



Population Reports

**Latest News on
HIV/AIDS**

**FORWARD THIS PAGE
TO A COLLEAGUE**



JHU/CCP

Table des matières

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Créditos](#)

Chapters

1. [L'épidémie invisible](#)
2. [Comment les jeunes deviennent infectés](#)
3. [Pourquoi si vulnérable ?](#)
4. [Lutter contre l'épidémie](#)
5. [Etablir un contact](#)
6. [Conséquences de l'inaction](#)

Les jeunes et le VIH/SIDA

Pouvons-nous éviter la catastrophe ?

Les jeunes d'aujourd'hui sont la génération du SIDA. Ils n'ont jamais connu un monde dépourvu de VIH. Des millions d'entre eux sont déjà morts. Or, l'épidémie de VIH/SIDA parmi les jeunes reste pour une large part invisible aux yeux des adultes et des jeunes eux-mêmes. Si on veut mettre un terme au VIH/SIDA, on a besoin de vastes stratégies centrées sur la jeunesse.

Au cours des 20 dernières années, le VIH a infecté plus de 60 millions d'êtres, dont la moitié environ entre 15 à 24 ans. Aujourd'hui, près de 12 millions de jeunes vivent avec le VIH/SIDA. Les jeunes femmes sont beaucoup plus susceptibles que les jeunes hommes d'être infectées par le VIH. Dans près de 20 pays d'Afrique, au moins 5 % des femmes âgées de 15 à 24 ans sont atteintes. Ces statistiques montrent bien qu'il est urgent de s'attaquer au problème du VIH/SIDA chez les jeunes.

Pourquoi une telle vulnérabilité ?

Les attributs physiques, psychologiques et sociaux de

7. [VIH/SIDA : Ce que les jeunes veulent savoir](#)
8. [Profils](#)
9. [La jeunesse au centre](#)
 - [Figures](#)
 - [Tableaux](#)
 - [Cajas](#)
 - [Bibliographie](#)

Faits saillants

- [Pourquoi les jeunes femmes courent plus de risques](#)
- [La culture peut porter tort](#)
- [Profil : s'exprimer publiquement](#)
- [L'éducation devrait commencer tôt](#)
- [Les condoms : la double protection](#)
- [Les orphelins: un nouveau défi](#)
- [Que peuvent faire les parents ?](#)
- [Atteindre les enfants des rues](#)
- [Tout centrer autour des jeunes](#)

L'adolescence rendent les jeunes particulièrement vulnérables au VIH et aux autres infections sexuellement transmises (IST). Souvent, les adolescents ne sont pas à même de comprendre entièrement l'ampleur des risques qu'ils courent. Les sociétés aggravent souvent ces risques en compliquant la transmission d'informations sur le VIH/SIDA et la santé reproductive. En outre, beaucoup de jeunes n'ont aucune expérience de la société et vivent dans une situation de dépendance. Ils subissent facilement l'influence des pressions exercées par leurs pairs, souvent de façons qui peuvent faire augmenter leurs risques.

Attaquer l'épidémie

Les reculs de l'incidence du VIH/SIDA enregistrés récemment dans quelques pays, en parallèle avec des indications que les jeunes modifient leur comportement à risque, sont une source d'espoir. On s'accorde généralement à reconnaître aujourd'hui que le SIDA est une crise sociale en même temps qu'un problème de comportement individuel. L'épidémie de SIDA est un phénomène complexe et ne peut être surmontée que par un ensemble d'interventions. Il est de plus en plus clair, cependant, que les jeunes doivent être au centre des stratégies visant à maîtriser le VIH/SIDA.

Soutien accru de la prévention du Sida. Il n'a guère d'espoir de trouver une solution tant que les dirigeants ne seront pas plus nombreux à parler en public de la crise du SIDA chez les jeunes et à en faire une priorité de financement et d'intervention.

Offre d'éducation et de communication. Les jeunes ont besoin d'aide pour prendre conscience des risques de VIH/SIDA et savoir comment les éviter. Les programmes d'éducation et de communication doivent ne pas se borner à offrir des informations, mais renforcer les techniques d'aversion pour les risques, telles que le report des activités sexuelles, la continence et les négociations avec les partenaires sexuels. L'éducation portant sur le VIH/SIDA doit commencer tôt, avant même que les enfants ne deviennent sexuellement actifs.

Employez la plus grande collection mondiale de documents de prévention du VIH/SIDA...



www.jhuccp.org/mmc

Plus de 30.000 affiches, brochures, cassettes audio et vidéo, audiotapes, photographies, matériel pédagogique, articles de nouveauté et autres concernant la prévention du VIH/SIDA dans le monde

En outre vous pouvez demander *Quoi de neuf*, bulletin consacré à la jeunesse et au SIDA qui présente de nouveaux matériels de communication en vous adressant à :

JHU/PIP

Media/Materials Clearinghouse
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA
Email: mmc@jhucpp.org

-
- [POPLINE](#)
 - [Otros temas](#)
 - [Para ordenar](#)
 - [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXIX, numéro 3,
Automne 2001
Série L, Numéro 12
Problèmes mondiaux de santé

Aborder les normes culturelles et sociales. De nombreuses traditions et pratiques culturelles sont plus dangereuses pour les jeunes que pour les adultes, et plus dangereuses pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes. Les interventions visant à faire participer les communautés et à modifier les normes sociales sont aussi indispensables que celles qui visent à réduire les risques individuels.

Encourager l'emploi du préservatif pour obtenir une double protection. Les préservatifs — qui sont la seule méthode de contraception capable de protéger à la fois contre le VIH et contre la grossesse — sont absolument indispensables si on veut venir à bout du VIH/SIDA chez les jeunes. Les préservatifs devraient être largement accessibles et on devrait encourager leur emploi par les personnes de tous âges qui sont sexuellement actives.

Rendre les services d'abord faciles pour les jeunes. Pour mieux servir les jeunes, les dispensateurs de soins de santé doivent veiller tout particulièrement à être plus accueillants pour les jeunes et à les mettre à leur aise. Les services, y compris le traitement des IST et les consultations volontaires à propos du VIH, les tests et les recours, doivent être confidentiels et fournis avec tact.

Animation. Les programmes doivent toucher les enfants des rues, les professionnelles du sexe et les autres jeunes vulnérables, y compris les millions d'enfants rendus orphelins par le SIDA. La plupart des programmes de jeunes obtiennent de meilleurs résultats quand ce sont les jeunes qui aident à les organiser et à les réaliser. Les programmes doivent aussi trouver des moyens plus efficaces d'atteindre les parents et autres adultes susceptibles d'exercer une influence sur l'existence des jeunes.

Agir sans attendre

Tous les pays peuvent et doivent mettre sur pied des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA. Le secteur santé ne peut, à lui seul, surmonter cette épidémie. Le moment est venu d'agir. Il est déjà trop tard pour beaucoup de jeunes. Même si on réduisait de moitié le risque de VIH en 2015, il y aurait

encore, dans certains pays, 20 % à 80 % des garçons aujourd'hui âgés de 15 ans qui mourraient du SIDA. Dans certains pays, les perspectives de survie des jeunes diminuent quand les enseignants et d'autres dirigeants meurent du SIDA et quand la productivité se ralentit. C'est uniquement si on agit dès maintenant de façon décisive pour surmonter le VIH qu'on pourra être sûr que les jeunes d'aujourd'hui auront un avenir d'adulte.

[Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)



Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project

111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202

Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 [Security & Privacy Policy](#)



Table des matières

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Créditos](#)

Chapters

1. [L'épidémie invisible](#)
2. [Comment les jeunes deviennent infectés](#)
3. [Pourquoi si vulnérable ?](#)
4. [Lutter contre l'épidémie](#)
5. [Etablir un contact](#)
6. [Conséquences de l'inaction](#)
7. [VIH/SIDA : Ce que les jeunes veulent savoir](#)
8. [Profils](#)
9. [La jeunesse au centre](#)

- [Figures](#)
- [Tableaus](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliographie](#)

Faits saillants

- [Pourquoi les jeunes femmes courent plus de risques](#)
- [La culture peut porter tort](#)

Credits

Le présent rapport a été préparé par Karungari (Karusa) Kiragu, Ph.D. Ketan Joshi, M.H.S, et Ruwaida Salem, M.P.H. ont aidé aux recherches. Bryant Robey, rédacteur en chef. Stephen M. Goldstein, rédacteur gérant. Mise en page : Linda D. Sadler. Production : John Fiege, Peter Hammerer, Mónica Jiménez et Deborah Maenner.

La rédaction remercie les personnes suivantes, qui ont bien voulu examiner le texte : Jane Bertrand, Susan Taylor-Brown, David Celentano, Shanti Conly, Katherine Crawford, Jennifer Delaney, Simel Esim, Geeta Rao Gupta, Bernard Guyer, Mihira Karra, Douglas Kirby, Cheryl Lettenmaier, Laurie Liskin, Robert Magnani, Ann McCauley, Neil McKee, Leo Morris, Nike O'Esiet, Phyllis Tilson Piotrow, Malcolm Potts, Elizabeth Serlimitsos, J. Joseph Speidel, Karen Stanecki, Lindsay Stewart, Francisco Sy, Nancy Williamson, Anne Wilson, Basia Zaba et Laurie Zabin.

Suggested citation: Kiragu, K. Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe? Population Reports, Series L, No. 12. Baltimore, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Fall 2001.

**Population Information Program
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins University
Bloomberg School of Public Health**

Jane Bertrand, Ph.D., MBA, professeur et directeur du Center for Communication Programs et investigatrice principale, Population Information Program (PIP)

Ward Rinehart, Directeur de projet, PIP

Linda D. Sadler, responsable de la rédaction des éditions en langues étrangères des *Population Reports*

Anne W. Compton, Directrice adjointe, PIP et Chef de POPLINE

- Profil :
s'exprimer
publiquement
- L'éducation
devrait
commencer tôt
- Les condoms : la
double
protection
- Les orphelins:
un nouveau défi
- Que peuvent
faire les
parents ?
- Atteindre les
enfants des rues
- Tout centrer
autour des jeunes

Employez la plus grande
collection mondiale de
documents
de prévention du VIH/
SIDA...



Plus de 30.000 affiches,
brochures,
cassettes audio et vidéo,
audiotapes,
photographies, matériel
pédagogique, articles
de nouveauté et autres
concernant la
prévention du VIH/SIDA
dans le monde

En outre vous pouvez
demander *Quoi*
de neuf, bulletin consacré à la

Digital Services

Hugh M. Rigby, Directeur associé, PIP et Chef, Centre d'information médias/publications

Jose G. Rimon II, Directeur adjoint, Center for Communication Programs, Directeur de projet, Population Communication Services pour l'élaboration de stratégies de communication, de projets, de formation et de matériels pédagogiques en matière de planification familiale

Population Reports (USPS 063-150) is published four times a year (Spring, Summer, Fall, and Winter) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland and other locations. Postmaster to send address changes to Population Reports, Population Information Program, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA.

Population Reports se donne pour mission de broser un tableau d'ensemble exact et fiable des fait nouveaux qui interviennent dans le domaine de la population. Les avis exprimés sont ceux des auteurs et ne correspondent pas nécessairement aux vues de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international ou de l'Université Johns Hopkins.

Publié avec le soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), Global, GH/POP/CMT, conformément aux conditions du Don No. HRN-A-00-97-00009-00



jeunesse et au SIDA qui
présente de
nouveaux matériels de
communication
en vous adressant à :

JHU/PIP
Media/Materials
Clearinghouse
111 Market Place, Suite
310
Baltimore, MD 21202 USA
Email: mmc@jhucpp.org

-
- [POPLINE](#)
 - [Otros temas](#)
 - [Para ordenar](#)
 - [CCP Home Page](#)

Publié par le Population
Information Program, Center
for Communication
Programs, The Johns
Hopkins Bloomberg School
of Public Health, 111
Market Place, Suite 310,
Baltimore, Maryland 21202,
USA

Volume XXIX, numéro 3,
Automne 2001
Série L, Numéro 12
Problèmes mondiaux de
santé

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org

Table des matières

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Créditos](#)

Chapters

1. [L'épidémie invisible](#)
 - [Un fardeau pour la jeunesse](#)
 - [Une stratégie centrée sur les jeunes](#)
2. [Comment les jeunes deviennent infectés](#)
3. [Pourquoi si vulnérable ?](#)
4. [Lutter contre l'épidémie](#)
5. [Etablir un contact](#)
6. [Conséquences de l'inaction](#)
7. [VIH/SIDA : Ce que les jeunes veulent savoir](#)
8. [Profils](#)
9. [La jeunesse au centre](#)

- [Figures](#)
- [Tableaus](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliographie](#)

Faits saillants

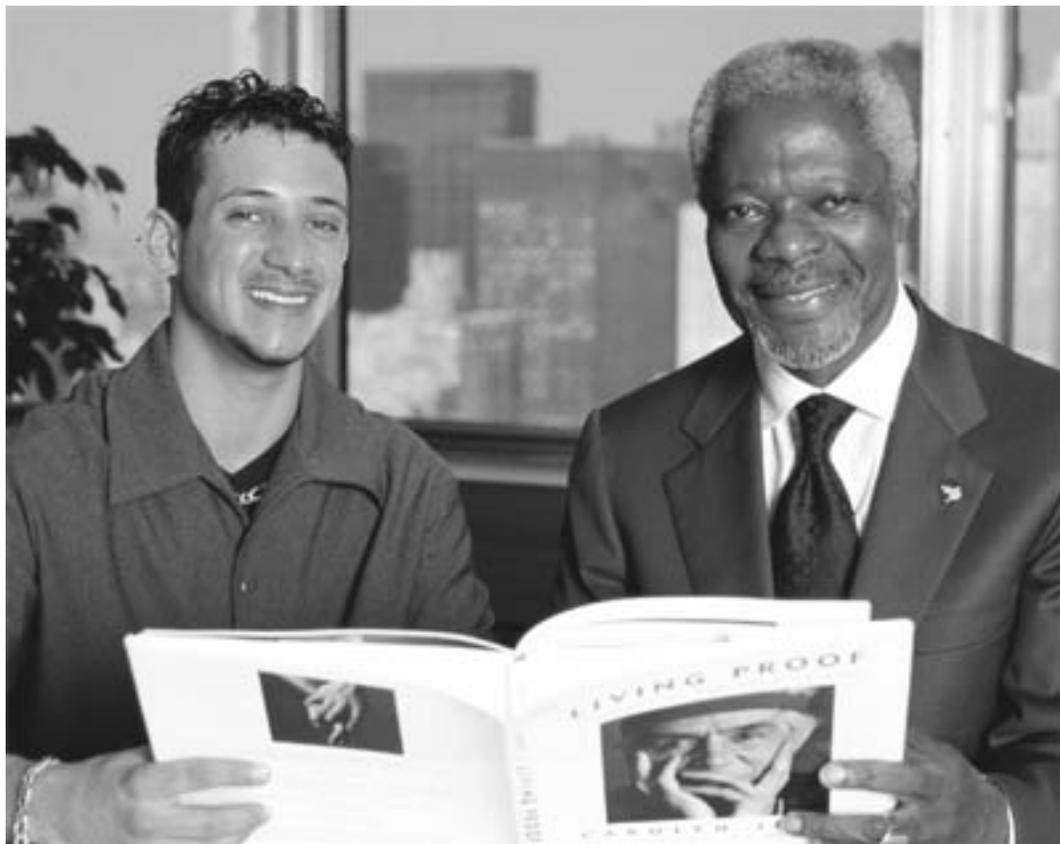
L'épidémie invisible

C'est vers le milieu des années 1980 qu'on a admis que le SIDA — syndrome de l'immunodéficience acquise — était une crise mondiale (213). En 1986, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a estimé qu'il y en avait 100.000 cas dans le monde, plus 5 à 10 millions de cas d'infection par le VIH — virus de l'immunodéficience humaine qui cause le SIDA. Les chercheurs projetaient que le nombre annuel de morts imputables au SIDA atteindrait un plafond de 1,7 million en 2006 (268). Or, durant la seule année 2001, le SIDA a fait 3 millions de morts (432).

On estime que, au total, il y a déjà eu plus de 22 millions de morts du SIDA (172). Qui pis est, plus de 40 millions de personnes sont atteintes du VIH (432). Le nombre de personnes actuellement en vie qui mourront du SIDA dépasse le nombre de ceux qui sont déjà morts. La crise est devenue une catastrophe.

Le VIH/SIDA est la quatrième cause de mortalité à l'échelle mondiale et la première en Afrique (413). En dépit de sa portée étendue, l'épidémie ne fait que commencer. Les responsables de la santé publique estiment que le nombre de malades et de morts enregistré jusqu'à présent représente 10% à peine de son impact ultime (287, 406) Selon les chercheurs, d'ici 2010 le VIH/SIDA ramènera à une trentaine d'années l'espérance de vie dans certains pays d'Afrique australe (338).

- Pourquoi les jeunes femmes courent plus de risques
- La culture peut porter tort
- Profil : s'exprimer publiquement
- L'éducation devrait commencer tôt
- Les condoms : la double protection
- Les orphelins: un nouveau défi
- Que peuvent faire les parents ?
- Atteindre les enfants des rues
- Tout centrer autour des jeunes



CAMPAGNE MONDIALE CONTRE LE SIDA (2001)

« Arrêtez-vous, écoutez et apprenez tout ce que vous pouvez apprendre au sujet du VIH/SIDA. La prévention ou la mort, à vous de choisir ! »

Joey DiPaolo, séropositif, vulgarisateur en matière de SIDA

« Nous devons faire intervenir les jeunes séropositifs dans la lutte contre l'épidémie. Après tout, ce sont eux qui savent le mieux ce que vivre avec le SIDA signifie ».

Kofi Annan, Secrétaire général des Nations Unies

Employez la plus grande collection mondiale de documents de prévention du VIH/SIDA...



Plus de 30.000 affiches, brochures, cassettes audio et vidéo, audiotapes, photographies, matériel pédagogique, articles de nouveauté et autres concernant la prévention du VIH/SIDA dans

Estimation du nombre de femmes et d'hommes âgés de 15–24 ans qui étaient séropositifs en décembre 2001

Région	Jeunes femmes	Jeunes hommes	Population Jeune
<i>Afrique, sub-saharienne</i>	5,700,000	2,800,000	8,600,000
<i>Asie orientale & Pacifique</i>	87,000	200,000	2800,000
<i>Asie du Sud et du Sud-Est</i>	930,000	590,000	1,500,000

le monde

En outre vous pouvez demander *Quoi de neuf*, bulletin consacré à la jeunesse et au SIDA qui présente de nouveaux matériels de communication en vous adressant à :

**JHU/PIP
Media/Materials
Clearinghouse
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA
Email: mmc@jhucp.org**

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para ordenar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXIX, numéro 3,
Automne 2001
Série L, Numéro 12
Problèmes mondiaux de santé

<i>Amérique latine</i>	170,000	260,000	420,000
<i>Caraïbes</i>	72,000	59,000	130,000
<i>Afrique du Nord et Proche Orient</i>	110,000	41,000	150,000
<i>Europe de l'Est et Asie centrale</i>	85,000	340,000	420,000
<i>Amérique du Nord</i>	47,000	100,000	150,000
<i>Europe occidentale</i>	33,000	55,000	89,000
<i>TOTAL</i>	7,300,000	4,500,000	11,800,000

Note: Note : Les chiffres sont arrondis

Source : Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2001 (432)

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucp.org

Table des matières

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Créditos](#)

Chapters

1. [L'épidémie invisible](#)
2. [Comment les jeunes deviennent infectés](#)
 - [Activités hétérosexuelles](#)
 - [Rapports entre personnes du même sexe](#)
 - [Injection de drogues](#)
 - [Autres moyens de transmission du VIH](#)
 - [Le VIH et les autres IST](#)
3. [Pourquoi si vulnérable ?](#)
4. [Lutter contre l'épidémie](#)
5. [Etablir un contact](#)
6. [Conséquences de l'inaction](#)
7. [VIH/SIDA : Ce que les jeunes veulent savoir](#)
8. [Profils](#)
9. [La jeunesse au centre](#)

- [Figures](#)
- [Tableaux](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliographie](#)

Faits saillants

- [Pourquoi les jeunes femmes courent plus de risques](#)

Comment les jeunes deviennent infectés

Les jeunes, comme les adultes, contractent le VIH essentiellement de trois façons — quand des hommes et des femmes ont des rapports sexuels, quand des hommes ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, et par voie intraveineuse à la suite de l'injection de drogues (158). Le fait d'avoir d'autres infections sexuellement transmises peut faire augmenter de deux à huit fois le risque de contracter le VIH/SIDA durant des rapports sexuels avec une personne infectée (96, 126, 148, 173).

