			2009	100							2007-09	0
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD												
Bolivie (État plurinational de)			2008	65,16			2009	40,54	2008	53,31		
Chili	2005	60,87	2008-09	51,97					2008-09	64,47		
Colombie	2008						2008	25,21				
Guatemala	2007	91,84	2007	72,68			2007	3,67	2007	30,7		
Guyana	2009						2008-09	29,9	2008-09	42,6		
Honduras	2006	28,25	2006	25,51			2006	25,35	2006	8,87		
Paraguay							2007-08		2007-08	30,43		

Note : Les pays qui ont des années d'enquête où ne figure aucun chiffre ont seulement transmis certaines valeurs, mais pas spécifiquement pour le groupe d'âge des moins de 25 ans.

Source : Rapports des pays à l'UNGASS, 2010.

ANNEXE 8 UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES JEUNES DES POPULATIONS CLÉS, PAR RÉGION

	Indicateur 18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client, données ventilées pour le groupe d'âge de moins de 25 ans.		Indicateur 19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin, données ventilées pour le groupe d'âge de moins de 25 ans		Indicateur 20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, données ventilées pour le groupe d'âge de moins de 25 ans	
	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage
AFRIQUE SUBSAHARIENNE						
Angola	2008	77,45				
Bénin	2009	9,43			2009	60
Burkina Faso	2005	98,42				
Burundi	2007	86,28				
Tchad	2009	43,2				
Comores	2007	67,74				
République démocratique du Congo	2004-06	63,9				
Érythrée	2009	45,54				
Éthiopie	2005	98,27				
Gabon	2010	77,42				
Guinée	2008	84,44				
Guinée-Bissau	2009	90,63				
Kenya	2009	87,39				
Madagascar	2008	84,76				
Mali	2006	97,4				
Niger	2008	78,52				
Nigéria	2007	97,82	2007	52,43	2007	70,11
Sénégal	2006	91,3	2007	71,63		
Swaziland	2009	87,32				
Togo	2009-10	86,84	2009-10	66,67		
ASIE DE L'EST						
Chine	2009	85,8	2009	77,2	2009	37,8
Mongolie	2009	89,19	2009	80,26		
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST						
Afghanistan	2009	59,6			2009	42,59
Bangladesh	2006-07	61,61	2006-07	17,81	2006-07	40,35
Cambodge	2007	99,3	2007	88,69		
Inde	2009	87,5	2009	43,82	2009	12,7
Indonésie	2007	63,56	2007	55,66	2007	34,5
République démocratique populaire lao	2009	93,9				
Myanmar	2008	95,63	2009	84,04	2007-08	78,57
Népal	2008		2009	74,55	2009	49,3
Pakistan	2008-09	38,71			2008	29,17
Philippines	2009	65,37	2009	29,68	2009	25,71
Singapour	2009		2008-09			
Sri Lanka	2006-07	87,5	2006-07	61,5		
Thaïlande	2008				2008	40
Viet Nam	2009-10	78,59	2009-10	69,54	2009-10	53,59
Océanie						
Australie					2008	32
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2009	52,54	2009	40,91		
Tonga			2008	26,67		
Vanuatu	2006		2008	63,16		
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE						
Azerbaïdjan	2007-08	79,25	2007-08	47,62	2008	19,25
Bélarus	2009	67,12	2009	69,8	2009	51,25
Géorgie	2008	100	2007	60,42	2008	85,07
Kazakhstan	2009	96,95	2009	75,4	2009	60,91
Kirghizistan	2009	94,1			2009	56,67
République de Moldavie	2009-10	96			2009	35,1
Fédération de Russie	2009	67,72	2008	58,02	2009	53,98
Tadjikistan	2008	96,1			2008	49,45