Le VIH peut aussi être transmis d'une femme à son bébé pendant la grossesse, à l'accouchement ou durant l'allaitement au sein (voir encadré, [HIV Transmission from Mother to Child](#)). La première génération d'enfants infectés par leur mère aurait maintenant atteint l'adolescence mais la proportion de ces enfants encore en vie est probablement faible (274).

Les autres modes de transmission n'expliquent qu'une faible partie des infections. Il s'agit de la transfusion avec un sang infecté et des interventions durant lesquelles un matériel non stérilisé peut déchirer la peau (359).

Activités hétérosexuelles

Le VIH/SIDA a conduit à examiner de nouveau ce qu'on entend par « rapports sexuels », notamment dans l'esprit des jeunes. Il est important de savoir comment les jeunes définissent les « rapports sexuels » car on peut alors établir s'ils estiment courir des risques, savoir comment ils réagissent aux efforts de prévention du VIH et comment ils font part de leurs expériences sexuelles aux enquêteurs.

En règle générale, les enquêtes n'ont qualifié leurs sujets de sexuellement actifs que s'ils avaient des rapports vaginaux. Or,

- La culture peut porter tort
- Profil : s'exprimer publiquement
- L'éducation devrait commencer tôt
- Les condoms : la double protection
- Les orphelins: un nouveau défi
- Que peuvent faire les parents ?
- Atteindre les enfants des rues
- Tout centrer autour des jeunes

Employez la plus grande collection mondiale de documents de prévention du VIH/SIDA...



Plus de 30.000 affiches, brochures, cassettes audio et vidéo, audiotapes, photographies, matériel pédagogique, articles de nouveauté et autres concernant la prévention du VIH/SIDA dans le monde

En outre vous pouvez demander *Quoi de neuf*, bulletin consacré à la jeunesse et au SIDA qui présente de nouveaux matériels de communication en vous adressant à :

JHU/PIP
Media/Materials Clearinghouse
111 Market Place, Suite 310

des comportements sexuels tels que les rapports anaux ne sont pas liés à la grossesse mais n'en posent par moins un risque de VIH/SIDA et d'autres IST. En fait, les rapports anaux hétérosexuels sont fréquents (110). Les quelques études qui ont examiné ce que les jeunes eux-mêmes pensent ont constaté des différences considérables à propos de ce qui est considéré comme rapports sexuels (30, 44, 128, 195, 301, 303, 317, 325).

Néanmoins, beaucoup de jeunes font état d'activités sexuelles (voir [tableau 2](#)). Les jeunes hommes qui ont fait l'objet d'enquêtes parlent plus volontiers que les femmes de leurs expériences sexuelles. Beaucoup de jeunes femmes ne sont pas sexuellement actives ; en fait, dans seulement quatre pays étudiés — Canada, Côte d'Ivoire, Togo et Etats-Unis — plus de la moitié des femmes de 15 à 19 ans signalent une expérience sexuelle quelconque. En outre, dans les pays pour lesquels on possède des données, les jeunes hommes sont plus susceptibles que les femmes d'avoir plusieurs partenaires sexuels (voir [figure 1](#)).

Par endroits, l'activité sexuelle des jeunes célibataires a décliné au cours des dernières années. A Lusaka, en Zambie, par exemple, 35 % des femmes célibataires ont déclaré être sexuellement actives en 1996, contre 52 % en 1990 (162). A Tamil Nadu, en Inde, le nombre de jeunes gens disant avoir des rapports sexuels avec des partenaires de passage a décliné de près de 50 % en 1996 à 30 % en 1998 (162). En Ouganda, l'âge moyen des premiers rapports sexuels dans les zones urbaines a augmenté de deux ans — ce qui explique peut-être le déclin de 33 % du taux de séroprévalence chez les femmes enceintes âgés 15 à 19 ans (14).

Les jeunes femmes courent des risques importants. Le risque d'infection par le VIH durant des rapports non protégés est deux à quatre fois plus grand pour une femme que pour un homme (7, 171, 312). La transmission de l'homme à la femme est plus probable parce que, durant les rapports vaginaux, une femme expose une plus grande partie de son appareil génital aux sécrétions sexuelles de son partenaire qu'un homme. En outre, la concentration de VIH est en général plus élevée dans le sperme de l'homme que dans les sécrétions sexuelles d'une femme (203, 388).

Baltimore, MD 21202 USA

Email: mmc@jhucp.org

-
- [POPLINE](#)
 - [Otros temas](#)
 - [Para ordenar](#)
 - [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXIX, numéro 3,
Automne 2001
Série L, Numéro 12
Problèmes mondiaux de santé

Les adolescentes courent encore plus de risques que les femmes adultes. Le vagin et le col des jeunes femmes sont moins matures et résistent moins aux VIH et autres IST, telles que la chlamydia et la gonorrhée. Les changements de l'appareil reproducteur qui se produisent durant la puberté rendent les tissus plus susceptibles à la pénétration du VIH. En outre, les changements hormonaux associés au cycle menstruel sont souvent accompagnés d'un amincissement du bouchon glaireux de mucus, qui est la couche de protection qui recouvre le col. Cet amincissement peut laisser plus facilement passer le VIH. Les jeunes femmes ne produisent guère de glaire vaginale, qui n'oppose qu'un faible obstacle à la transmission du VIH (22, 140, 141, 250, 289). Au fur et à mesure que se multiplient les études de l'infection par le VIH qui englobent aussi bien les femmes que les hommes, on constate que, pour des raisons inconnues, les femmes deviennent plus malades que les hommes à charge virale plus faible (79, 377).

Rapports entre personnes du même sexe

On estime que, dans le monde industrialisé, 70 % de la transmission du VIH se fait parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Selon l'ONUSIDA, de 5 % à 10 % de tous les cas de VIH dans le monde sont imputables à la transmission de l'infection entre hommes (157).

L'adolescence peut être une période particulièrement difficile pour les jeunes hommes et les jeunes femmes qui explorent leur sexualité dans le cadre de rapports homosexuels et hétérosexuels (382). Beaucoup de jeunes ont des rapports hétérosexuels au début de leur adolescence avant de découvrir leurs penchants homosexuels (314). Les jeunes hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes sont contraints de vivre dans la clandestinité afin de maintenir le secret de leur orientation sexuelle (60).

Dans beaucoup de pays, les communautés ouvertement homosexuelles, ou « gay », sont rares, sinon inexistantes. Cependant, dans la quasi-totalité des pays, il y a des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (avec

pénétration anale ou fellatio), même s'ils ne se considèrent pas comme homosexuels ou gays, ou si d'autres ne les prennent pas pour tels (155, 157, 162, 247). On a conçu l'expression « hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes », par opposition à « hommes homosexuels », pour exprimer cet état de choses.

Bien qu'il n'y ait guère eu de recherches sur les partenariats du même sexe parmi les adolescents de pays en développement, notamment là où la prévalence du VIH est la plus élevée, des données émanant des Etats-Unis semblent indiquer que les jeunes hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes courent des risques importants. Selon les Centers for Disease Control and Prevention (US CDC), 50 % de tous les cas de SIDA signalés aux Etats-Unis en 1999 parmi des hommes de 13 à 24 ans étaient des hommes qui avaient des rapports sexuels avec d'autres hommes (373). Bien que les taux d'infection par le VIH semblent avoir reculé aux Etats-Unis parmi les hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes, ils semblent avoir augmenté parmi les jeunes hommes qui ont ce genre de rapports, notamment chez les minorités (374). Comme beaucoup de jeunes hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont aussi des rapports sexuels avec des femmes, ils peuvent diffuser le VIH dans une population plus nombreuse (10, 24, 55, 157, 160).

Tandis que le risque biologique de transmission du VIH à la suite de rapports sexuels entre femmes semble être faible, le US CDC conseille aux femmes qui ont des rapports avec d'autres femmes de prendre des précautions, par exemple de porter des gants en latex et des dames dentaires afin de réduire les contacts avec les liquides organiques d'une partenaire (316, 371). Comme le VIH peut être présent dans les sécrétions génitales, le sang menstruel et le lait du sein, l'exposition à ces liquides durant des rapports entre femmes peut conduire à une infection. En outre, les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes ont, en moyenne, plus de partenaires sexuels que la population ordinaire et s'injectent plus souvent des drogues (81, 343).

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org

Table des matières

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Créditos](#)

Chapters

1. [L'épidémie invisible](#)
 2. [Comment les jeunes deviennent infectés](#)
 3. [Pourquoi si vulnérable ?](#)
 - [Le comportement des adolescents fait augmenter leur vulnérabilité](#)
 - [Manque d'information](#)
 - [Normes et attentes](#)
 - [Pauvreté et dénuement](#)
 - [Intolérance sociale et discrimination](#)
 4. [Lutter contre l'épidémie](#)
 5. [Etablir un contact](#)
 6. [Conséquences de l'inaction](#)
 7. [VIH/SIDA : Ce que les jeunes veulent savoir](#)
 8. [Profils](#)
 9. [La jeunesse au centre](#)
- [Figures](#)
 - [Tableaux](#)
 - [Cajas](#)
 - [Bibliographie](#)

Faits saillants

- [Pourquoi les jeunes](#)

Pourquoi si vulnérable ?

Les jeunes sont beaucoup plus vulnérables que leurs aînés au VIH/SIDA. Comme leur développement social, émotionnel et psychologique n'est pas achevé, ils ont plus facilement un comportement à risque, souvent sans comprendre grand chose au danger qu'il entraîne. En fait, un comportement sexuel dangereux est souvent un élément intrinsèque du comportement des adolescents, qui englobe l'usage de l'alcool et des drogues, la délinquance et la rébellion contre l'autorité (75).

En même temps, certains chercheurs préconisent la prudence à l'égard d'une vue simpliste qui range les adolescents parmi les groupes « vulnérables » ou « à risques ». En effet, une telle perspective peut fausser notre compréhension de la situation des jeunes, parce qu'ils ne forment pas un groupe homogène et, de plus, peuvent agir de façon indépendante (155).

Quoi qu'il en soit, la plupart des jeunes n'ont qu'une connaissance limitée du VIH/SIDA — en grande partie parce que les sociétés ne leur facilitent pas l'obtention d'informations. Souvent, les politiques sociales ont une attitude d'intolérance et de discrimination à l'égard des jeunes, par exemple quand elles limitent leur accès aux informations et aux soins de santé (127). Comme les adolescents vivent une période de transition, durant laquelle ils ne sont plus des enfants sans être encore des adultes, les réactions de la santé publique à l'égard de leurs besoins sont souvent contradictoires et confuses (223). En même temps, les normes et les attentes sociales, ainsi que l'avis de leurs pairs, ont une incidence profonde sur le comportement des jeunes et font souvent augmenter leurs risques de santé.

Le comportement des adolescents fait augmenter leur vulnérabilité

Pourquoi l'adolescence fait-elle augmenter la vulnérabilité au VIH/SIDA ? L'adolescence est une période de comportement

femmes courent plus de risques

- La culture peut porter tort
- Profil : s'exprimer publiquement
- L'éducation devrait commencer tôt
- Les condoms : la double protection
- Les orphelins: un nouveau défi
- Que peuvent faire les parents ?
- Atteindre les enfants des rues
- Tout centrer autour des jeunes

Employez la plus grande collection mondiale de documents de prévention du VIH/SIDA...



Plus de 30.000 affiches, brochures, cassettes audio et vidéo, audiotapes, photographies, matériel pédagogique, articles de nouveauté et autres concernant la prévention du VIH/SIDA dans le monde

En outre vous pouvez demander *Quoi de neuf*, bulletin consacré à la jeunesse et au SIDA qui présente de nouveaux matériels de communication en vous adressant à :

JHU/PIP

imprévisible (70, 284, 354). N'ayant pas la capacité de jugement que donne l'expérience, les adolescents ne sont souvent pas en mesure d'apprécier les conséquences déplorables de leurs actions.

Les jeunes peuvent éprouver des difficultés particulières pour comprendre les risques du VIH/SIDA. Comme celui-ci a une longue période d'incubation, un comportement à risque peut ne pas avoir de conséquences immédiatement apparentes. En même temps, les coûts sociaux éventuels que représente, pour un jeune, la prévention de l'infection par le VIH — y compris la perte de la relation, la perte de confiance et la perte de l'acceptation par les pairs — peuvent être trop élevés pour la plupart des adolescents (393). En outre, un grand nombre de jeunes n'ont pas conscience de ce qui constitue un comportement sexuel à risque (357, 392).

Même s'ils comprennent de façon générale les risques du VIH/SIDA, beaucoup d'adolescents croient qu'ils n'y sont pas vulnérables. Par exemple, en Tanzanie, 26 % des étudiants interrogés pensaient qu'ils couraient un « risque élevé » de VIH/SIDA, mais 48 % estimaient que c'étaient leurs amis qui couraient de grands risques (225).

Media/Materials Clearinghouse
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA
Email: mmc@jhucpp.org

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para ordenar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXIX, numéro 3,
Automne 2001
Série L, Numéro 12
Problèmes mondiaux de santé



JHU/CCP

Beaucoup d'adolescents qui pratiquent des comportements à risques, tels que le tabagisme, n'ont souvent aucune conscience des conséquences nuisibles qu'ils entraînent.

Ces observations montrent bien le sentiment erroné d'invulnérabilité vis à vis du VIH/SIDA qu'ont tant de jeunes (127). Ce sentiment conduit beaucoup d'entre eux à méconnaître le risque d'infection et à ne prendre aucune précaution (53, 283, 352). Bien entendu, beaucoup d'adultes prennent eux aussi des risques et ne s'estiment pas vulnérables.

La maturité cognitive semble être associée à un comportement sexuel moins dangereux. Au Kenya et au Zimbabwe, par exemple, les jeunes femmes qui avaient fait de solides études employaient plus volontiers des contraceptifs (186, 218). Au Mozambique, une scolarité plus longue a été associée à un

emploi plus routinier des préservatifs (162). En Ouganda, des jeunes femmes qui avaient reçu une formation secondaire ont enregistré les reculs les plus spectaculaires de prévalence du VIH entre 1991 et 1997 (181).

Même quand la prévalence du VIH/SIDA est élevée, comme c'est le cas en Afrique du Sud, certains jeunes ne pensent pas courir des risques, tandis que d'autres ont déclaré, durant des réunions de groupes d'expression, que s'ils devenaient infectés, la responsabilité en incomberait non pas à eux, mais à d'autres personnes (217). Certains jeunes en arrivent même à mettre en doute l'existence du SIDA (381). Au Zimbabwe, où le taux national de la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes dépasse 23 %, plus de la moitié des jeunes femmes interrogées ont déclaré ne pas courir de risques (361).

Même quand ils connaissent le risque, certains jeunes peuvent n'en faire aucun cas. Les jeunes femmes peuvent avoir sciemment un comportement sexuel à risque, notamment dans les cultures où le mariage a une grande importance et où la situation d'une femme dans la société est fonction de son mariage et de ses enfants (43, 297). Dans certaines régions du Cameroun, la chasse au mari est très compétitive. C'est pourquoi les jeunes femmes qui sont menacées de se voir remplacées par d'autres filles peuvent accepter des relations sexuelles non protégées afin de renforcer leurs chances de mariage (238). Dans certaines régions de l'Asie, les jeunes femmes peuvent devenir des professionnelles du sexe parce qu'elles sont mieux rémunérées que dans beaucoup d'autres professions (56, 202).

Certains jeunes continuent même à avoir un comportement sexuel dangereux après avoir reçu un diagnostic de VIH (257). Aux Etats-Unis, des chercheurs ont constaté que des adolescents infectés par le VIH avaient deux fois de probabilité que des adultes infectés d'avoir un comportement sexuel à haut risque, par exemple des relations dangereuses ou l'emploi d'aiguilles usagées pour s'injecter des drogues (64).

Les autres comportements à risques et le VIH. Pour beaucoup d'adolescents, l'expérience du tabac, de l'alcool, de la sexualité et des drogues est un rite de passage. La

propension à courir des risques prend toutes sortes de formes. En Tanzanie, par exemple, des jeunes âgés de 16 à 24 ans qui fumaient ou buvaient de l'alcool risquaient quatre fois plus que leurs homologues du même âge d'avoir de multiples partenaires sexuels (225). Au Kenya, la variable explicative la plus importante pour prédire les activités sexuelles des adolescentes était l'usage de l'alcool, de drogues ou du tabac (189). Des études effectuées à Porto Rico, aux Etats-Unis (zone continentale) et ailleurs ont fourni des indications analogues (251, 305). Des comportements à risque sont également liés directement au VIH. Par exemple, aux Etats-Unis, parmi les étudiants des collèges, ceux qui avaient eu des rapports sexuels sous l'influence de l'alcool ou de drogues risquaient 2,5 fois plus de ne pas s'être servis d'une protection (273).

Angoisse et gêne. Beaucoup de jeunes sont angoissés et gênés en présence de la sexualité — en partie parce que les sociétés le sont elles-aussi (18, 393). Même les jeunes qui savent comment se protéger contre le VIH/SIDA n'ont souvent pas le savoir-faire social leur permettant d'y parvenir (20, 384). Maintes fois, l'angoisse et l'appréhension empêchent les jeunes d'employer des préservatifs parce qu'il faut alors que les partenaires sexuels le sachent et apportent leur coopération.

Beaucoup de gens ont peur de demander à leur partenaire de décrire ses antécédents sexuels par crainte de compromettre leurs relations (95). C'est pourquoi ils préfèrent s'estimer « sans danger », au lieu d'avoir la gêne de prendre des mesures pour assurer leur sécurité (381). Or, en même temps, beaucoup disent qu'ils se sentiraient plus à l'aise si leur partenaire soulevait la question de la protection (122, 214).

Certains jeunes, et notamment des femmes, courent un risque de VIH/SIDA parce qu'ils ont une mauvaise estime de soi (271) ou ne se sentent pas à l'aise dans leur sexualité (32). Souvent, les jeunes ne pensent pas pouvoir maîtriser leur comportement sexuel ou contraceptif. Ils refusent de croire qu'ils ont besoin de contraceptifs, ou exagèrent la difficulté d'en obtenir (344). Beaucoup évitent de prendre des décisions concernant leur propre protection (32). Le déni du risque est un méthode communément employée par ceux que confrontent des tensions (34). Les adolescents qui refusent de croire qu'ils

courent personnellement un risque de VIH/SIDA peuvent méconnaître les messages de prévention de la maladie, faire fi de leur pertinence, ou penser que leur propre protection ne relève pas de leur responsabilité (20).

Opinion des pairs. Beaucoup de jeunes sont extrêmement sensibles à l'avis de leurs pairs. Les perceptions de ce que pensent leurs pairs ont souvent, notamment parmi les adolescents plus âgés, une influence plus grande sur le comportement sexuel et autres comportements dangereux que celle des parents et d'autres adultes (94, 239, 261). Des études effectuées aux Etats-Unis et ailleurs ont montré que le comportement sexuel des amis exerce une influence sur celui des jeunes (356, 386). Quand les adolescents croient que, de l'avis de leurs pairs, des rapports non protégés ne sont pas dangereux, ils sont alors plus susceptibles d'avoir eux-mêmes ce genre de rapports (32).

Au Kenya, les adolescents dont les amis étaient sexuellement actifs étaient sept fois plus susceptibles d'être eux-mêmes actifs (189). En Ouganda, les jeunes hommes déclarent que leurs pairs les incitent à « prouver qu'ils sont des hommes » (134). Et, comme l'a déclaré un jeune Sud-africain, « il ne suffit pas de l'amener à tomber amoureuse de toi, il faut aussi pouvoir montrer à ses amis qu'elle a couché avec toi » (381). Les jeunes femmes peuvent aussi subir des pressions. En Afrique du Sud, des adolescentes déclarent que leurs pairs ridiculisent une personne qui ne parvient pas à conserver un ami parce qu'elle refuse d'avoir avec lui des rapports sexuels (297).

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhuccp.org

Table des matières

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Créditos](#)

Chapters

1. [L'épidémie invisible](#)
 2. [Comment les jeunes deviennent infectés](#)
 3. [Pourquoi si vulnérable ?](#)
 4. [Lutter contre l'épidémie](#)
 - [Vers un environnement propice](#)
 - [Education en matière de SIDA](#)
 - [Communication par les médias](#)
 - [Emploi du préservatif](#)
 - [Consultations, tests et recours volontaires](#)
 - [Traitement et soins du VIH](#)
 - [Attitudes à l'égard des besoins des jeunes](#)
 5. [Etablir un contact](#)
 6. [Conséquences de l'inaction](#)
 7. [VIH/SIDA : Ce que les jeunes veulent savoir](#)
 8. [Profils](#)
 9. [La jeunesse au centre](#)
- [Figures](#)
 - [Tableaux](#)
 - [Cajas](#)
 - [Bibliographie](#)

Faits saillants

Lutter contre l'épidémie

Dans plusieurs pays en développement, de récents reculs de la prévalence du VIH/SIDA parmi les jeunes, conjugués à de claires indications de changement du comportement individuel, permettent d'espérer qu'on parviendra finalement à maîtriser l'épidémie.

- En Thaïlande, l'incidence de VIH parmi les jeunes conscrits a reculé de 90 % entre 1991 et 1995, après que le gouvernement ait lancé une vaste campagne de prévention du SIDA (151).
- A Lusaka, en Zambie, la prévalence de VIH parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans est tombée de 28 % en 1993 à 15 % en 1998 ; des diminutions analogues ont eu lieu dans certaines régions rurales (93, 424).
- En Ouganda, plusieurs études ont constaté des diminutions de la prévalence de VIH parmi les jeunes, hommes et femmes, durant les années 1990 (14, 181, 254).
- En Tanzanie également, il a eu récemment un recul de la prévalence de VIH parmi les jeunes (199). In Lusaka, Zambia, HIV prevalence among 15-to-19 year old women dropped from 28% in 1993 to 15% in 1998, and similar declines occurred in some rural areas (93, 424).

Peu de pays se sont délibérément efforcés de contrer l'épidémie de VIH/SIDA, mais 20 ans d'expérience ont prouvé que, pour parvenir à contenir efficacement l'épidémie, on a besoin de stratégies nationales, et non pas simplement de projets (162). En Australie, au Brésil, au Sénégal, en Thaïlande et en Ouganda, les programmes de prévention du SIDA doivent leur succès relatif à la collaboration entre le gouvernement, le secteur privé et les organisations non gouvernementales (ONG) (150, 151, 243, 288, 406). Une stratégie de lutte contre le SIDA a plus de chance de perdurer quand elle figure dans les budgets nationaux de l'Etat et parmi les objectifs de développement (62).

Une stratégie de prévention du SIDA doit utiliser un ensemble de formules, y compris :

- **Promotion.** La promotion informe et motive les décideurs et les communautés — aux niveaux international, régional, national et local.

- Pourquoi les jeunes femmes courent plus de risques
- La culture peut porter tort
- Profil : s'exprimer publiquement
- L'éducation devrait commencer tôt
- Les condoms : la double protection
- Les orphelins: un nouveau défi
- Que peuvent faire les parents ?
- Atteindre les enfants des rues
- Tout centrer autour des jeunes

Employez la plus grande collection mondiale de documents de prévention du VIH/SIDA...



Plus de 30.000 affiches, brochures, cassettes audio et vidéo, audiotapes, photographies, matériel pédagogique, articles de nouveauté et autres concernant la prévention du VIH/SIDA dans le monde

En outre vous pouvez demander *Quoi de neuf*, bulletin consacré à la jeunesse et au SIDA qui présente de nouveaux matériels de communication en vous adressant à :

JHU/PIP
Media/Materials Clearinghouse
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA

- **Education et communication.** L'éducation et la communication font connaître aux jeunes les risques de VIH/SIDA et encouragent un comportement plus sain — par exemple grâce à des programmes fondés sur le plan d'études scolaires, des campagnes dans les médias, l'éducation par les pairs et les antennes communautaires.
- **Accès aux préservatifs.** Les préservatifs sont la seule méthode de contraception qui empêche aussi la transmission du VIH. En rendant les préservatifs largement accessibles aux jeunes, on peut maîtriser la diffusion du VIH/SIDA.
- **Conseils, tests et recours volontaires.** Le fait de connaître sa propre situation en matière de VIH peut conduire à un comportement sain. En outre, au fur et à mesure qu'un traitement devient plus facilement accessible, les consultations et les tests volontaires peuvent conduire à des soins opportuns (156).
- **Amélioration de l'existence des jeunes.** Les mesures de prévention du VIH qui s'attachent à protéger la santé des jeunes auront une influence plus grande si elles sont associées à d'autres mesures visant à améliorer leur situation économique et sociale (7).

Au fur et à mesure qu'un programme cherche à améliorer le comportement de la population, d'autres interventions visant à exercer une influence sur les normes sociales et à donner à la communauté les moyens de faire face à l'épidémie deviennent plus importantes. Les chercheurs et les décideurs admettent désormais que les comportements individuels changeront plus facilement dans le contexte d'une communauté qui les soutient (7, 155, 156, 184, 223, 264, 329).



Département de la Santé de l'Afrique du Sud

Email: mme@jhuccp.org

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para ordenar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXIX, numéro 3,
Automne 2001
Série L, Numéro 12
Problèmes mondiaux de santé

Patrick Coleman pour JHU/CCP

En Afrique du Sud, une troupe théâtrale scolaire joue devant un public de jeunes une pièce concernant le VIH/SIDA. Certains acteurs portent des t-shirts qui reproduisent l'affiche de la campagne « Action contre le SIDA — la jeunesse : une force de changement » (voir encadré). Pour s'attaquer à l'épidémie de SIDA, il faut utiliser une série de méthodes, y compris la promotion, l'éducation sexuelle et les communications.

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhuccp.org

Table des matières

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Créditos](#)

Chapters

1. [L'épidémie invisible](#)
2. [Comment les jeunes deviennent infectés](#)
3. [Pourquoi si vulnérable ?](#)
4. [Lutter contre l'épidémie](#)
5. [Etablir un contact](#)
 - [Participation des parents et des familles](#)
 - [Participation des hommes](#)
 - [Toucher les jeunes qui courent des risques spéciaux](#)
 - [Création de partenariats avec les jeunes](#)
6. [Conséquences de l'inaction](#)
7. [VIH/SIDA : Ce que les jeunes veulent savoir](#)
8. [Profils](#)
9. [La jeunesse au centre](#)

- [Figures](#)
- [Tableaus](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliographie](#)

Faits saillants

Etablir un contact

Si on veut lutter contre l'épidémie de VIH/SIDA parmi les jeunes, il faut établir un contact non seulement avec les jeunes eux-mêmes, mais aussi avec les autres personnes qui exercent une influence sur leur existence. Les parents et les autres membres de la famille peuvent aider à empêcher les jeunes d'attraper le VIH/SIDA. De même, les programmes de prévention du SIDA peuvent faire davantage pour atteindre les hommes, adolescents et adultes, qui jouent souvent des rôles dominants dans les rapports sexuels avec les jeunes femmes.

Pour relever le défi du VIH/SIDA, il faut aussi toucher les millions de jeunes vulnérables qui vivent en marge des économies et des sociétés. Si on amène les jeunes eux-mêmes à organiser et à exécuter des programmes de prévention du VIH/SIDA, on peut aider à assurer que ces programmes répondent à leurs besoins.

Participation des parents et des familles

Bien entendu, les parents exercent une influence considérable sur le comportement sanitaire de leurs enfants. Aux Etats-Unis, une étude a demandé à des étudiants qui exerçaient le plus d'influence sur leurs décisions en matière de sexualité : 37 % ont cité leurs parents, tandis que 30 % mentionnaient leurs amis (261). En sus des parents, d'autres membres adultes de la famille et de la communauté exercent une influence sur le comportement sanitaire des enfants.

Des études montrent que les jeunes courent moins de risques s'ils vivent dans un milieu familial stable qui les soutient dans un esprit positif et où les parents les surveillent (29, 191, 200, 304). L'affection des parents aide à empêcher les adolescents d'avoir des problèmes de comportement, tels que la violence et la délinquance (318). Dans une école des Etats-Unis, les élèves de sixième et septième qui se sentaient soutenus par leurs parents risquaient moins d'employer des drogues ou de se battre et étaient plus susceptibles de retarder leur expérience sexuelle que leurs camarades qui se sentaient isolés sur le plan émotif

- [Pourquoi les jeunes femmes courent plus de risques](#)
- [La culture peut porter tort](#)
- [Profil : s'exprimer publiquement](#)
- [L'éducation devrait commencer tôt](#)
- [Les condoms : la double protection](#)
- [Les orphelins: un nouveau défi](#)
- [Que peuvent faire les parents ?](#)
- [Atteindre les enfants des rues](#)
- [Tout centrer autour des jeunes](#)

Employez la plus grande collection mondiale de documents de prévention du VIH/SIDA...



Plus de 30.000 affiches, brochures, cassettes audio et vidéo, audiotapes, photographies, matériel pédagogique, articles de nouveauté et autres concernant la prévention du VIH/SIDA dans le monde

En outre vous pouvez demander *Quoi de neuf*, bulletin consacré à la jeunesse et au SIDA qui présente de nouveaux matériels de communication en vous adressant à :

(355). Une série d'autres études signalent des résultats analogues (19, 36, 209, 242, 396, 426).

Les parents disent souvent qu'il faut parler du VIH/SIDA aux jeunes. Au Brésil, par exemple, la vaste majorité des femmes contactées dans un quartier pauvre ont déclaré ne pas vouloir que leurs filles grandissent étant aussi ignorantes qu'elles-mêmes de la sexualité (393). Dans une étude effectuée au Kenya, plus des trois-quarts des parents dont les enfants avaient de 10 à 14 ans ont déclaré qu'il fallait que les écoles leur parlent du VIH/SIDA et d'autres IST, ainsi que de la planification familiale et d'autres questions de santé reproductive (177).

Certains programmes qui visent les jeunes devraient faire participer les parents à l'éducation en santé reproductive, organiser à leur intention des ateliers de formation et des groupes de discussion, leur remettre une documentation, mettre à leur disposition un téléphone rouge, leur donner accès à d'autres sources d'information, et dépeindre dans les médias les rôles des parents (103, 276). Les meilleurs programmes sont souvent ceux qui regroupent parents et jeunes pour encourager des échanges de vues (192).

*« Ce qu'il y a de bien dans la famille, c'est qu'elle n'a pas de secret. Elle met tout en commun »
déclare cette affiche mexicaine.*

JHU/PIP

Media/Materials Clearinghouse
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA
Email: mmc@jhucp.org

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para ordenar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXIX, numéro 3,
Automne 2001
Série L, Numéro 12
Problèmes mondiaux de santé



CONASIDA

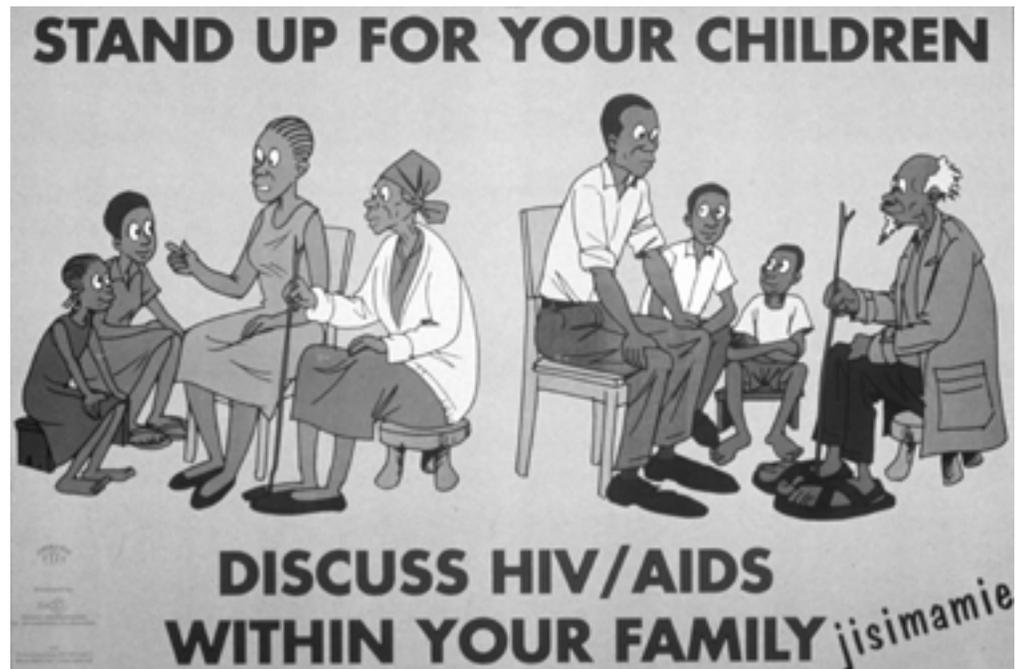
En-dessous, on peut lire « L'heure est aux actes ». L'affiche représente un grand frère qui montre des préservatifs à son cadet. Des études montrent que les jeunes courent moins de risques s'ils ont une famille stable qui les comprend et des parents qui les surveillent.

Communications parents-enfants. Les communications entre parents et enfants au sujet de la sexualité sont souvent difficiles. Aussi bien les parents que les enfants se sentent maintes fois gênés lorsqu'il s'agit de parler de sexualité et ils évitent donc d'évoquer la question (36, 393). En Afrique du Sud, des adolescentes ont déclaré avoir peur de parler de sexualité à leurs parents (217). Au Zimbabwe, des jeunes ont déclaré que la communication avec leurs parents au sujet de la sexualité était souvent unilatérale, les parents se bornant essentiellement à avertir des dangers des rapports sexuels (402). Au Mexique, les jeunes ont également cité comme obstacles à la communication le manque de temps, le fait de ne pas faire bon ménage avec les parents et leur manque de confiance à l'égard de leurs conseils (393).

Dans beaucoup de cultures, la tradition voulait que les parents

ne parlent pas de sexualité à leurs enfants. Ce rôle incombait aux grands-parents, aux tantes et aux oncles. Aujourd'hui, l'éclatement des cultures traditionnelles a laissé aux parents le soin de parler à leurs enfants du VIH/SIDA et de la sexualité ; beaucoup d'entre eux sont mal préparés pour cette tâche (186, 402).

Le VIH/SIDA est un sujet particulièrement délicat qu'évitent de nombreux parents. Au Kenya, moins de la moitié des parents d'adolescents leur avaient parlé du VIH/SIDA durant les douze derniers mois (177). Beaucoup de parents savent peu de choses à propos du VIH/SIDA et s'inquiètent de ne pas avoir les informations voulues à communiquer à leurs enfants (36, 120, 133). Aux Etats-Unis, des parents ont dit qu'une raison des mauvaises communications était que leurs enfants adolescents risquaient de leur poser des questions auxquelles ils ne pourraient pas répondre (142). Dans les pays en développement, et notamment dans les régions rurales, il arrive souvent que les parents soient moins éduqués que leurs enfants et craignent de ne pas être en mesure de répondre à leurs questions concernant la sexualité (402). La Chine apprend à des pairs à éduquer les jeunes au sujet du VIH et de la sexualité, en partie parce que beaucoup de parents ne savent pas très bien quoi dire (54).



Ministère de la Santé de Kenya, Jisimamie, BADC, Nascop

Cette affiche du Kenya préconise la communication entre parents et enfants au sujet du VIH/SIDA. Même si les adultes, tout comme les jeunes, ont des difficultés à parler de sexualité, la plupart des experts conviennent que les communications portant sur la sexualité doivent commencer tôt et avoir lieu fréquemment.

Quand les parents parlent de sexualité à leurs enfants, il arrive souvent qu'ils ne le fasse pas efficacement. Au Zimbabwe, bien que de nombreux parents affirment avoir parlé du SIDA, aucun adolescent interrogé n'a cité ses parents comme source importante d'information à son sujet (402). Aux Etats-Unis, une étude a montré que 90 % des mères déclaraient avoir parlé de sexualité à leurs enfants : or, seulement les deux-tiers de leurs enfants confirmaient leurs dires (142).

La plupart des chercheurs s'accordent à dire que les communications entre parents et enfants au sujet du VIH/SIDA et de la sexualité devraient commencer tôt, de manière à pouvoir évoluer sans gêne au fur et à mesure que l'enfant grandit. Un seul entretien sérieux au sujet de la sexualité au moment où l'enfant arrive au seuil de la puberté risque d'être tendu et difficile. Par contre, des discussions préalables portant sur le même sujet jettent la base d'utiles échanges de vues (37). Bien entendu, les communications entre parents et enfants sont susceptibles de porter le plus de fruits dans le cadre de relations étroites et affectueuses.

Aux Etats-Unis, la campagne nationale de prévention de la grossesse chez les adolescentes a offert 10 conseils pour aider les parents à communiquer avec leurs enfants adolescents à propos de la sexualité (260). Ces conseils sont les suivants :

- Connaître précisément ses propres valeurs sexuelles avant de parler de sexualité aux enfants.
- Parler aux enfants de sexualité tôt et souvent.
- Etre sûr d'avoir une conversation et ne pas faire de conférence.
- Surveiller et superviser vos enfants.
- Connaître les amis de vos enfants et leur famille.
- Décourager des relations amoureuses précoces, fréquentes et constantes en faveur d'activités de groupe.
- Décourager les relations amoureuses quand il y a une grande différence d'âge, notamment dans le cas des jeunes filles.

- Savoir quelles émissions vos enfants regardent à la télévision, écoutent à la radio et savoir ce qu'ils lisent.
- Faire savoir à vos enfants que vous accordez une grande importance à l'éducation.
- Faire savoir à vos enfants que vous les appréciez.

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org

Table des matières

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Créditos](#)

Chapters

1. [L'épidémie invisible](#)
2. [Comment les jeunes deviennent infectés](#)
3. [Pourquoi si vulnérable ?](#)
4. [Lutter contre l'épidémie](#)
5. [Etablir un contact](#)
6. [Conséquences de l'inaction](#)
 - [Conséquences sociales et économiques](#)
 - [Stratégies qui réussissent](#)
 - [Agir maintenant](#)
7. [VIH/SIDA : Ce que les jeunes veulent savoir](#)
8. [Profils](#)
9. [La jeunesse au centre](#)

- [Figures](#)
- [Tableaux](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliographie](#)

Faits saillants

- [Pourquoi les jeunes femmes courent plus de risques](#)
- [La culture peut porter tort](#)
- [Profil : s'exprimer publiquement](#)
- [L'éducation devrait commencer tôt](#)

Les conséquences de l'inaction

Il n'existe guère de possibilités de ralentir l'épidémie de SIDA parmi les jeunes dans le monde en l'absence d'une stratégie d'ensemble et d'une campagne générale visant à mettre un terme aux infections causées par le VIH. Même si des interventions vigoureuses sont immédiatement entreprises pour freiner le SIDA dans le monde, elles seront trop tardives pour un grand nombre de jeunes. Au Zimbabwe, par exemple, à cause du SIDA un garçon de 15 ans en 1997 a 50 % de chances de mourir avant son cinquantième anniversaire, contre 15 % dans le cas d'un garçon de quinze ans en 1983. Au Botswana, aux niveaux actuels de risque, 90 % des filles et 88 % des garçons qui ont eu 15 ans en 2000 sont condamnés à mourir du SIDA. Au Zimbabwe et en Afrique du Sud, le SIDA entraînera la mort de près des trois quarts des garçons aujourd'hui âgés de 15 ans (162, 420).

Il y a pire : selon des estimations de l'ONUSIDA, les morts à la suite du SIDA ne diminueront que légèrement dans les pays les plus durement touchés par l'épidémie, même si on pouvait réduire de moitié le risque d'infection d'ici 2015. En effet, il y a déjà tant de séropositifs qu'ils risquent d'infecter beaucoup d'autres personnes (162). Au Botswana, même si on réduisait de moitié le risque d'infection d'ici 2015, près de 80 % des garçons actuellement âgés de 15 ans mourront du SIDA. De même, en Zambie, même avec 50 % de réduction du risque de VIH en 2015, plus de la moitié des garçons qui ont aujourd'hui 15 ans mourront du SIDA (voir [Figure 4](#)). Ces terribles statistiques sont également valables pour les filles qui ont actuellement 15 ans.

A moins de prendre immédiatement des mesures concertées de prévention du SIDA susceptibles de réduire presque à zéro le risque d'infection par le VIH, il est peut-être déjà trop tard pour éviter le nombre catastrophique de morts du SIDA parmi la génération actuelle de jeunes hommes et de jeunes femmes qui vivent dans les pays où la prévalence du VIH est la plus élevée, tels que les pays d'Afrique australe. Dans les autres pays où le VIH n'est pas encore répandu, l'adoption de stratégies qui

- Les condoms : la double protection
- Les orphelins: un nouveau défi
- Que peuvent faire les parents ?
- Atteindre les enfants des rues
- Tout centrer autour des jeunes

Employez la plus grande collection mondiale de documents de prévention du VIH/SIDA...



Plus de 30.000 affiches, brochures, cassettes audio et vidéo, audiotapes, photographies, matériel pédagogique, articles de nouveauté et autres concernant la prévention du VIH/SIDA dans le monde

En outre vous pouvez demander *Quoi de neuf*, bulletin consacré à la jeunesse et au SIDA qui présente de nouveaux matériels de communication en vous adressant à :

JHU/PIP
Media/Materials Clearinghouse
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA
Email: mmc@jhucpp.org

-
- POPLINE

empêchent sa diffusion parmi les jeunes peut aider des millions de jeunes à éviter un sort analogue.