ANNEXE 8

UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES JEUNES DES POPULATIONS CLÉS, PAR RÉGION

	Indicateur 18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexé déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client, données ventilées pour le groupe d'âge de moins de 25 ans.		Indicateur 19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin, données ventilées pour le groupe d'âge de moins de 25 ans		Indicateur 20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, données ventilées pour le groupe d'âge de moins de 25 ans	
	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage	Année d'enquête	Pourcentage
Ukraine	2008-09	88,46	2009	62,9	2008-09	52,83
Ouzbékistan	2009	80,03	2009	91,49	2009	30,1
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE						
Bosnie-Herzégovine	2008	79,3				
Bulgarie	2008	92,46	2008	65,75	2008	43,12
République tchèque			2009	27,47		
Estonie	2005-06	91,36	2007	55,42	2008	71,2
Allemagne	2008	65	2007	56,39		
Grèce	2009	0	2008-09	12,5		
Hongrie			2009	24,99		
Lettonie			2008	46,15		
Lituanie	2008	89,29	2009	53,85		
Portugal			2007	40,9	2007-08	35,71
Roumanie	2009	98,68			2009	22
Serbie	2008	83,33	2008	61,68	2008	36,84
Slovénie			2008-10	24,56		
Suède	2009	0	2009-10	47,42	2009-10	9,68
Suisse	2007		2007	78,76	2006	36,17
Ex-République yougoslave de Macédoine	2007	75,68	2007	48,94	2007	49,35
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord					2008	41,84
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD						
Djibouti	2007	95,3				
Iran (République islamique d')	2007	59,02	2006	45,45		
Maroc	2007-09	49,25				
Soudan	2008	46,4				
AMÉRIQUE DU NORD						
Canada			2005-08	64,6	2005-08	35,1
Mexique	2008-09	65,54	2008-9	61,43	2008-09	31,15
CARAÏBES						
Bahamas			2010	72,41		
Cuba	2008-09	56,19	2008-09	29,71		
Jamaïque	2008	96,61	2007	72,66		
Sainte-Lucie			2009	94,74		
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD						
Bolivie (État plurinational de)	2009-10	87,84	2008	66,54		
Chili	2005	73,91	2008-09	49,67		
Colombie	2008	99,3				
Guatemala	2007	95,48	2007	80,66		
Guyana	2008-09	57,1	2008-09	100		
Honduras	2006	79,08	2006			
Paraguay			2007-08	52,63		
Uruguay	2008		2008	43,95		

Note : Les pays qui ont des années d'enquête où ne figure aucun chiffre ont seulement transmis certaines valeurs, mais pas spécifiquement pour le groupe d'âge des moins de 25 ans.

Source : Rapports de pays à l'UNGASS, 2010

ANNEXE 9

UTILISATION DES SERVICES DE RÉDUCTION DES RISQUES PAR LES JEUNES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES, PAR RÉGION

Indicateur 21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injectés de la drogue, données ventilées pour le groupe d'âge de moins de 25 ans

JEUNES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES, ÂGÉS DE MOINS DE 25 ANS, DÉCLARANT AVOIR UTILISÉ DU MATÉRIEL STÉRILISÉ LA DERNIÈRE FOIS QU'ILS SE SONT INJECTÉS DE LA DROGUE

	Année d'enquête	Pourcentage
AFRIQUE SUBSAHARIENNE		
Bénin	2009	25,81
Nigéria	2007	85,45
ASIE DE L'EST		
Chine	2009	61,6
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST		
Afghanistan	2009	95,14
Bangladesh	2006-07	30,49
Inde	2009	85,19
Indonésie	2004	86,96
Maldives	2008	70,97
Myanmar	2007-08	83,29
Népal	2009	98
Pakistan	2008	79,32
Philippines	2009	82,92
Thaïlande	2008	60,87
Viet Nam	2009-10	94,03
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE		
Azerbaïdjan	2007-08	70,81
Bélarus	2009	83
Géorgie	2008	42,96
Kazakhstan	2009	63,13
République de Moldavie	2009	99
Fédération de Russie	2009	86,21
Tadjikistan	2008	79,87
Ukraine	2008-09	89,02
Ouzbékistan	2009	79
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE		
Bulgarie	2008	83,88
Lettonie	2007	85,25
Lituanie	2007-08	97,22
Portugal	2007-08	59,03
Roumanie	2009	87
Serbie	2008	90,38
Suède	2009	53,85
Suisse	2006	95,08
Ex-République yougoslave de Macédoine	2007	67,27
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	2008	77,86
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD		
Iran (République islamique d')	2007	76,53
Maroc	2005	10,11
AMÉRIQUE DU NORD		
Mexique	2008-09	40,14

Source : Rapports des pays à l'UNGASS, 2010.