Il est essentiel d'empêcher les jeunes d'attraper le VIH/SIDA si on veut atteindre le but défini en 2001 par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA (166) — réduire de 25 % d'ici 2005 la prévalence du VIH dans les pays les plus durement frappés. Les interventions doivent toucher toutes sortes de jeunes, dont les enfants qui s'approchent de la puberté, les adolescents et les jeunes adultes, et doivent s'attaquer à tout une série de facteurs afin d'aboutir à un comportement sain et de le faire perdurer (voir encadré, La jeunesse au centre).



Cette affiche de l'Ethiopie dépeint le SIDA tel qu'il est : un fléau. Dans le monde, seule une vaste campagne contre le VIH/SIDA peut espérer mettre un terme aux souffrances.

CARE Ethiopia

Conséquences sociales et économiques

Des niveaux élevés de séropositivité dans une population de

- [Otros temas](#)
- [Para ordenar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXIX, numéro 3,
Automne 2001
Série L, Numéro 12
Problèmes mondiaux de santé

plus en plus jeune indiquent que la société n'a pas réussi à protéger les enfants (158). Ce faisant, le monde met en jeu son avenir. Si les niveaux de prévalence du VIH augmentent, non seulement les conséquences pour la santé seront graves mais les conséquences démographiques, économiques et sociales le seront aussi (111).

A cause de la forte mortalité imputable au SIDA, les populations de certains pays d'Afrique sub-saharienne vont commencer à diminuer d'ici trois ans (338). En 2010, l'espérance moyenne de vie à la naissance pourrait tomber à 30 ans environ dans certains pays durement touchés par le SIDA, tels que le Botswana, le Mozambique, la Namibie, le Swaziland et le Zimbabwe. Au Lesotho, au Malawi, en Rwanda et en Afrique du Sud, on prévoit que l'espérance de vie tombera aux alentours de 35 ans. Dans certains endroits, le SIDA ramène l'espérance de vie aux niveaux d'il y a un siècle (338).

Il est plus difficile d'évaluer et de prédire l'impact social et économique du VIH/SIDA que de faire des projections démographiques. En effet, il n'y a aucun pays où l'épidémie de SIDA ait déjà atteint un plateau (398). Par ailleurs, il n'est pas facile de mesurer certains des impacts du VIH/SIDA, par exemple le désespoir et la douleur (334). Quoiqu'il en soit, il est probable que la mort prématurée d'un si grand nombre d'adultes conduira à des pénuries de main d'œuvre et créera de nouveaux besoins de protection sociale (4, 165).

Au fur et à mesure que les adultes seront de plus en plus nombreux à mourir du SIDA, ce sont des adultes de plus en plus jeunes qui deviendront responsables de la gestion du gouvernement, y compris des services fondamentaux tels que la sécurité civile, les tribunaux, l'éducation et les soins de santé (222). D'ores et déjà, dans les pays les plus durement frappés par le SIDA, plus du quart du personnel médical est séropositif (166).

Dans certaines collectivités, beaucoup d'adolescents sont chefs de famille, élèvent les enfants et prennent soin de leurs parents qui meurent du SIDA (165). En l'absence d'interventions immédiates, ce qui est vrai aujourd'hui des collectivités le deviendra à l'avenir pour des villes, grandes et petites, voire

des pays tout entiers.

Pénuries d'enseignants. Pour des raisons inconnues, les taux de VIH/SIDA sont extrêmement élevés parmi les enseignants et les administrateurs scolaires, notamment en Afrique. En République centrafricaine, il a fallu fermer 107 écoles pour manque d'enseignants, surtout à cause du VIH/SIDA. En Zambie, durant les 10 premiers mois de 1998, on estime que 1.300 enseignants sont morts — soit les deux-tiers des nouveaux enseignants formés chaque année (361). Au Botswana, la mortalité des instituteurs a augmenté de 60 % durant les cinq dernières années (364).

Les chercheurs estiment qu'en Afrique, un enseignant séropositif perd 6 mois de travail avant d'avoir le SIDA, puis perd 12 autres mois avant de mourir de la maladie (2, 162). En 1999, on estime que 860.000 enfants vivant en Afrique subsaharienne ont perdu leurs enseignants à cause du SIDA (361). On peut s'attendre éventuellement à des turbulences encore plus graves dans le secteur de l'éducation au cours des prochains mois. Dans une enquête portant sur quatre pays — Kenya, Ouganda, Zambie et Zimbabwe — le nombre de nouveaux enseignants dont on a besoin va dépasser le nombre de candidats, tout au moins jusqu'en 2010, et notamment dans les zones rurales (2, 162).

En présence de cette situation, certains planificateurs de l'éducation proposent d'aider les enseignants à apprendre à éviter le SIDA et de remettre en vigueur les codes de conduite qui interdisent les contacts sexuels entre enseignants et élèves (212). Certains préconisent déjà de nouvelles méthodes d'éducation, par exemple l'enseignement à distance, la formation sur le tas et une expansion des moyens de formation pédagogique des enseignants (62).

L'influence des pénuries d'enseignants se fera sans doute sentir de maintes façons, telles que pertes de possibilités d'éducation et augmentation des effectifs des classes. Pour les élèves, la présence dans la salle de classe d'un enseignant qui se meurt peu à peu du SIDA a toutes les chances d'exercer une influence psychologique débilatatrice (364).

Enfance perdue. Quand les morts du SIDA contraignent beaucoup d'adolescents à jouer des rôles d'adultes, il n'y a plus de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Souvent, les enfants doivent alors abandonner l'école pour s'occuper de parents qui se meurent. Comme le SIDA prélève une forte ponction sur les budgets familiaux, il reste moins d'argent pour l'éducation des enfants, les soins de santé et autres besoins. En Thaïlande, par exemple, 15 % des familles rurales touchées par le SIDA ont retiré un enfant de l'école. En Côte d'Ivoire, les familles ont réduit de moitié leurs dépenses d'éducation (4, 162). En Ouganda, après la mort d'un ou des deux parents, les enfants perdent la moitié de leurs possibilités de scolarisation et les jeunes qui vont à l'école y passent moins de temps qu'auparavant. En outre, les enfants qui soignent des parents atteints du SIDA mais continuent d'aller à l'école sont souvent plus âgés que leurs camarades de classe et risquent donc davantage d'abandonner rapidement leurs études (4, 222).

Parmi les stratégies qu'on propose pour atténuer l'impact du VIH/SIDA sur les enfants figure la subvention des frais de scolarité que représentent l'achat d'uniformes et les droits d'inscription. D'autres envisagent d'offrir des bons de repas ou d'organiser des repas scolaires gratuits (4).

Diminution de la productivité. La perte d'adultes à la suite du SIDA va sans doute causer une diminution de la productivité dans les pays les plus touchés. Certains économistes prévoient que, dans le secteur manufacturier la mortalité due au SIDA va provoquer une contraction des recettes et entraîner un ralentissement de la croissance économique (406). Le VIH/SIDA va probablement se solder par de graves pénuries de main d'œuvre, surtout en agriculture. Certaines régions signalent déjà un recul des cultures alimentaires (162). Les jeunes qui manquent d'expérience agricole ne connaissent sans doute pas grand chose de pratiques fondamentales telles que l'irrigation, la fertilisation et l'élevage. Ils ne pourront produire que ce qu'ils pourront cultiver eux-mêmes — ce qui signifie l'abandon des cultures de rapport et une évolution en direction d'une agriculture de subsistance (162). Conjuguées à des pratiques anti-sociales telles que la saisie des terres appartenant aux veuves et aux orphelins du SIDA, de telles évolutions pourraient compromettre la sécurité alimentaire dans certaines régions — où il se pose déjà de graves problèmes dans

beaucoup de pays à faible revenu (124).

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org



VIH/SIDA

Ce que les jeunes veulent savoir

Population Reports a recueilli dans toute une série de sources les questions posées par les jeunes. Les réponses peuvent aider à informer les jeunes au sujet du SIDA et les encourager à avoir un comportement sain.

Qu'est-ce que le VIH/SIDA ?

Le VIH — virus de l'immunodéficience humaine — infecte et affaiblit les malades, les rend extrêmement malades et incapables de barrer la route à d'autres infections. Le SIDA — syndrome de l'immunodéficience acquise — apparaît 2 à 10 ans après l'infection par le VIH, dont il est la dernière étape. Une personne atteinte de SIDA finit par mourir de maladies causées par les infections associées au VIH.

Comment devient-on infecté par le VIH ?

On devient infecté si le sang, le sperme ou la glaire vaginale d'une personne atteinte de VIH pénètre dans le corps. Les principales causes qui font courir le risque d'attraper le VIH sont :

- | des rapports sexuels avec quelqu'un atteint de VIH sans employer correctement un préservatif à l'occasion de chaque rapport sexuel.
- | l'emploi, pour administration intraveineuse de drogues, d'aiguilles contaminées par le VIH.
- | la percée, le tatouage ou l'entaillage du corps avec des aiguilles, des rasoirs ou d'autres objets pointus qui n'ont pas été stérilisés et sont contaminés par le VIH.

En outre, les enfants peuvent être infectés dans la matrice ou durant l'allaitement au sein, si leur mère est séropositive.

Puis-je devenir séropositive si j'ai des rapports sexuels oraux ou anaux, mais pas vaginaux ?

Oui.

Puis-je attraper le VIH si j'ai des rapports sexuels avec une personne infectée, même si cette personne a attrapé le VIH par un moyen autre que les rapports sexuels ?

Oui. Les personnes atteintes de VIH peuvent le transmettre à d'autres dans le cadre de tout comportement qui transmet le VIH, quelle que soit la façon dont elles l'ont attrapé.

Puis-je attraper le VIH par contact fortuit avec des personnes infectées ?

Non. Il n'est pas possible d'être infecté du fait d'aller à la même école, d'utiliser les mêmes toilettes, de boire dans le même verre ou de faire quoi que soit qui ne fasse pas intervenir du sang, du sperme ou des liquides vaginaux provenant d'une personne infectée qui pénètrent dans votre corps. Un baiser avec une personne infectée ne peut pas transmettre le VIH à moins que la salive ou le sang de cette personne ne se mélange avec votre sang, par exemple à travers des entailles ou des boutons.

Puis-je attraper le VIH à la suite d'une piqûre de moustique ou d'un autre insecte ?

Non.

Peut-on déceler d'un coup d'oeil si quelqu'un a le VIH/SIDA ?

Non. Souvent, une personne atteinte du VIH/SIDA n'a rien qui la différencie du reste de la population. Les gens atteints de VIH/SIDA peuvent avoir des problèmes de santé, mais il en va de même d'autres personnes qui n'ont pas le VIH/SIDA.

Existe-t-il un vaccin qui puisse me protéger contre le VIH ?

Non. Des recherches sont en cours mais, jusqu'ici, elles n'ont pas mis au point un vaccin contre le VIH.

Si j'ai subi un traitement pour d'autres infections sexuellement transmises (IST), est-ce que je suis immunisé contre le VIH ?

Non. Le fait d'avoir une IST fait augmenter vos risques d'attraper le VIH de votre partenaire sexuel et de le transmettre à d'autres partenaires. Si on vous a soigné et guéri de votre IST, vos risques d'attraper le VIH diminuent, mais ne disparaissent pas.

Existe-t-il une méthode efficace à 100% me permettant de me protéger contre le VIH/SIDA ?

Oui. Vous pouvez éviter une infection par le VIH si

- | vous vous absteniez de tout rapport sexuel ou si vous et votre partenaire n'avez des rapports sexuels qu'entre vous et êtes sûr que vous n'êtes ni l'un ni l'autre infecté par le VIH. (La seule façon d'être sûr que vous et votre partenaire n'ont pas le VIH consiste à subir tous deux un test de VIH et à en apprendre les résultats ensemble) ET
- | vous ne partagez pas des aiguilles pour l'administration intraveineuse de drogues, ET
- | vous n'avez pas de percée, tatouage ou coupure de votre corps effectués avec des aiguilles, rasoirs ou autre objet pointu que d'autres personnes peuvent avoir employés et qui n'ont pas été stérilisés depuis lors.

Si j'ai le VIH et si j'ai des rapports sexuels avec quelqu'un qui n'est pas infecté, est-ce que cela va m'aider à me guérir ?

Non, et vous pourriez infecter l'autre personne avec le VIH.

Existe-t-il un traitement qui guérit du VIH/SIDA ?

(suite page suivante)



VIH/SIDA

Ce que les jeunes veulent savoir

(suite)

Non. Quand vous êtes infecté, vous aurez le VIH pour le restant de vos jours.

Est-ce que les préservatifs protègent contre l'infection par le VIH ?

Oui. L'emploi correct de préservatifs, masculins ou féminins, à l'occasion de chaque acte sexuel, y compris la première fois que vous en avez, protège contre l'infection par le VIH. Un autre avantage des préservatifs est qu'ils empêchent également la grossesse. Il est extrêmement important d'employer un préservatif lors de *chaque* rapport sexuel. Il en va de même de leur emploi correct, pour qu'ils ne glissent pas ou ne se déchirent pas durant les rapports. Beaucoup de gens ne se servent pas de préservatifs correctement et uniformément, et risquent donc une infection par le VIH.

Est-il vrai que le VIH est si petit qu'il peut traverser un préservatif ?

Non. Le préservatif est un obstacle efficace contre le VIH quand on s'en sert correctement.

Si un partenaire sexuel veut employer un préservatif, est-ce que cela veut dire que la personne a le VIH ou pense que l'autre personne l'a ?

Non. Beaucoup de gens se servent de préservatifs parce qu'ils permettent d'avoir des rapports sexuels dénués de danger. En fait, le préservatif est la seule méthode de contraception qui offre une double protection — en d'autres termes, il protège à la fois contre l'infection par le VIH et contre la grossesse. Certains préfèrent employer un préservatif pour éviter le risque de VIH en même temps qu'une autre méthode de contraception qui offre alors une protection supplémentaire contre la grossesse.

Qu'arrive-t-il si j'ai le VIH/SIDA et si j'ai des rapports non protégés ou si j'injecte des drogues avec une autre personne qui a le VIH/SIDA ?

Les deux personnes continuent à avoir le VIH/SIDA. Votre état de santé peut empirer, parce que chacun d'entre vous donne à l'autre une dose supplémentaire de virus. C'est ce qu'on appelle la ré-infection.

Comment puis-je être sûr que je n'ai pas le VIH ?

Vous pouvez subir un test de dépistage du VIH. Un test de VIH détecte les anticorps du VIH, que le corps produit quand le virus ou des bactéries l'infectent. Il faut d'ordinaire trois à six mois après exposition au VIH pour qu'un test détecte ces anticorps. Il existe plusieurs sortes de test de dépistage du VIH, qu'on administre dans des dispensaires ou ailleurs. Les tests les plus communs exigent une prise de sang, d'urine ou la collecte de cellules sur la paroi des joues. Il peut vous falloir attendre plusieurs jours ou plusieurs semaines pour obtenir les résultats du test ; cependant, de nouvelles méthodes peuvent fournir les résultats en quelques minutes. Un test de VIH devrait aussi comporter une séance de consultation avec un agent de santé avant et après le test, pour vous aider à comprendre le test et ses résultats et pour répondre à vos questions.

Quand devrais-je subir un test ?

Il est important de subir un test si vous avez ou avez eu un comportement susceptible de vous exposer à une infection par le VIH, par exemple des rapports sans préservatif ou injection de drogues. Parmi les actes qui justifient un test de dépistage du VIH, on peut citer :

- | Avoir et être sur le point d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un et vouloir tous deux être sûrs de ne pas courir de risque d'infection par le VIH.
- | Projeter avec votre partenaire d'avoir un enfant et vouloir être sûrs que votre enfant ne va pas courir un risque d'infection par le VIH provenant de sa mère durant la grossesse, à l'accouchement ou durant l'allaitement au sein.
- | Vouloir confirmer votre situation en matière de VIH parce qu'un partenaire sexuel ou quelqu'un avec qui vous avez partagé des aiguilles est gravement malade ou vient de mourir, et vous soupçonnez le SIDA.

Quels sont les résultats possibles d'un test de dépistage du VIH ?

Un test peut donner des résultats négatifs, positifs ou indéterminés. Si votre test est négatif, il signifie sans doute que vous n'êtes pas infecté, mais il peut aussi vouloir dire que vous avez subi le test trop tôt après l'exposition au VIH pour que les anticorps aient eu le temps d'apparaître. Si votre test est positif, il est presque certain que vous êtes infecté. Les possibilités qu'un résultat positif soit erroné sont extrêmement faibles. Un résultat indéterminé signifie qu'il n'est pas clair que vous ayez ou non le VIH. Il vous faut alors subir un nouveau test. En outre, que votre test soit négatif ou positif, on pourra parfois vous demander de subir de nouveau le test pour confirmer les résultats.

Combien de fois devrais-je subir un test ?

Le nombre de fois que vous devriez subir un test dépend de votre situation : vous devriez donc consulter un agent de santé pour recevoir une réponse précise. Si vous avez un comportement susceptible de causer l'infection, il est important que vous subissiez un test tous les six mois environ parce que vous pouvez être infecté à n'importe quel moment.

Y a-t-il une différence entre un test anonyme et un test confidentiel ?

Oui. Dans le cas d'un test anonyme, le service qui a administré le test ne demande pas d'informations personnelles — par exemple nom, adresse ou numéro de téléphone — si bien que personne d'autre que vous n'a accès aux résultats. Dans le cas d'un test confidentiel, vos informations personnelles sont liées aux résultats du test mais restent confidentielles et ne sont révélées à personne.

Dois-je révéler à quelqu'un quelle est ma situation sur le plan du VIH/SIDA ?

C'est à vous qu'il appartient de décider de parler à qui que ce soit de votre situation en matière de VIH/SIDA. Un conseiller peut éventuellement vous aider à prendre la décision.

Quelle est la meilleure façon d'informer quelqu'un que j'ai le VIH/SIDA ?

Il faut du courage pour dire à des amis proches et à des membres de la famille qu'on a le VIH/SIDA. Avant de parler à qui que ce soit, vous devez vous sentir stable sur le plan émotif à propos de votre statut séropositif. Vous voudrez peut-être consulter un conseiller en VIH, un pair, un agent de santé, ou un membre du clergé et lui

Table des matières

Résumé de la rédaction
Credits

Capitulos

1. L'épidémie invisible
2. Comment les jeunes deviennent infectés
3. Pourquoi si vulnérable ?
4. Lutter contre l'épidémie
5. Etablir un contact
6. Conséquences de l'inaction
7. VIH/SIDA:
Ce que les jeunes veulent savoir
8. Perfiles
9. La jeunesse au centre

Figures
Tableaux
Encadres
Bibliographie



Confession publique

« J'étais jeune et beau et pouvais avoir toutes les filles que je voulais. Puis j'ai commencé à être malade »

— Mark

Agé de 26 ans, Mark a contracté le VIH à 16 ans. Il passe désormais son temps à parler aux jeunes des dangers des rapports sexuels non protégés.

« Je suis devenu sexuellement actif à un très jeune âge. Pour moi, il s'agissait de prouver à mes amis que j'étais vraiment un homme en couchant avec des filles différentes. J'étais jeune et beau et je pouvais avoir toutes les filles que je voulais. Je brûlais la chandelle par les deux bouts. Je ne me servais pas de préservatif, et je ne demandais pas non plus à mes partenaires combien de partenaires elles avaient eues avant moi.

« Puis, j'ai commencé à être malade. Quand les choses se sont aggravées j'ai décidé de me rendre à l'hôpital et on m'a dit que j'avais une pneumonie et la tuberculose. Dans ma communauté, quand on a la tuberculose, les gens commencent à dire qu'on a le VIH. Pour leur prouver qu'ils avaient tort, je suis allé me faire tester pour le VIH.

« Je suis retourné à l'hôpital et on m'a fait le test. On m'a dit de revenir deux jours plus tard pour avoir les résultats. J'ai attendu trois semaines. J'avais peur de connaître les résultats. Finalement, j'ai eu assez de courage pour y retourner. Les résultats étaient positifs. La première chose que j'ai faite, c'est d'éclater en larmes.

« Pour moi, ça voulait dire qu'il ne me restait plus guère de temps à vivre. Je ne savais que faire et j'ai songé au suicide. Le docteur m'a rassuré et m'a dit que c'était seulement le début d'une nouvelle existence. Il m'a dit que rien n'allait changer sauf que je devrais prendre grand soin de moi et ne plus avoir de rapports sexuels. Dès que j'ai appris cela, j'ai su que ma vie était finie.

« Pendant longtemps, je n'ai rien dit à personne de mon VIH. J'ai fait semblant de ne pas avoir le VIH et j'ai continué à vivre comme avant, et à avoir des rapports sexuels avec des filles différentes. Chaque jour, j'étais un peu plus malheureux. Je savais que je devais accepter que j'avais le VIH et que je devais commencer une nouvelle existence. J'aurais voulu dire à mes amis, à ma copine et à ma famille que j'avais le VIH.

« Quelques mois après que avoir su que j'avais le VIH, j'ai commencé à aller à un centre de consultation. A ce moment-là, personne ne savait que j'étais séropositif, à l'exception du personnel du centre — tout au moins, c'est ce que je pensais. Je ne savais pas que mon père était allé à l'hôpital voir le docteur qui m'avait testé. Le docteur a dit à mon père que j'avais le VIH. Mon père ne m'en a pas dit mot. Il a continué à me traiter comme si de rien n'était.

« Des gens de MTV qui voulaient faire un documentaire sur les jeunes séropositifs sont venus au centre de consultation. Ils m'ont demandé si je voulais figurer dans le documentaire et j'ai dit oui. Le film a été diffusé par le télévison nationale de Zambie. Beaucoup de gens ont vu le documentaire et j'ai pensé que ce serait une façon de commencer à parler de ma situation. Or, pour beaucoup, s'exposer en public et dire qu'on est séropositif était choquant. J'ai été l'objet de beaucoup d'ostracisme. Les gens qui me connaissaient ne voulaient plus s'approcher de moi ou me serrer la main. Parfois, on allait jusqu'à me traiter de meurtrier. Ça faisait vraiment mal.

« Mais je ne regrette pas de m'être révélé en public parce que je voulais faire savoir aux autres jeunes comment j'avais attrapé l'infection. N'importe qui peut attraper le VIH et les jeunes sont ceux qui courent le plus de risques. Je vais dans les communautés, les écoles et les collèges pour dire aux jeunes comment se protéger contre l'infection. Je leur dit que, s'ils ne font pas attention, ils pourraient devenir comme moi — une autre statistique ».

Namonje Nakanyika est un journaliste de 22 ans qui travaille pour un journal pour jeunes appelé Trendsetters ; il a préparé ces profils pour Population Reports. Dans chaque interview, les noms ont été changés afin de protéger la confidentialité. Trendsetters est le périodique zambien qui a le plus grand tirage. Photo par Ketan Joshi d'un peinture mural de Durban, en Afrique du Sud, qui dépeint la lutte contre le SIDA (juillet 2000).

Profils de VIH/SIDA

Pair éducateur

« Beaucoup de jeunes savent que le VIH existe, mais ils continuent à ne pas croire qu'ils pourraient l'attraper ».

— James



Agé de 30 ans, James est depuis trois ans un pair éducateur en VIH/SIDA dans un centre de consultation ouvert aux zambiens atteints de VIH/SIDA. Il est lui-même séropositif.

« Une fille de 12 ans s'est présentée au Centre de consultation. Quand je lui ai demandé comment elle était devenue infectée par le VIH, elle m'a dit que c'était à la suite de rapports sexuels.

« Je me rends dans diverses communautés du pays pour faire connaître le VIH/SIDA aux jeunes. Nous, les pairs éducateurs, faisons toujours ressortir que le VIH ne connaît pas de frontières et qu'une personne peut devenir infectée à la suite d'un seul rapport sexuel non protégé. Or, un adolescent, garçon ou fille, s'amuse trop pour y croire. La plupart des jeunes affirment : « Ça ne peut pas m'arriver à moi. »

« Beaucoup de jeunes qui savent que le VIH existe continuent à ne pas croire qu'il puisse les atteindre. C'est pourquoi nous nous rendons dans les communautés et les écoles en compagnie de séropositifs pour montrer que nous vivons tous entourés de VIH. Les jeunes peuvent voir les conséquences quand des séropositifs très malades leur disent comment ils ont attrapé l'infection. Parfois, nous lisons la peur dans leurs yeux ».

(On trouvera d'autres interviews pages 13, 27, et 31)





Profils de VIH/SIDA

Les temps ont changé

« Je suis Africain mais, quand il s'agit de la santé de mes enfants, je mets de côté mes croyances traditionnelles, je parle de sexualité à mes enfants ». — Joseph

Joseph, âgé de 46 ans, est le père de six enfants, dont trois adolescents.

« Ce n'est pas facile pour un Africain de parler de sexualité à ses enfants. Cette question a toujours été tabou dans la tradition africaine. Or, aujourd'hui, nos adolescents reçoivent des renseignements inexacts de leurs pairs et dans des magazines et ils finissent par attraper le VIH/SIDA. Les jeunes prennent de mauvaises décisions à propos de leur sexualité parce que leurs parents ne les informent pas.

« Je suis Africain mais, quand il s'agit de la santé de mes enfants, je mets de côté mes croyances en la tradition. Je parle de sexualité à mes enfants. Beaucoup de parents ont peur de parler de sexualité à leurs enfants parce qu'ils pensent que, si leurs enfants ne sont pas encore sexuellement actifs, ils le deviendront dès qu'on leur en aura parlé.

« Je n'ai pas eu de rapports sexuels avant mon mariage, mais les temps ont changé. Les parents doivent accepter que les enfants sont déjà au courant des choses du sexe. Ils deviennent sexuellement actifs dès 12 ans. Il nous appartient de leur parler de sexualité responsable et de rapports protégés.

« Beaucoup d'adolescents ont peur de parler de sexualité à leurs parents parce qu'ils pensent que ces derniers les accuseront d'avoir des aventures. Ils vont alors voir leurs amis qui ne leur poseront pas de questions gênantes et qui s'inquiètent peu de savoir s'ils sont sexuellement actifs. Si un de mes enfants devient sexuellement actif, je le saurai parce que j'ai d'excellents rapports avec eux enfants.

« Les adolescents prennent leurs propres décisions, mais les parents peuvent avoir beaucoup d'influence. Les parents doivent oublier les traditions et commencer à parler ouvertement de sexualité à leurs enfants. C'est à nous qu'il appartient d'enseigner la morale et de montrer aux enfants comment ils doivent se comporter. Si on enseigne de bonnes valeurs morales, où que vos enfants aillent ou quelle que soit l'influence qu'ils subissent, ils feront de bons choix »

(On trouvera d'autres interviews pages 13, 18, et 31).



Profils de VIH/SIDA

Ma fille Liz

« Il m'était difficile de regarder ma fille sans pleurer. Elle avait l'air si désespérée, et je pouvais lire la tristesse sur son visage ». — Janet

« Dès sa plus tendre enfance, j'avais toujours eu des rapports étroits avec ma fille Liz. C'était ma fille unique, et je voulais qu'elle ne me cache rien et puisse me parler de tout.

« Une chose dont mon mari et moi ne voulions vraiment pas parler avec notre fille, quand elle a atteint la puberté, étaient certains problèmes de l'adolescence. Nous ne voulions pas lui parler de sexualité parce que nous avions peur de lui donner de mauvaises idées.

« Liz avait 19 ans quand nos rapports ont commencé à devenir plus ténus. Normalement, quand elle n'était pas sûre de quelque chose, elle venait s'asseoir près de moi et me posait des questions. Elle a cessé de le faire quand elle est devenue plus âgée. Il s'est créé entre nous une sorte de distance. Elle préférerait la compagnie de ses amis à la nôtre.

« Liz n'était pas mauvaise fille. Elle était intelligente et humble. Tout ce qui lui arrivait était une question d'adolescence. Trois mois après avoir reçu son diplôme secondaire, Liz nous a demandé si elle pouvait aller vivre chez des amies. Son père et moi lui avons dit que ce n'était pas possible et nous lui avons expliqué pourquoi. Bouleversée, Liz a refusé de nous parler. Quelques semaines plus tard, elle est partie vivre quand même avec ses amies. Six mois se sont passés et Liz n'était toujours pas revenue. J'étais inquiète et je me culpabilisais parce que je n'étais pas allée la chercher.

« Liz est revenue au bout d'un an et demi environ, et elle était très malade. Elle avait beaucoup maigri, avait une toux caverneuse et était pâle. Je lui ai demandé depuis combien de temps elle était malade, mais elle était trop gênée pour me regarder dans les yeux. Je me suis mise à pleurer et lui ai demandé qu'est-ce qui n'allait pas. Elle ne m'a pas répondu.

« Je l'ai amenée à l'hôpital; le docteur m'a dit qu'elle avait la tuberculose et m'a remis une ordonnance pour un médicament. Je savais que Liz avait le SIDA à cause de la façon dont le docteur m'avait parlé. J'éprouvais des difficultés à regarder ma fille sans me mettre à pleurer. Elle avait l'air tellement désespérée et on pouvait voir la tristesse sur son visage. C'était trop pour elle. Trois semaines plus tard, elle est morte. Je ne cesse maintenant de pleurer ma fille. »

(On trouvera d'autres interviews pages 13, 18, et 27).





La jeunesse au centre

Eléments fondamentaux d'une approche stratégique

Table des matières

Résumé de la rédaction
Credits

Capitulos

1. L'épidémie invisible
2. Comment les jeunes deviennent infectés
3. Pourquoi si vulnérable ?
4. Lutter contre l'épidémie
5. Etablir un contact
6. Conséquences de l'inaction
7. VIH/SIDA:
Ce que les jeunes veulent savoir
8. Profils
9. La jeunesse au centre

Figures
Tableaus
Encadres
Bibliographie

On constate de plus en plus clairement que les jeunes doivent être au centre des stratégies de prévention du SIDA, notamment dans les pays durement touchés. Lorsque l'épidémie est moins grave, c'est en contactant les jeunes qu'on aide à s'assurer qu'ils restent à l'abri du VIH. L'expérience semble montrer que, pour s'attaquer efficacement au VIH/SIDA, il faut forger une vaste alliance d'organisations de santé publique, d'éducation, de développement et de politique publique, en travaillant de concert avec le secteur privé et les ONG. Un cadre stratégique centré sur la jeunesse admet que l'épidémie de SIDA comporte un grand nombre d'éléments et qu'il n'est pas possible de réussir en n'employant qu'une seule méthode.

L'importance accordée aux divers éléments de la stratégie est fonction du profil particulier de l'épidémie de SIDA dans un pays. Par exemple, les pays qui en sont encore au début de l'épidémie s'attacheront davantage à éduquer les jeunes au sujet du SIDA, tandis que les pays où le VIH/SIDA est déjà répandu chercheront à réduire sa diffusion et à en atténuer les effets.

Pour qu'une stratégie de lutte contre le VIH/SIDA réussisse, les réactions du programme doivent se fonder sur des recherches formatives et sur des évaluations des besoins. Au fur et à mesure que la stratégie est exécutée, le suivi et l'évaluation de l'impact aident les partenaires à voir ce qui réussit et ce qui ne réussit pas, et à savoir si les ressources sont utilisées à bon escient. La preuve de l'impact du programme sur le comportement des jeunes est l'élément fondamental, puisqu'un changement de comportement est le but des programmes de prévention du SIDA (50).

Changer le comportement grâce à l'éducation et à la communication

- Encourager un choix de comportements protecteurs, y compris le retard du début des rapports sexuels, la continence, l'emploi continu du préservatif
- Faire participer les jeunes à tous les éléments des programmes, depuis l'évaluation des besoins jusqu'à la transmission du message
- Profiter de toutes les occasions, depuis la salle de classe jusqu'à la communauté et à la télévision
- Amuser tout en éduquant
- Enseigner à éviter les risques, tels que refus de rapports sexuels, négociation pour l'emploi du préservatif
- Encourager l'efficacité personnelle — grâce à un sentiment de confiance et de possibilité d'éviter le VIH

Mettre sur pied des programmes pour les jeunes ayant des besoins particuliers

- Enfants des rues, orphelins, professionnelles du sexe, réfugiés, militaires
- Les chercher là où ils sont
- Répondre en premier lieu à leurs besoins immédiats

Atténuer les difficultés économiques et sociales

- Education scolaire et périscolaire
- Formation pour l'emploi et acquisition d'aptitudes au commerce
- Microfinancement et activités productrices de revenus
- Nourriture, logement et soins des enfants

Rendre les services accueillants pour les jeunes

- Dispensateurs de soins gentils, discrets, compréhensifs
- Choix de services et de recours, y compris conseils et tests volontaires de dépistage du VIH, santé émotive, besoins sociaux, conseils concernant l'abus de substances
- Respect constant du secret
- Horaires pratiques sans rendez-vous, minimum de paperasserie
- Coût faible ou nul

Créer un environnement propice

- Des dirigeants du pays donnent publiquement une priorité élevée au problème, demandent un engagement
- La politique et les lois fournissent des ressources aux programmes pour jeunes, font avancer le droit des jeunes aux soins de santé et à l'information, protègent les jeunes contre la discrimination
- Liaison et coordination des organisations dans tous les secteurs

Renforcer l'engagement financier

- Augmentation des fonds pour la prévention générale du VIH/SIDA
- Augmentation de la part revenant à la jeunesse
- Engagements du secteur privé et des donateurs gouvernementaux et internationaux

Rendre les préservatifs disponibles

- Accès facile, débouchés multiples
- Coût très bas ou gratuits
- Pas de questions
- Accent mis sur l'emploi constant durant rapports vaginaux, anaux et oraux

Surveiller l'épidémie

- Prévalence en fonction de l'âge et incidence du VIH et autres IST
- Suivi des connaissances, attitudes, comportement de santé
- Evaluation de l'impact du programme

Mobilisation des communautés

- Participation des parents, enseignants, autres adultes
- Preuves d'intérêt et de sympathie
- Propagande au nom des jeunes
- Bons exemples
- Opposition aux pratiques traditionnelles dangereuses



Figures

Figure 1. Partenaires multiples

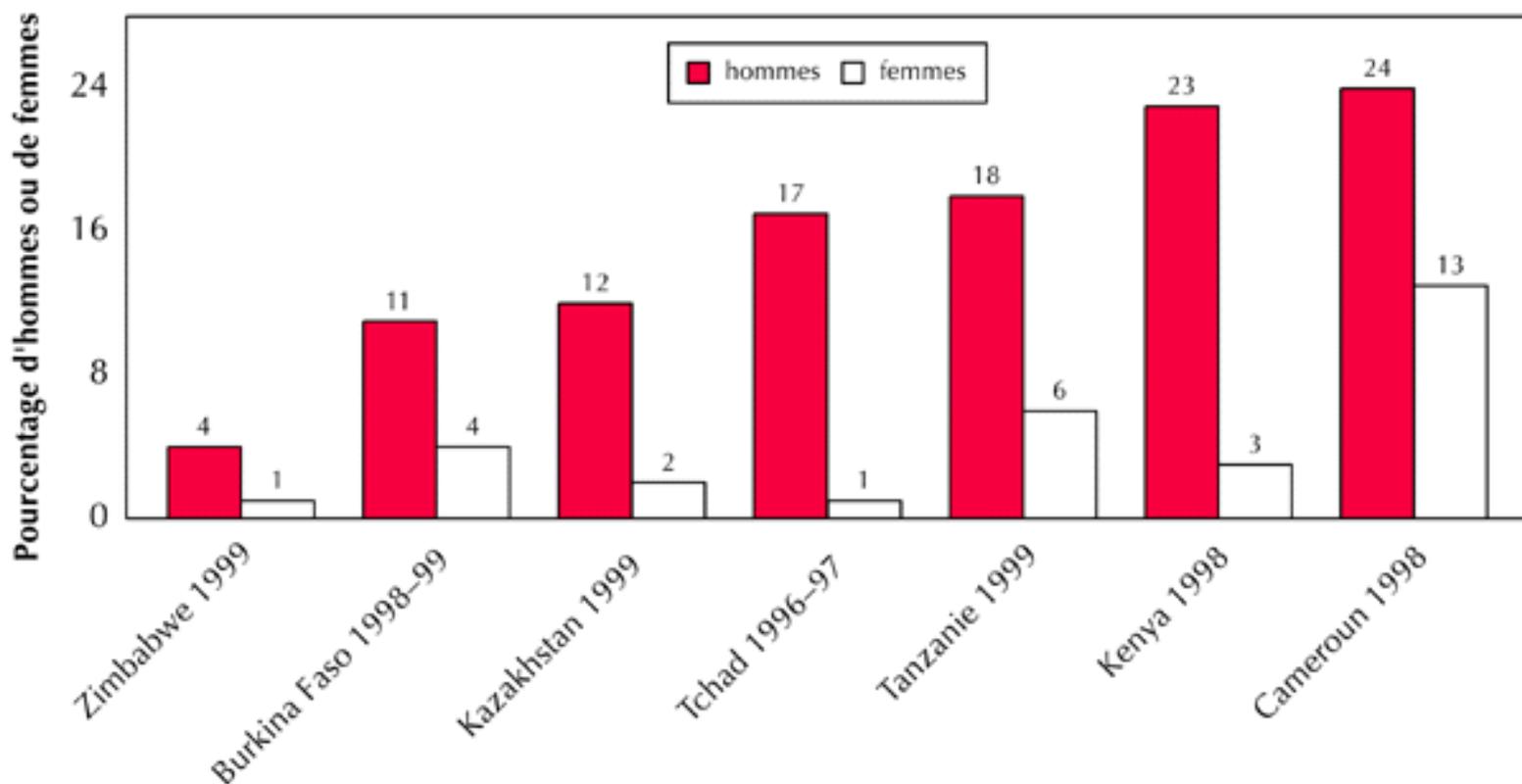
Figure 2. Déficit d'information

Figure 3. Emploi du préservatif par les filles âgées de 15 à 19 ans durant leurs derniers rapports sexuels

Figure 4. Pourcentage de garçons de 15 ans qui mourront du VIH/SIDA en fonction de divers niveaux de risque

Figure 1. Partenaires multiples

Pourcentage de jeunes célibataires âgés de 15 à 19 ans qui ont eu au moins deux partenaires sexuels durant les douze derniers mois, dans certains pays*



*Parmi tous les jeunes sexuellement actifs ou inactifs

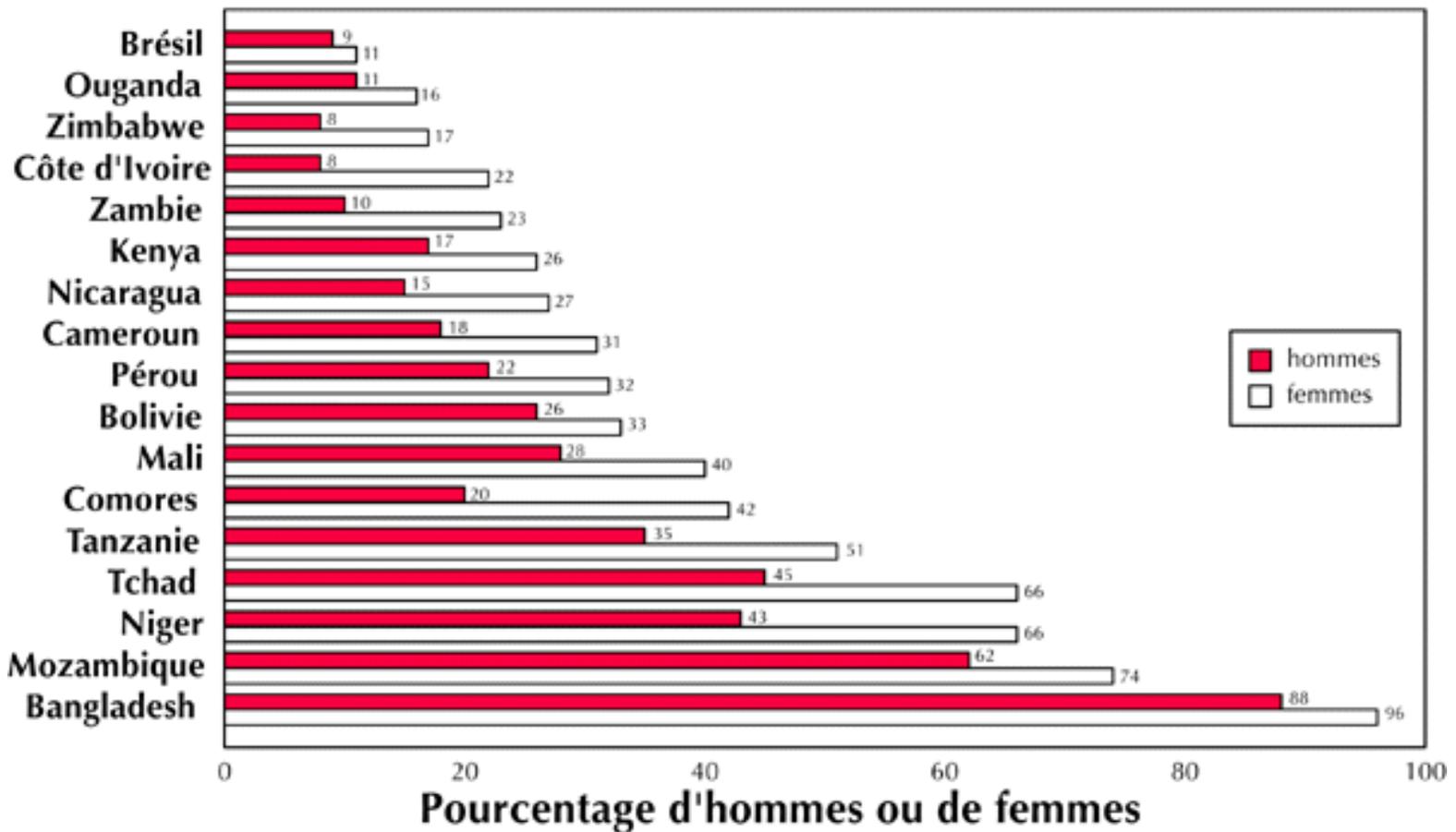
Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1996-1999