ANNEXE 10

DÉPENSES CONSACRÉES À LA LUTTE CONTRE LE SIDA POUR LES JEUNES SCOLARISÉS, NON SCOLARISÉS ET POUR LES ORPHELINS ET LES ENFANTS VULNÉRABLES, PAR RÉGION

Indicateur 1 : Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

	ANNÉE	PRÉVENTION – JEUNES SCOLARISÉS (EN USD)	PRÉVENTION – JEUNES NON SCOLARISÉS (EN USD)	ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES (EN USD)	TOTAL GÉNÉRAL (EN USD)
AFRIQUE SUBSAHARIENNE					
	Angola	2009	178.178,00		178.178,00
	Bénin	2009	273.531,74		726.791,85
	Botswana	2008	1.544.856,28	580.879,47	80.606.713,59
	Burkina Faso	2008	414.185,95	79.129,47	2.632.399,69
	Burundi	2008	300.157,15	17.557,14	2.663.684,94
	Cameroun	2008	521.619,55	233.813,87	3.148.372,04
	Cap-Vert	2009			132.810,44
	République centrafricaine	2008	290.431,83		978.936,07
	Tchad	2008	236.759,74		187.952,56
	Congo	2009	252.869,95		874.216,13
	Côte d'Ivoire	2008	935.449,21		1.630.839,94
	République démocratique du Congo	2008	1.490.778,00	608.165,00	4.702.837,00
	Guinée équatoriale	2009	30.466,24		30.466,24
	Érythrée	2009	247.584,00		1.155.124,00
	Gabon	2009	7.000,00	30.000,00	110.169,49
	Gambie	2008	17.330,00		226.688,00
	Ghana	2008	864.269,00		422.218,00
	Guinée	2009			191.989,56
	Guinée-Bissau	2009	21.059,47		108.845,58
	Kenya	2009			55.427.302,97
	Lesotho	2008	262.617,34	94.793,48	10.838.557,24
	Madagascar	2008	206.043,09	234.328,04	
	Malawi	2009	256.973,00	112.919,00	4.448.135,00
	Mali	2008	96.455,47	146.182,26	1.543.508,31
	Mozambique	2008	900.548,00	23.105,00	13.021.760,90
	Niger	2008	176.165,77	9.800,61	638.851,29
	Nigéria	2008	840.550,00	418.862,00	9.971.820,00
	Rwanda	2008	1.257.374,00	308.679,00	12.850.247,00
	Sao Tomé-et-Principe	2009		3.331,00	34.641,36
	Sénégal	2008	154.590,33	84.025,00	1.477.566,45
	Seychelles	2009			90.547,30
	Sierra Leone	2007	514.714,35	58.573,00	193.296,90
	Swaziland	2007	171.419,00	354.114,29	15.027.354,57
	Togo	2008	703.247,93	196.661,47	805.336,64
	Ouganda	2008			15.246.136,82
	SOUS-TOTAL		13.167.224,41	3.594.919,11	242.115.651,63
ASIE DE L'EST					
	Mongolie	2009	5.194,58		5.492,20
ASIE DU SUD ET DU SUD-EST					
	Afghanistan	2009	124.184,00	1.000,00	854,00
	Cambodge	2008	545.864,96	263.266,25	2.224.681,00
	Inde	2009	1.122.782,60		1.122.782,60
	Indonésie	2008	592.689,00	216.306,00	31.574,00
	République démocratique populaire lao	2009	149.868,00	187.653,00	99.248,00
	Myanmar	2008	773.549,00	1.562.131,30	674.405,33
	Népal	2007	252.364,00	176.615,00	158.739,00
	Pakistan	2009	866.868,00		
	Philippines	2009	2.451,80		36.000,00
	Sri Lanka	2009	338.557,00	162.282,00	
	Thaïlande	2009	2.299.847,87	661.355,31	1.535.008,00
	Viet Nam	2009	104.850,51	9.340,77	3.230.697,46
	SOUS-TOTAL		7.173.876,75	3.239.949,63	7.991.206,78