Population Reports

[Connecter au chapitre 2](#)

Figure 2. Déficit d'information

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 19 ans qui ne connaissent aucun moyen de se protéger contre le VIH/SIDA



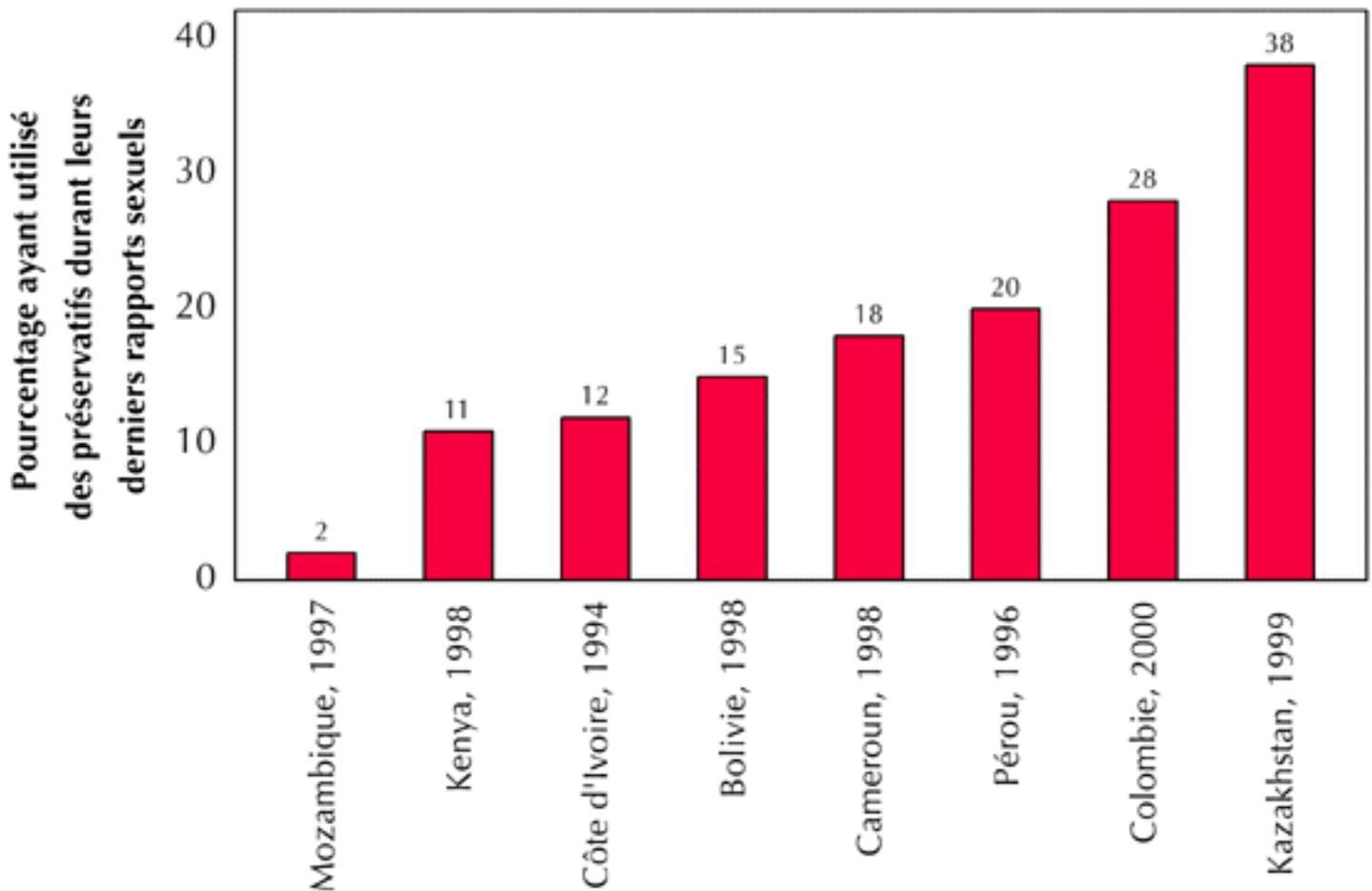
Source : Fonds des Nations unies pour l'enfance, 2000 (361), sur la base des Enquêtes démographiques et de santé, 1994-1999

Population Reports

[Connecter au chapitre 3.2](#)

Figure 3. Emploi du préservatif par les filles âgées de 15 à 19 ans durant leurs derniers rapports sexuels

*Pourcentage de femmes célibataires sexuellement actives qui utilisent des préservatifs**



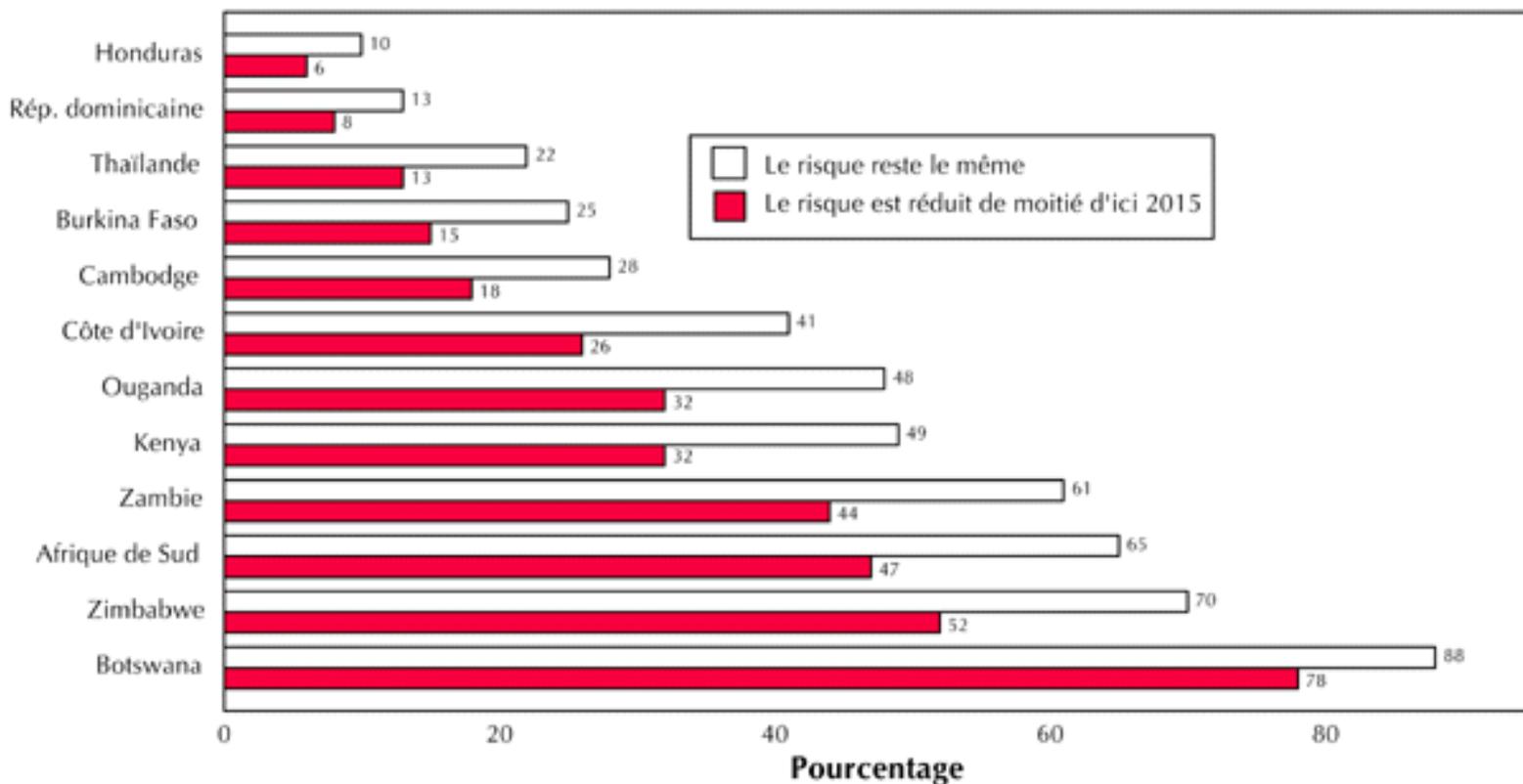
*Il existe des données comparables pour les hommes de trois pays : Kenya, 1998 (43 %), Malawi, 1996 (17 %) et Mozambique, 1997 (8 %).

Source : Enquêtes démographiques et de santé, 1994–2000

Population Reports

[Connecter au chapitre 4.3](#)

Figure 4. Pourcentage de garçons de 15 ans qui mourront du VIH/SIDA en fonction de divers niveaux de risque



Source : Programme des Nations unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2000 (162), et Zaba, 2000

Population Reports

[Connecter au chapitre 6](#)

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhuccp.org

Tableaux

Tableau 1. Prévalence du VIH dans le monde chez les jeunes âges de 15 à 24 ans, fin 1999

Tableau 2. Activités sexuelles des jeunes célibataires âges de 15 à 19 ans, enquêtes de 1991–1999

Tableau 1. Prévalence du VIH dans le monde chez les jeunes âges de 15 à 24 ans, fin 1999

Région et pays	Estimation de la prévalence du VIH (%)		Région et pays	Estimation de la prévalence du VIH (%)	
	Femmes	Hommes		Femmes	Hommes
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE			NORTH AMERICA		
<i>Afrique du Sud</i>	22.5–27.1	7.6–15.1	<i>Etats-Unis</i>	0.2–0.3	0.3–0.8
<i>Angola</i>	2.6–2.9	1.1–1.4	AMERIQUE LATINE & CARAIBES		
<i>Bénin</i>	1.6–2.9	0.5–1.3	<i>Argentine</i>	0.2–0.3	0.7–1.0
<i>Botswana</i>	32.6–36.1	4.1–7.5	<i>Bahamas</i>	2.4–2.9	3.2–4.6
<i>Burkina Faso</i>	4.1–7.5	1.3–3.3	<i>Barbade</i>	0.8–0.9	1.0–1.4
<i>Burundi</i>	9.9–13.3	3.8–7.6	<i>Belize</i>	0.8–1.0	1.8–2.6
<i>Cameroun</i>	6.6–8.9	2.5–5.1	<i>Brésil</i>	0.2–0.3	0.6–0.8
<i>Congo, Rép. Dém.</i>	4.3–5.8	1.7–3.3	<i>Colombie</i>	0.08–0.1	0.4–0.5
<i>Congo, Rép.</i>	5.5–7.4	2.1–4.2	<i>Costa Rica</i>	0.2–0.3	0.5–0.8
<i>Côte d'Ivoire</i>	6.7–12.3	2.1–5.5	<i>El Salvador</i>	0.2–0.3	0.6–0.8
<i>Djibouti</i>	11.7–16.1	7.0–10.6	<i>Equateur</i>	0.06–0.09	0.3–0.5
<i>Ethiopie</i>	10.0–13.8	6.0–9.0	<i>Guatemala</i>	0.8–1.0	0.9–1.4
<i>Gabon</i>	4.0–5.4	1.5–3.1	<i>Guyana</i>	2.0–2.6	3.1–4.6
<i>Gambie</i>	1.5–2.8	0.5–1.3	<i>Haïti</i>	2.6–3.3	3.9–5.8
<i>Ghana</i>	2.4–4.4	0.8–2.0	<i>Honduras</i>	1.5–1.9	1.1–1.9

<i>Guinée</i>	1.0-1.9	0.3-0.8	<i>Jamaïque</i>	0.36-0.44	0.5-0.7
<i>Guinée-Bissau</i>	1.7-3.2	0.6-1.4	<i>Mexique</i>	0.05-0.08/ TD>	0.3-0.5
<i>Guinée équatoriale</i>	0.5-0.6	0.2-0.4	<i>Panama</i>	1.2-1.5	1.3-2.0
<i>Kenya</i>	11.0-15.0	4.3-8.5	<i>Pérou</i>	0.1-0.2	0.3-0.5
<i>Lesotho</i>	23.9-28.9	8.0-16.1	<i>Rép. dominicaine</i>	2.4-3.1	2.1-3.1
<i>Libéria</i>	1.5-2.8	0.5-1.2	<i>Suriname</i>	0.7-0.9	1.1-1.6
<i>Malawi</i>	14.5-16.0	6.1-8.0	<i>Trinité-et-Tobago</i>	0.5-0.6	0.7-1.0
<i>Mali</i>	1.7-2.4	1.0-1.6	<i>Uruguay</i>	0.2-0.3	0.3-0.5
<i>Mauritanie</i>	0.5-0.7	0.3-0.5	<i>Venezuela</i>	0.1-0.2	0.3-0.5
<i>Mozambique</i>	13.4-16.1	4.5-9.0	ASIE & PACIFIQUE		
<i>Namibie</i>	18.8-20.8	7.9-10.4	<i>Cambodge</i>	2.3-4.7	0.9-3.8
<i>Niger</i>	1.3-1.7	0.8-1.1	<i>Inde</i>	0.4-0.8	0.1-0.6
<i>Nigéria</i>	4.4-5.9	1.7-3.3	<i>Malaisie</i>	0.08-0.1	0.3-0.8
<i>Ouganda</i>	6.7-9.0	2.6-5.1	<i>Myanmar</i>	1.1-2.3	0.4-1.7
<i>Rép. centrafricaine</i>	12.0-16.2	4.6-9.2	<i>Thaïlande</i>	1.5-3.1	0.5-1.9
<i>Rwanda</i>	9.0-12.2	3.5-7.0	EUROPE OCCIDENTALE		
<i>Sénégal</i>	1.1-2.1	0.4-1.0	<i>Spain</i>	0.2-0.3	0.2-0.7
<i>Sierra Leone</i>	2.1-3.8	0.7-1.7	<i>France</i>	0.2-0.3	0.2-0.5
<i>Swaziland</i>	25.9-31.2	8.7-17.4	<i>Portugal</i>	0.2-0.3	0.3-0.9
<i>Tanzanie</i>	6.9-9.3	2.6-5.3	<i>Suisse</i>	0.2-0.4	0.2-0.5
<i>Tchad</i>	2.6-3.5	1.5-2.3	EASTERN EUROPE & CENTRAL ASIA		
<i>Togo</i>	3.9-7.2	1.2-3.2	<i>Belarus</i>	0.1-0.2	0.3-0.5

Zambie	16.9– 18.7	7.1–9.3	Ukraine	0.6–1.0	1.0–1.6
Zimbabwe	23.3– 25.8	9.8–12.9			

Remarque : Le tableau ne présente que les pays ayant au moins 0,5% de prévalence chez les hommes ou les femmes. Les estimations de prévalence sont exprimées sous forme de moyennes obtenues par les modèles régionaux de l'ONUSIDA.
Source: Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2000 (162)

Connecter au chapitre 1.1: [1st Ref.](#) | [2nd Ref.](#) | [3rd Ref.](#)

Tableau 2. Activités sexuelles des jeunes célibataires âgés de 15 à 19 ans, enquêtes de 1991–1999

Région, pays, et année de l'enquête	% de jeunes célibataires qui ont eu des rapports sexuels sexuels durant les quatre semaines qui précèdent l'enquête		% de jeunes célibataires qui ont eu des rapports sexuels	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE				
Bénin 1996	13	–	35	–
Burkina Faso 1999	12	11	23	27
Cameroun 1998	20	21	42	46
Cap Vert 1998	17	26	37	63
Comores 1996	3	19	8	37
Côte d'Ivoire 1994	26	–	57	–
Erythrée 1995	0	1	1	2
Ghana 1998	10	7	27	18
Kenya 1998	9	24	37	54
Madagascar 1997	15	–	35	–
Mozambique 1997	20	26	42	64
Namibie 1992	17	–	38	–

<i>Ouganda 1995</i>	7	10	29	42
<i>Rép. centrafricaine 1994</i>	17	25	32	49
<i>Rwanda 1992</i>	1	—	7	—
<i>Tanzanie 1996</i>	15	26	32	40
<i>Togo 1998</i>	20	13	51	98
<i>Zambie 1996</i>	13	28	44	66
<i>Zimbabwe 1994</i>	3	9	14	32
ASIE & PACIFIQUE				
<i>Indonésie 1997</i>	*	—	1	—
<i>Népal 1996</i>	*	—	1	—
<i>Philippines 1998</i>	0	—	2	—
AMERIQUE LATINE & CARAIBES				
<i>Belize 1991</i>	7	—	27	—
<i>Bolivie 1997</i>	2		13	38
<i>Brésil 1996</i>	10	23	24	63
<i>Colombie 1995</i>	5	—	19	—
<i>Costa Rica 1992</i>	6	—	15	—
<i>El Salvador 1998</i>	2	—	13	—
<i>Equateur 1999</i>	2	—	10	—
<i>Guatemala 1999</i>	**	—	7	—
<i>Haïti 1994</i>	6	20	20	46
<i>Honduras 1996¹</i>	2	12	15	58
<i>Jamaïque 1997</i>	11	—	37	74
<i>Nicaragua 1997</i>	0.4	21	6	55
<i>Paraguay 1998</i>	2	—	23	—
<i>Pérou 1996</i>	3	18	13	45
<i>Porto Rico 1996</i>	6	—	17	—
<i>Rép. dominicaine 1996</i>	2	12	9	48

EUROPE DE L'EST & ASIE CENTRALE

Géorgie 1999	*	—	**	—
Kazakhstan 1999	5	15	12	33
Moldova 1997	3	—	11	—
Rép. kyrgyze 1997	0.4	—	2	—
Rép. tchèque 1993	—	—	36	—
Roumanie 1999	6	—	11	45
Ukraine 1999	15	—	24	—

AMERIQUE DU NORD

Canada 1996	—	—	51	42
Etats-Unis 1995	—	—	51	56

¹ Données du Honduras disponibles seulement pour la tranche d'âge 15–24 ans

*Moins de 25 répondants ;

**Moins de 0,5% ont eu des rapports ;

—Non disponible

Sources : Enquêtes démographiques et de santé, 1992–1999 ; US CDC : Reproductive Health Surveys, 1991–1999 ; Frost, 2001 (431) et Maticka-Tyndale, 2001 (435)

[Connecter au chapitre 2](#)

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)



Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project

111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202

Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 [Security & Privacy Policy](#)



Cajas

La transmission de VIH de la mère à l'enfant

Comment la culture peut porter tort

La circoncision masculine et le VIH/SIDA : est-ce que les adolescents sont la clé?

Double protection : éviter la grossesse et le VIH/SIDA Les orphelins du SIDA : un nouveau défi

La transmission de VIH de la mère à l'enfant

Depuis le début de l'épidémie, près de 5 millions d'enfants sont morts du SIDA avant l'âge de 15 ans ; et on estime qu'il y a 2,7 millions d'enfants séropositifs. Un autre groupe de 800.000 enfants ont été infectés durant la seule année 2001 — environ 90 % d'entre eux en Afrique subsaharienne (432).

L'énorme majorité des enfants séropositifs ont été infectés par leur mère, durant la grossesse, à l'accouchement ou pendant qu'ils prenaient le sein. La prévention de la transmission de la mère à l'enfant a désormais une priorité élevée dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. En l'absence d'un traitement, les taux de transmission de la mère à l'enfant sont compris entre 15 % et 20 %, selon des études faites en Europe et aux Etats-Unis. L'alimentation au sein peut conduire à une augmentation de 10 % à 20 % du risque de transmission du VIH, selon des études effectuées en Afrique (415).

Donner le sein ?

On continue à se demander si et quand il faut recommander l'allaitement au sein de préférence au biberon, notamment dans les pays où le manque d'hygiène rend le biberon dangereux. Les organismes de l'ONU recommandent désormais l'emploi du biberon dès la naissance car il pourrait être moins dangereux que l'allaitement au sein quand une mère est séropositive — mais seulement si on administre une alimentation satisfaisante du point de vue nutritionnel et préparée dans des conditions sanitaires, et aussi à condition de disposer d'un approvisionnement ininterrompu en aliments de remplacement (415).

Cependant, des études récentes semblent indiquer que les bébés exclusivement nourris au sein jusqu'à trois mois pourraient courir moins de risques de recevoir le VIH de leur mère que ceux à qui on administre d'autres liquides et d'autres aliments en sus du lait maternel (428, 438). En effet, les facteurs immuns contenus dans le lait du sein protègent les bébés du VIH mais les contaminants contenus dans d'autres liquides contrebalancent cet avantage en endommageant l'estomac de l'enfant (428). Si elles sont confirmées par de futures recherches, ces études semblent indiquer qu'un allaitement exclusif au sein pendant jusqu'à trois mois pourrait offrir

une solution de remplacement pour les mères séropositives qui veulent allaiter leurs enfants. Beaucoup d'entre elles préfèrent éviter le biberon à cause du stigmate qui s'y attache — l'admission, dans certaines communautés, que l'intéressée est séropositive — et parce que l'alimentation au biberon est trop coûteuse.



« Ne laissez pas votre enfant naître avec le virus du SIDA... Passez un test », déclare cette affiche du Mexique. La transmission du VIH de la mère à l'enfant est un problème de plus en plus grave.

CONASIDA

Que peut-on faire ?

L'OMS recommande une stratégie à trois volets pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Il s'agit en premier lieu d'empêcher l'infection de la mère, notamment si elle jeune. Il s'agit ensuite d'empêcher les grossesses non souhaitées par les séropositives et enfin d'élargir l'accès aux thérapies antirétrovirales.

Les programmes d'éducation peuvent réduire la transmission de la mère à l'enfant en aidant les jeunes à comprendre et à éviter les risques d'infection par le VIH et les risques de grossesse. Ces programmes peuvent atteindre les jeunes dans les écoles, de préférence avant qu'ils ne commencent à avoir des activités sexuelles. Les programmes de planification familiale peuvent faire davantage pour aider les séropositives à éviter des grossesses non souhaitées. Les jeunes

femmes qui envisagent une grossesse devraient songer à subir un test de VIH. Dans le cas des jeunes séropositives enceintes, un dispensateur de soins de santé devrait leur parler des options d'alimentation qui sont réalisables.

Quand il est accessible, il convient d'offrir le médicament antirétroviral appelé Nevirapine, dont on a montré qu'il réduit le risque de transmission de près de 50 % (416). On a beaucoup étudié l'emploi de ces médicaments antirétroviraux pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans des pays développés, l'emploi conjugué de médicaments antirétroviraux, de césariennes électives et de l'alimentation au biberon dès la naissance a réduit à moins de 2 % le risque de transmission du VIH d'une mère infectée à l'enfant (415).

Connecter au chapitre 2

Comment la culture peut porter tort

Il y a dans le monde toute une série de pratiques et traditions culturelles qui font augmenter le risque de VIH/SIDA pour les jeunes. La plupart du temps, ces pratiques et ces traditions touchent plus les jeunes que les adultes — et les jeunes femmes plus que les jeunes hommes.

Condition féminine

Dans beaucoup de sociétés, on attend des femmes qu'elles subordonnent leurs propres intérêts à ceux de leurs partenaires. C'est ce qu'on leur apprend. Avec de telles attentes, les jeunes femmes se sentent souvent incapables de se protéger contre l'infection par le VIH et les grossesses non souhaitées. Souvent, les adolescentes font l'objet de contraintes et de sévices. Au Kenya, 40 % des élèves de l'enseignement secondaire qui étaient sexuellement actives ont déclaré qu'elles avaient été contraintes, par la force ou par la ruse, à avoir des apports sexuels (3). Au Cameroun, 40 % des adolescentes ont dit que leurs premiers rapports avaient été forcés (313). Parfois, les jeunes femmes acceptent d'avoir des rapports sexuels par crainte d'être violées si elles refusent (205).

Les femmes subissent souvent des sévices. Dans certains pays, plus de 40 % des femmes ont été assaillies par leurs partenaires (119). La violence fondée sur le genre a des liens étroits avec le VIH/SIDA (220). Au Rwanda, par exemple, les séropositives à partenaire séropositif étaient plus susceptibles que les séronégatives de faire état de contrainte dans leurs rapports (280). En Tanzanie la violence entre les partenaires était 10 fois plus fréquentes chez les femmes séropositives que chez les femmes séronégatives (220). Beaucoup de femmes n'osent même pas évoquer la question des préservatifs pour se protéger contre le VIH par crainte de faire l'objet de sévices physiques (381).

Pratiques de mariage

Dans de nombreuses cultures, l'importance accordée au fait d'avoir une progéniture conduit souvent à un mariage dès l'enfance et à une grossesse précoce. Dès l'âge de 10 ans, on donne des filles en mariage à des hommes plus âgés afin de cimenter les amitiés et les liens économiques entre des familles. Quand les filles épousent des hommes plus âgés, elles peuvent être vulnérables à l'infection par le VIH parce que leurs maris ont déjà eu, habituellement, un certain nombre de partenaires sexuels. Des obstacles sociaux, politiques et religieux cachent souvent les jeunes épouses au reste du monde (423), tandis que leurs maris ont fréquemment d'autres partenaires sexuels (12).

La polygynie, c'est-à-dire la pratique selon laquelle un homme a plusieurs épouses, existe dans certains pays. En Afrique, quand le mari recherche une nouvelle femme, qui est souvent plus jeune, il peut avoir, ce faisant, des contacts sexuels avec un certain nombre de femmes et court donc le risque de ramener le VIH dans son foyer (7, 12, 41). Dans certaines cultures, l'épouse peut être donnée en héritage au frère du mari décédé. Dans ces conditions, les deux partenaires risquent d'être infectés si l'autre l'est aussi. Les jeunes veuves se trouvent dans une situation particulièrement dangereuse parce qu'elles sont plus susceptibles de rechercher d'autres partenaires sexuels, ou d'être recherchées par eux (6, 277, 321).

Dans certaines sociétés, il est nécessaire de payer la dot de la mariée pour qu'un homme et une femme se marient. Dans certaines régions d'Afrique, l'homme paie la dot à la famille de sa femme. Une fois le mariage assuré grâce à ce paiement, on estime que la femme « est payée » et il arrive souvent qu'elle ne puisse pas quitter son mari, même en cas de problèmes maritaux. Même si le comportement du mari lui fait courir un risque d'infection par le VIH, la femme peut ne pas être en mesure de se protéger (119).

Rites de passage

Bien qu'ils servent traditionnellement à unir les communautés, les rites culturels de passage de l'enfance à l'âge adulte peuvent faire augmenter les risques de VIH. Par exemple, les circoncisions et excisions traditionnelles sont parfois effectuées avec un matériel qui n'a pas été stérilisé. Les chercheurs pensent que la circoncision masculine réduit les risques de transmission du VIH car elle enlève des morceaux de prépuce qui sont particulièrement vulnérables au VIH (voir à ce propos encadré). Cependant, dans certaines communautés les cérémonies de circoncision sont souvent suivies d'expériences sexuelles qui font augmenter les risques de VIH (174, 350). Par exemple, parmi les Masai d'Afrique orientale, les rapports entre pairs masculins sont si étroits que, après la circoncision, les initiés partagent les épouses et les amies (350).

Pratiques sexuelles

Certaines pratiques sexuelles, telles que ce qu'on appelle le « dry sex » (rapports à sec) — insertion d'objets étrangers dans le vagin pour le dessécher ou le faire rétrécir — peuvent causer des coupures et des égratignures qui créent des ouvertures par lesquelles passe le VIH (321).

D'autres pratiques, telles que l'épreuve de virginité des femmes, peuvent donner une telle importance à la chasteté avant le mariage que les femmes célibataires pratiquent la pénétration anale plutôt que de courir un risque encore plus grand de VIH/SIDA en ayant des rapports vaginaux (341).

[Connecter au chapitre 1.1](#) | [Connecter au chapitre 3.3](#)

La circoncision masculine et le VIH/SIDA : est-ce que les adolescents sont la clé?

D'après certaines études épidémiologiques et écologiques, la circoncision masculine est associée à de faibles taux d'acquisition du VIH/SIDA. On entend par circoncision masculine l'ablation chirurgicale du prépuce qui recouvre le pénis (379). Les hommes non circoncis risquent deux à huit fois plus d'avoir une infection par le VIH (112, 253, 394).

En outre, les faits semblent indiquer que la circoncision masculine protège aussi contre d'autres IST, dont le chancre mou, la syphilis, l'herpès génital et la gonorrhée. Elle semble aussi réduire le risque de carcinome du pénis et d'infections des voies urinaires (252).

Les meilleures preuves concernant le VIH et la circoncision masculine viennent de l'Ouganda. Dans une étude de 187 couples discordants, dans lesquels la femme était atteinte de VIH mais l'homme ne l'était pas, aucun homme circoncis n'est devenu infecté par le VIH au bout de 30 mois. Parmi les hommes non circoncis, 29 % sont devenus infectés. Parmi les 223 couples discordants dans lesquels l'homme était séropositif et la femme ne l'était pas, les hommes circoncis risquaient moins de transmettre le virus aux femmes ; cependant, cet effet de protection diminuait en fonction de la charge virale (101).

Dans le monde entier, le quart environ des hommes sont circoncis, surtout en Amérique du Nord et dans les pays du Moyen Orient et de l'Asie où vivent de nombreux musulmans et dans certaines régions de l'Afrique (252). Dans les communautés juives et islamiques, la circoncision est un rite religieux qui se pratique peu après la naissance (175). Dans beaucoup de cultures africaines, elle est pratiquée sur les adolescents pour marquer leur passage à l'âge adulte. En outre, c'est une intervention médicale qui sert à traiter les infections, les blessures ou les anomalies du prépuce (379).

Selon les chercheurs, le prépuce est un point d'accès facile pour le VIH et d'autres pathogènes. La paroi intérieure du prépuce est riche en cellules spéciales, appelées cellules de Langerhans. Ces cellules sont particulièrement vulnérables au VIH et semblent être le principal véhicule de pénétration de celui-ci dans le pénis (348). Par ailleurs, le prépuce est plus facilement meurtri durant les rapports sexuels, ce qui peut le rendre vulnérable au VIH (112). Les différences de religion, de pratiques sexuelles ou d'hygiène qui sont associées à des groupes ethniques qui

pratiquent la circoncision ne semblent pas expliquer l'association entre la circoncision et l'infection par le VIH (17, 394).

Importance de l'âge

L'âge auquel une personne est circoncise semble particulièrement important. Dans la région de Rakai, en Ouganda, par exemple, il existe une forte corrélation entre la circoncision pratiquée avant l'âge de 12 ans et diminution du risque de VIH, mais la circoncision à 13 ans ou plus n'en avait pas. La prévalence du VIH atteignait 7 % dans le cas des hommes circoncis à 12 ans ou moins, 15 % parmi les hommes circoncis à 13 ans ou plus, et 14 % parmi les hommes non circoncis (178). D'autres chercheurs ont signalé des résultats analogues (51).

Les experts sont de plus en plus nombreux à demander que la circoncision fasse partie d'une stratégie de santé publique visant à réduire l'acquisition du VIH (17, 112, 252). Si cet appel est entendu, les preuves dont on dispose semblent indiquer que les adolescents, et notamment ceux de moins de 12 ans, représenteraient un important point de départ. Pour réduire sensiblement la transmission du VIH, les hommes devraient être circoncis avant d'arriver à leur maturité sexuelle (51) et avant de commencer à avoir des rapports sexuels.

D'autres spécialistes préconisent la prudence tant qu'on ne dispose pas de preuves plus claires. Pour réunir des preuves, il faudrait procéder à des essais cliniques pour circoncire de jeunes garçons, ce qui poserait des difficultés d'ordre moral (101). On ne sait pas grand chose de l'impact et du coût-efficacité de la circoncision masculine en tant que stratégie de santé publique. Récemment, une réunion d'experts a jugé qu'il serait prématuré de recommander la circoncision dans les communautés où elle n'est pas pratiquée (379).

En outre, la circoncision n'offre pas une protection absolue contre le SIDA. Les hommes circoncis courent encore des risques (40). C'est pourquoi, certains spécialistes recommandent que les programmes qui envisagent de pratiquer la circoncision à titre de mesure de prévention du VIH comportent aussi d'autres mesures efficaces, telles que la promotion du préservatif, les changements de comportement et la prévention des IST (112).

Double protection : éviter la grossesse et le VIH/SIDA

Les préservatifs sont la seule méthode de contraception qui offre une double protection : contre la grossesse et contre la plupart des IST, VIH compris. L'emploi du préservatif en sus d'une autre méthode de planification familiale afin d'obtenir une protection supplémentaire offre aussi une double protection. La pratique de la continence sexuelle et le refus de la pénétration sont d'autres moyens permettant d'éviter les IST et la grossesse (138).

Ce que peuvent faire les programmes de planification familiale

S'ils préconisent une double protection, les programmes de planification familiale peuvent aider à empêcher les grossesses non souhaitées parmi les jeunes, tout en contribuant à maîtriser la diffusion du VIH/SIDA (21, 95). L'OMS a demandé instamment aux programmes de planification familiale d'intensifier leurs efforts de prévention du VIH/SIDA et autres IST (417). Les programmes peuvent souligner que, employés correctement, les préservatifs peuvent être efficaces contre le VIH et certaines IST ; ils peuvent aussi prendre des mesures pour assurer que des préservatifs de bonne qualité sont largement accessibles à un prix modique (291).

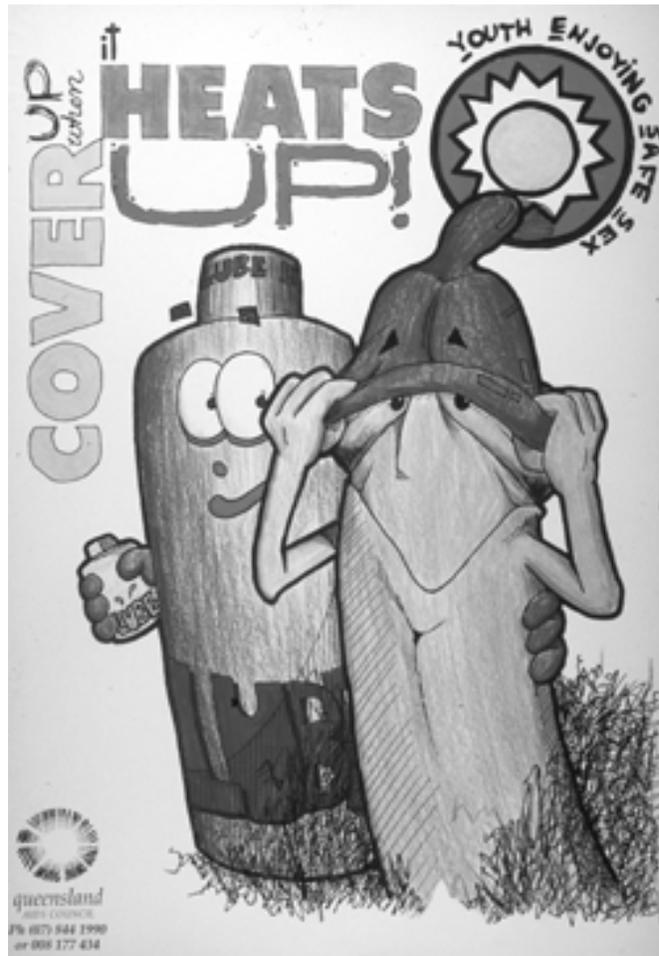
La meilleure méthode permettant aux programmes de planification familiale d'encourager l'emploi du préservatif par les jeunes consiste à promouvoir des attitudes positives à son égard au moment où commencent les activités sexuelles — avant que les jeunes ne prennent des habitudes à hauts risques. Les programmes peuvent aussi servir de traits d'union importants entre les tests de dépistage du VIH et les séances de consultation (74). Ces liens peuvent être essentiels parce que les sujets doivent savoir que ni eux ni leur partenaire ne sont infectés avant de cesser d'employer le préservatif et de commencer à se servir d'une méthode différente de contraception. L'emploi du préservatif est sans doute le plus constant au début des rapports, pour diminuer ensuite quand le partenaire est jugé « sûr » (197, 279).

Cependant, la stratégie qui consiste à employer des préservatifs pour protéger contre l'infection et à utiliser en même temps une autre méthode de contraception se heurte à des obstacles, notamment parmi les jeunes. Pour beaucoup, l'emploi d'une méthode — et, à plus forte raison, de deux — peut poser des difficultés. Beaucoup d'adolescents n'ont pas les moyens d'acheter deux méthodes ou ne peuvent pas se les procurer. En outre, le fait d'ajouter une deuxième méthode risque de gêner la pérennité de l'emploi de la première (47, 319).

Malgré ces obstacles, les jeunes sont de plus en plus nombreux à utiliser le préservatif (162). Des études faites dans le monde entier apportent la preuve de cette tendance. Dans le Tamil Nadu, en Inde, la proportion de jeunes hommes qui emploient le préservatif lors de rapports occasionnels est passée de 45 % en 1996 à près de 70 % en 1998 (162). Au Brésil, le pourcentage de jeunes hommes qui disent avoir employé un préservatif à l'occasion de leurs

premiers rapports est passé de 5 % seulement en 1986 à 50 % en 1999 (162). Par ailleurs, en Ouganda, l'emploi du préservatif est passé de 15 % en 1989 à 55 % en 1995 parmi les hommes âgés de 15 à 19 ans, et de 6 % à 39 % parmi les femmes de la même tranche d'âge (14). L'emploi du préservatif semble être plus facilement accepté par les jeunes hommes que par leurs aînés (162).

Les adolescents qui se servent du préservatif de façon plus uniforme sont ceux qui sont vraisemblablement suffisamment sûrs d'eux-mêmes pour insister sur son emploi auprès de leurs partenaires, pour en assumer personnellement la responsabilité, pour exercer un meilleur contrôle sur leurs penchants et pour commencer à recourir au préservatif dès leur jeune âge (66, 86, 197, 302). Parmi les autres attributs associés à l'emploi uniforme du préservatif figurent le fait d'en avoir parlé à ses parents, de s'associer avec des pairs qui encouragent son emploi, d'avoir le désir de poursuivre ses études, d'avoir des parents nantis, et d'adopter de façon générale un style de vie sain — par exemple, ne pas boire d'alcool ou ne pas se droguer (181, 191).



« Couvrez-le quand il a chaud » proclame cette affiche australienne qui encourage l'emploi du préservatif par les jeunes afin de les protéger contre des rapports sexuels dangereux. Les préservatifs offrent une double protection contre la grossesse et le VIH/SIDA.

Queensland AIDS Council

Evaluation de l'efficacité du préservatif

Un récent atelier d'experts a évalué l'efficacité des préservatifs masculins pour empêcher « la transmission du VIH chez les hommes et les femmes qui ont des rapports vaginaux ». Les chercheurs ont conclu que les préservatifs masculins s'étaient également révélés efficaces pour « réduire la gonorrhée chez les hommes » (262). Il est généralement accepté que, utilisé correctement en tout temps, les préservatifs empêchent la plupart des IST, dont le VIH (440). Ils offrent cependant une moindre protection contre l'herpès, le virus du papillome humain (VPH) et d'autres IST qui peuvent être transmises par contact entre les parties du corps que ne recouvre pas le préservatif (95).

Selon les estimations de spécialistes, l'efficacité du préservatif masculin pour la prévention de la grossesse, « dans le meilleur des cas », c'est-à-dire quand il est employé correctement et uniformément, se chiffre à 3 grossesses pour 100 femmes durant la première année d'emploi et à 14 grossesses avec un emploi ordinaire (117). Le préservatif féminin semble être légèrement moins efficace que le préservatif masculin pour éviter la grossesse (138). Cependant, on n'a pas entièrement évalué son efficacité contre le VIH et d'autres IST.

Microbicides ?

Si on disposait de microbicides, ils pourraient offrir une double protection (417). Les microbicides sont des produits chimiques qui, pour donner une double protection, doivent être administrés vaginalement avant les rapports sexuels afin de tuer le VIH et autres IST pathogènes tout en invalidant ou tuant les spermatozoïdes. Malheureusement, il n'existe aucun microbicide dont on puisse se servir aujourd'hui. Plus d'une cinquantaine sont en cours d'essai, mais on ne pense pas qu'aucun d'entre eux puisse être sur le marché d'ici cinq ans (293, 294).

La mise au point de microbicides est difficile. Par exemple, le produit ne doit pas irriter le revêtement vaginal. On pensait que le Nonoxynol-9, qui est un spermicide largement utilisé, pourrait être efficace contre le VIH. Or, des recherches récentes ont constaté que, quand le produit est employé par des professionnelles du sexe — qui s'en servent beaucoup plus fréquemment que la plupart des autres femmes — le nonoxynol-9 est associé à des lésions vaginales, ce qui augmente la probabilité de transmission du VIH (161). Même si un microbicide se révélait efficace et sans danger pour les adultes, il faudrait vérifier son innocuité, son efficacité et son acceptabilité dans le cas des adolescents.