Indicateur 1 : Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

	ANNÉE	PRÉVENTION – JEUNES SCOLARISÉS (EN USD)	PRÉVENTION – JEUNES NON SCOLARISÉS (EN USD)	ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES (EN USD)	TOTAL GÉNÉRAL (EN USD)
Océanie					
	Fidji	2009	32.763,22	50.708,21	83.471,43
	États fédérés de Micronésie	2009	14.768,00	3.521,00	18.289,00
	Îles Salomon	2009	4.647,74	8.877,94	13.525,68
	SOUS-TOTAL		52.178,96	63.107,15	115.286,11
Europe de l'est et Asie centrale					
	Arménie	2009	148.526,24	11.629,29	160.155,53
	Azerbaïdjan	2009	198.773,30	35.434,00	234.207,30
	Bélarus	2009	220.252,48	121.191,40	441.209,68
	Géorgie	2009	56.555,00	93.091,00	149.646,00
	Kazakstan	2009	54.285,33		54.285,33
	Kirghizistan	2009	244.294,70	44.078,00	65.000,00
	République de Moldavie	2009	33.009,79	4.001,19	77.533,23
	Fédération de Russie	2008	454.057,98	271.317,43	64.972.078,72
	Tadjikistan	2009	116.158,26	336.071,39	
	Ukraine	2008	728.863,93		2.562.099,00
	Ouzbékistan	2009	52.822,50	31.019,82	1.029.183,13
	SOUS-TOTAL		2.307.599,53	947.833,52	68.805.659,88
Europe occidentale et centrale					
	Bulgarie	2009	53.254,76	201.451,44	199.985,79
	Croatie	2009	208.608,60		
	Hongrie	2009	20.942,41	15.706,81	
	Monténégro	2009	118.571,43		
	Roumanie	2009			1.293,00
	Ex-République yougoslave de Macédoine	2008	61.095,01		
	SOUS-TOTAL		462.472,21	217.158,24	201.278,79
Moyen-Orient et Afrique du Nord					
	Algérie	2009	4.200,00		
	Égypte	2008	23.125,09	10.226,91	7.135,27
	Maroc	2008	243.700,00	20.000,00	
	Oman	2009	65.560,70		44.704,80
	Somalie	2009			16.182,00
	SOUS-TOTAL		336.585,79	30.226,91	68.022,07
Amérique du Nord					
	Mexique	2009	247.895,94	559.115,79	11.786,88
Caraïbes					
	Cuba	2009		44.280,00	43.745,88
	République dominicaine	2008	52.889,04	4.224,66	24.183,69
	SOUS-TOTAL		52.889,04	48.504,66	67.929,57

ANNEXE 10

DÉPENSES CONSACRÉES À LA LUTTE CONTRE LE SIDA POUR LES JEUNES SCOLARISÉS, NON SCOLARISÉS ET POUR LES ORPHELINS ET LES ENFANTS VULNÉRABLES, PAR RÉGION

Indicateur 1 : Dépenses nationales et internationales consacrées à la lutte contre le sida par catégorie et source de financement

	ANNÉE	PRÉVENTION – JEUNES SCOLARISÉS (EN USD)	PRÉVENTION – JEUNES NON SCOLARISÉS (EN USD)	ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES (EN USD)	TOTAL GÉNÉRAL (EN USD)	
AMÉRIQUE CENTRALE ET AMÉRIQUE DU SUD						
	Argentine	2008	325,926.72		352,617.87	678,544.59
	Belize	2009	44,967.50	16,678.50	43,275.00	104,921.00
	Bolivie (État plurinational de)	2009	120,500.00		7,763.99	128,263.99
	Bésil	2008	963,704.51	13,720.22		977,424.73
	Chili	2008	68,561.30		4,919.54	73,480.84
	Colombie	2009	835,507.16	552,522.95	73,008.26	1,461,038.38
	Équateur	2009			52,375.00	52,375.00
	El Salvador	2008	209,326.00	26,896.00	129,503.00	365,725.00
	Guatemala	2008			39,415.08	39,415.08
	Honduras	2008	709,466.98	2,732,472.59	608,541.27	4,050,480.85
	Nicaragua	2008			29,143.04	29,143.04
	Panama	2008			93,246.00	93,246.00
	Paraguay	2009	16,800.00		21,475.00	38,275.00
	Pérou	2009	226,421.06	310,370.06	679,092.49	1,215,883.61
	Uruguay	2007	154,864.23	18,687.53		173,551.76
	Venezuela (République bolivarienne du)	2009	638,411.16			638,411.16
	SOUS-TOTAL		4,314,456.64	3,671,347.85	2,134,375.55	10,120,180.04

Source : Rapports des pays à l'UNGASS, 2010.



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