[Connecter au chapitre 4.3](#)



I am 10 years old and I am the first
born. My mother died in 2000 and my father
died in 1999 as a result of Aids.



Les orphelins du SIDA : un nouveau défi

La pandémie du VIH/SIDA a fait augmenter de façon spectaculaire le nombre d'orphelins. L'ONUSIDA estime que, en 1999, date de l'estimation la plus récente, 13,2 millions d'enfants de moins de 15 ans avaient perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du SIDA (162).

Dans le monde, des calamités telles que la guerre, les famines et les maladies rendent orphelins environ 2 % de tous les enfants de moins de 15 ans (360). Or, dans les pays les plus durement frappés par le VIH/SIDA, de 8 % à 34 % de tous les enfants sont devenus orphelins à la suite du SIDA (118, 207). L'ONUSIDA estime que les enfants deviennent des orphelins du SIDA si leur mère ou leurs deux parents sont morts de cette maladie. Or, le pire n'est pas encore arrivé. Dans des modèles de l'épidémie, le nombre d'enfants rendus orphelins par le SIDA atteint un maximum 7 à 10 ans après les pointes de prévalence du SIDA (118), ou 20 à 30 ans après le début de l'épidémie (38).

Neuf orphelins du SIDA sur 10 vivent en Afrique sub-saharienne (118, 162). D'ores et déjà, il y a plus d'un million d'enfants dans chacun des quatre pays suivants — Ouganda, Nigeria, Ethiopie et Tanzanie — qui sont devenus orphelins à cause du SIDA. Selon l'ONUSIDA, dans 12 autres pays d'Afrique sub-saharienne, au moins 200.000 enfants sont orphelins du SIDA, depuis 230.000 au Burundi jusqu'à 900.000 au Zimbabwe (162).

Certains enfants, dont un grand nombre d'orphelins du SIDA, sont eux-mêmes séropositifs. La plupart ont contracté le virus de leur mère (voir encadré, [La transmission de VIH de la mère à l'enfant](#)). Des études ont constaté que l'espérance de vie de ces enfants varie énormément (211, 245, 275). Aux Etats-Unis, environ 20 % d'entre eux meurent avant quatre ans (376). Au Malawi, où il est beaucoup plus difficile de se faire soigner, 89 % meurent avant trois ans (349).

Comme les autres orphelins, les orphelins du SIDA ont de grandes difficultés, notamment quand un ménage perd son principal gagne-pain (69, 118). Certains d'entre eux ont été témoins de la longue agonie et de la mort de leurs parents ou d'autres membres de leur famille (99). Quand les parents deviennent séropositifs, on cesse d'ordinaire de s'occuper des enfants pour pouvoir soigner les adultes malades (135, 360). Souvent, ce sont des grands-mères, des tantes ou d'autres vieux parents qui assument la responsabilité des orphelins (162, 207, 340). Quand les autres membres de la famille ne peuvent pas aider, les orphelins peuvent être placés dans des

foyers, dans des établissements organisés par les églises, dans des orphelinats ou dans d'autres établissements.

Beaucoup d'enfants devenus orphelins à cause du SIDA cessent d'aller à l'école. Au Bénin, par exemple, 17 % seulement des enfants dont les parents sont morts vont à l'école, contre 50 % de ceux dont les deux parents sont encore en vie (361). Les aînés abandonnent souvent leurs études pour prendre soin de leurs cadets ; les filles travaillent à la maison tandis que les garçons cherchent un travail (9, 88, 118, 369). En outre, les enfants dont les parents sont morts du SIDA peuvent se voir interdire l'accès de l'école à cause du stigmatisme dont ils sont frappés (360).

Pour que la famille reste unie, il faut que les enfants puissent, légalement, demeurer au foyer après la mort de leurs parents (90). On peut alléger la charge que supportent les orphelins du SIDA si on protège leurs droits en matière d'héritage, de logement, de soins de santé et de scolarité. Il y a des orphelins du SIDA qui vivent sans être protégés par des adultes, mais il n'existe aucune estimation fiable de leur nombre (69, 88, 332). Quand aucun adulte ne s'occupe des enfants, ce sont les aînés qui assument d'ordinaire le rôle de parents des enfants plus jeunes (270). En Ethiopie, il y a des orphelins âgés d'à peine huit ans qui s'occupent de leurs cadets (69). Les enfants qui deviennent chefs de famille se heurtent à de multiples difficultés, dont l'opprobre, la pauvreté, la malnutrition, le manque de soins de santé et le manque de soutien social (69, 118, 330).

Beaucoup d'orphelins du SIDA se réfugient dans les rues pour échapper à leur perte, fuir des situations abusives ou oppressives, trouver du travail ou devenir indépendants (248, 369). Cependant, en abandonnant leur foyer, ils adoptent souvent une culture de la rue, qui signifie violence, exploitation, criminalité, toxicomanie, faim et maladie. Des conditions de vie précaires et des difficultés économiques font de ces enfants la cible de prédateurs sexuels ; ils deviennent l'objet de sévices sexuels et physiques et la proie de pornographes, fournissent une main d'œuvre bon marché et subissent d'autres formes d'exploitation (256, 358).

Réagir à la crise

Les pays et les communautés ont commencé à réagir et à aider les enfants que touche la crise du SIDA. Dans certains cas, les communautés ont réagi spontanément pour apporter une aide (118). Leurs réactions font appel à diverses stratégies (162) :

Trouver des possibilités d'emploi. En Ouganda, l'organisation appelée Women's Effort to Save Orphans (UWESO) organise des manifestations pour obtenir des fonds servant à aider les orphelins du SIDA (307, 400).

Encourager l'éducation. En Zambie, des écoles communautaires gratuites aident à répondre aux besoins des orphelins du SIDA. Ces écoles ne perçoivent aucun frais de scolarité et acceptent les enfants qui n'ont jamais été scolarisés ou dont la scolarisation a été interrompue

(360).

Offrir des services. A Chennai, en Inde, une ONG, la Community Health Education Society, fournit des logements et des services de santé aux orphelins du SIDA et à d'autres enfants touchés par la crise du SIDA (333).

Créer des partenariats. Au Botswana, le Programme national d'aide aux orphelins, créé en 1999, groupe le gouvernement, les communautés et des organisations privées pour aider à résoudre des problèmes tels que l'entretien des enfants, leur garde et leur soutien financier. Le programme cherche à mettre sur pied une politique nationale d'aide aux orphelins qui se fonde sur la Convention internationale sur les droits de l'enfant (360).

[Connecter au chapitre 4.6](#)

[Précédente](#) | [Suivante](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)



Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 [Security & Privacy Policy](#)



Table des matières

- [Résumé de la rédaction](#)
- [Créditos](#)

Chapters

1. [L'épidémie invisible](#)
2. [Comment les jeunes deviennent infectés](#)
3. [Pourquoi si vulnérable ?](#)
4. [Lutter contre l'épidémie](#)
5. [Etablir un contact](#)
6. [Conséquences de l'inaction](#)
7. [VIH/SIDA : Ce que les jeunes veulent savoir](#)
8. [Profils](#)
9. [La jeunesse au centre](#)

- [Figures](#)
- [Tableaux](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliographie](#)

Faits saillants

- [Pourquoi les jeunes femmes courent plus de risques](#)
- [La culture peut porter tort](#)

Bibliographie

Un astérisque (*) dénote une publication qui a été particulièrement utile pour préparer ce numéro de *Population Reports*

1. AARONS, S., JENKINS, R., RAINE, T., EL-KHORAZATY, N., WOODWARD, K., WILLIAMS, R., CLARK, M., and WINGROVE, B. Postponing sexual intercourse among urban junior high school students: A randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health* 27(4): 236-247. Oct. 2000.
2. ACT AFRICA and WORLD BANK. Exploring the implications of the HIV/AIDS epidemic for educational planning in selected African countries: The demographic question. The Futures Group, Mar. 2000. 67 p.
3. AFRICAN MEDICAL RESEARCH FOUNDATION. Female adolescent health and sexuality in Kenyan secondary schools: A research report. Nairobi, Kenya, 1994.
4. AGGLETON, P. and BERTOZZI, S. Report from a consultation on the socio-economic impact of HIV/AIDS on households. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Sep. 1995. 12 p.
5. AGHA, S. Consumer intentions to use the female condom after one year of mass-marketing (Lusaka, Zambia). Washington, D.C., Population Services International, 1999. (PSI Research Division, Working Paper No. 26) 16 p.
6. AIDS ANALYSIS AFRICA. Property-grabbing: Why Zambia needs stronger laws to protect widows' rights. Vol. 4 No. 4, Jul./Aug. 1994. p. 1, 7.
7. AINSWORTH, M. and OVER, M. Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic. World Bank Policy Research Report. Washington, D.C., Oxford University Press, Oct. 1997. 353 p.
8. AINSWORTH, M. and TEOKUL, W. Breaking the silence: Setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries. *Lancet* 356(9223): 55-60. Jul. 1, 2000.
9. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI). Into a new world: Young women's sexual and reproductive lives. New York, AGI, 1998. 56 p.
10. AMIRKHANIAN, Y., KELLY, J., KUKHARSKY, A., BORODKINA, O., GRANSKAYA, J., DYATLOV, R., MCAULIFFE, T., and KOZLOV, A. Predictors of HIV risk behavior among Russian men who have sex with men: An emerging epidemic. *AIDS* 15(3): 407-412. Feb. 16, 2001.
11. ANDERSON, R. The spread of HIV and sexual mixing patterns. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 71-86.
12. ANKRAH, E. AIDS and the social side of health. *Social Science and Medicine* 32(9): 967-980. 1991.
13. ASGHAR, R. Number of HIV positive street children reaches alarming proportions. AIDS INDIA PLANNING COMMITTEE listserv. Posted to the AIDS INDIA PLANNING COMMITTEE e-mail listserv May 10, 2000.
14. ASIIMWE-OKIROR, G., OPIO, A., MUSINGUZI, J., MADRAA, E., TEMBO, G., and CARAEL, M. Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS* 11(14): 1757-1763. Nov.

- Profil :
s'exprimer
publiquement
- L'éducation
devrait
commencer tôt
- Les condoms : la
double
protection
- Les orphelins:
un nouveau défi
- Que peuvent
faire les
parents ?
- Atteindre les
enfants des rues
- Tout centrer
autour des jeunes

Employez la plus grande collection mondiale de documents de prévention du VIH/SIDA...



Plus de 30.000 affiches, brochures, cassettes audio et vidéo, audiotapes, photographies, matériel pédagogique, articles de nouveauté et autres concernant la prévention du VIH/SIDA dans le monde

En outre vous pouvez demander *Quoi de neuf*, bulletin consacré à la

15, 1997.

15. ATHEY, J. HIV infection and homeless adolescents. *Child Welfare* 70(5): 517-528. Sep./Oct. 1991.

16. ATTARAN, A. and SACHS, J. Defining and refining international donor support for combating the AIDS pandemic. *Lancet* 357(9249): 57-61. Jan. 6, 2001.

17. BAILEY, R.C., NEEMA, S., and OTHIENO, R. Sexual behaviors and other HIV risk factors in circumcised and uncircumcised men in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 22(3): 294-301. Nov. 1, 1999.

18. BALDO, M. Sex education: Adolescents' future versus adults' fears. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 238-239.

19. BAUMEISTER, L., FLORES, E., and MARIN, B. Sex information given to Latina adolescents by parents. *Health Education Research* 10(2): 233-239. Jun. 1995.

20. BEN-ZUR, H., BREZNITZ, S., WARDI, N., and BERZON, Y. Denial of HIV/AIDS and preventive behaviour among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence* 23(2): 157-174. Apr. 2000. (Available: <http://www.idealibrary.com/links/doi/10.1006/jado.2000.0305/pdf>, Accessed Jul. 2, 2001)

21. BERER, M. Dual protection: Making sex safer for women. In: SUNDARI RAVINDRAN, T., BERER, M., and COTTINGHAM, J., eds. *Users' Perspectives on Contraception*. London, World Health Organization, 1997. p. 102-121.

22. BERMAN, S. and HEIN, K. Adolescents and STDs. In: HOLMES, K., SPARLING, P., MÅRDH, P., LEMON, S., STAMM, W., PIOT, P., and WASSERHEIT, J., eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. New York, McGraw Hill, 1999. p. 129-142.

23. BERNE, L. and HUBERMAN, B. European approaches to adolescent sexual behavior and responsibility. Washington, D.C., Advocates for Youth, 1999. 75 p. (Available: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/european/>, Accessed Sep. 10, 2001)

24. BEYRER, C., EIUMTRAKUL, S., CELENTANO, D., NELSON, K., RUCKPHAOPUNT, S., and KHAMBOONRUANG, C. Same-sex behavior, sexually transmitted diseases and HIV risks among young northern Thai men. *AIDS* 9(2): 171-176. Feb. 1995.

25. BHATT, P. (United States Agency for International Development) [Microfinance HIV programs for adolescents] Personal communication, Nov. 13, 2000.

26. BLACK, B. Award-winning mass media campaign hits home with Dominican youth. *AIDScaptions*, Vol. 4 No. 1., National Council for International Health, Jun. 1997. p. 10-13.

27. BLACK, B. and FARRINGTON, A. Promoting life for Indonesia's street children. *AIDSlink*, No. 45, 1997 May-Jun. p. 10-11.

28. BLAKE, S., LEDSKY, R., LEHMAN, T., GOODENOW, C., SAWYER, R., and HACK, T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: The benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *American Journal of Public Health* 91(6): 940-946. Jun. 2001.

29. BLUM, R., BEUHRING, T., and RINEHART, P. Protecting teens: Beyond race, income and family structure. St. Paul, University of Minnesota, 2000. 40 p.

30. BOGART, L. Is it sex? College students' interpretations of sexual behavior terminology. *Journal of Sex Research* 37(2): 108-116. May 2000.

31. BOND, K., CELENTANO, D., PHONSOPHAKUL, S., and

jeunesse et au SIDA qui présente de nouveaux matériels de communication en vous adressant à :

JHU/PIP
Media/Materials
Clearinghouse
111 Market Place, Suite
310
Baltimore, MD 21202 USA
Email: mmc@jhucpp.org

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para ordenar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXIX, numéro 3,
Automne 2001
Série L, Numéro 12
Problèmes mondiaux de santé

VADDHANAPHUTI, C. Mobility and migration: Female commercial sex work and the HIV epidemic in Northern Thailand. In: HERDT, G. *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives*. Oxford, Clarendon Press, 1997. p. 185-215.

32. BOYER, C. and KEGGLES, S. AIDS risk and prevention among adolescents. *Social Science and Medicine* 33(1): 11-23. 1991.

33. BOYER, C., SHAFER, M., SHAFFER, R., BRODINE, S., ITO, S., YNIGUEZ, D., BENAS, D., and SCHACHTER, J. Prevention of sexually transmitted diseases and HIV in young military men. *Sexually Transmitted Diseases* 28(6): 349-355. Jun. 2001.

34. BREZNITZ, S. The seven kinds of denial. In: *The Denial of Stress*. New York, International University Press, 1983. p. 257-280. 35. BROWN, T., SITTITRAI, W., OBREMSKY, S., SHAEFFER, S., THISYAKORN, U., MIELKE, J., CHAIYAPET, S., KENGGANRUA, K., and PELZ, B. The impact of HIV on children in Thailand. Bangkok, Thai Red Cross Society Program on AIDS, Feb. 1996. 55 p.

36. BUMPAS, K. Parent-child communication: Promoting healthy youth. [Fact Sheet]. Washington, D.C., Advocates for Youth, Feb. 1999. 3 p. (Available: http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/FSPA_RCHD.HTM, Accessed Jul. 17, 2001)

37. BURGOS, M. Street-based female adolescent Puerto Rican sex workers: Contextual issues and health needs. *Family and Community Health* 22(2): 59-71. Jul. 1999. (Available: http://www.findarticles.com/cf_0/m0FSP/2_22/55009741/p1/article.jhtml?term=Street-based+female+adolescent+puerto+rican+sex+workers, Accessed Feb. 2001)

38. CALDWELL, J. The impact of the African AIDS epidemic. *Health Transition Review* 7(Suppl. 2): 169-188. 1997.

39. CALDWELL, J. Reasons for limited sexual behavioral change in the sub-Saharan Africa AIDS epidemic, and possible future intervention strategies. In: CALDWELL, J., CALDWELL, P., ANARFI, J., AWUSABO-ASARE, K., NTOZI, J., ORUBULOYE, I., MARCK, J., COSFORD, W., COLOMBO, R., and HOLLINGS, E., eds. *Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV/AIDS Infection in Predominantly Heterosexual Epidemics in Third World Countries*. Canberra, Australia, Australian National University, 1999. p. 241-250.

40. CALDWELL, J. and CALDWELL, P. The African AIDS epidemic. *Scientific American*, Mar. 1996. p. 62-68.

41. CALDWELL, J., CALDWELL, P., CALDWELL, B., and PIERIS, I. The construction of adolescence in a changing world: Implications for sexuality, reproduction, and marriage. *Studies in Family Planning* 29(2): 137-153. Jun. 1998.

42. CAMERON, D., D'COSTA, L., MAITHA, G., CHEANG, M., PIOT, P., SIMONSEN, J., RONALD, A., GAKINYA, M., NDINYA-ACHOLA, J., BRUNHAM, R., and PLUMMER, F. Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: Risk factors for seroconversion in men. *Lancet* 2 (8660): 403-407. Aug. 1989.

43. CAMPBELL, C. Selling sex in the time of AIDS: The psycho-social context of condom use by sex workers on a Southern Africa mine. *Social Science and Medicine* 50(4): 479-494. Feb. 2000.

44. CARPENTER, L. The ambiguity of "having sex": The subjective experience of virginity loss in the United States. [Draft]. Presented at the Population Association of America Annual Meeting 2000, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. 32 p.

45. CARR, D. Youth in Sub-Saharan Africa: A chartbook on sexual experience and reproductive health. Washington, D.C., Population Reference Bureau, Apr. 2001. 44 p.
46. CATES, W., CHESNEY, M., and COHEN, M. Primary HIV infection. A public health opportunity. [Commentary]. American Journal of Public Health 87(12): 1928-1930. Dec. 1997.
47. CATES, W., STEINER, M., and RAYMOND, E. Dual vs. dual(ing) protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: What is that best contraceptive approach? Research Triangle Park, Family Health International, Sep. 19, 2000. 22 p.
48. CELENTANO, D. (Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health) [Sexual initiation with commercial sex workers among adolescent males in Thailand] Personal communication, Jul. 30, 2001.
49. CELENTANO, D., BOND, K., LYLES, C., EIUMTRAKUL, S., GO, V., BEYRER, C., NA CHIANGMAI, C., NELSON, K., KHAMBOONRUANG, C., and VADDHANAPHUTI, C. Preventive interventions to reduce sexually transmitted infections: A field trial in the Royal Thai Army. Archives of Internal Medicine 160(4): 535-540. Feb. 28, 2000. (Available: <http://archinte.ama-assn.org/issues/v160n4/rpdf/oi90112.pdf>, Accessed Aug. 6, 2001)
50. CHOI, K. and COATES, T. Prevention of HIV infection. AIDS 8(10): 1371-1389. Oct. 1994.
51. CLARK, S., JR. Male circumcision could help protect against HIV. Lancet 356(9225): 225. Jul. 15, 2000.
52. COHEN, M. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: No longer a hypothesis. Lancet 351(Suppl. 3): 5-7. Jun. 1998.
53. COLLINS, C. Dangerous inhibitions: How America is letting AIDS become an epidemic of the young. San Francisco, Center for AIDS Prevention Studies, Harvard AIDS Institute, Feb. 1997. 44 p. (Available: http://www.hsph.harvard.edu/hai/lead_initiatives/marketing_health/dangerous.html, Accessed Aug. 26, 2000)
54. COMMUNICATION INITIATIVE. Peer support HIV/AIDS-China. [Communication Initiative Programme Descriptions]. <http://www.cominit.com/pdsmay15/sld-1156.html> Communication Initiative, June 11, 2001.
55. COXON, A. Male homosexuality and HIV. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. New York, Oxford University Press, 1996. p. 252-258.
56. DALY, C. Prevention of trafficking and the care and support of trafficked persons. Kathmandu, Nepal and New Delhi, Asia Foundation and Population Council, Feb. 2001. 91 p.
57. DANZIGER, R. HIV testing and HIV prevention in Sweden. British Medical Journal 316: 293-295. Jan. 24, 1998. (Available: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7127/293>, Accessed Feb. 9, 2001)
58. DAS GRAÇAS RUA, M. and ABRAMOVAY, M. Evaluation of preventive actions against STDs/AIDS and drug abuse in elementary and high schools in Brazilian capitals. Geneva, United Nations, Jun. 2001. 118 p.
59. DE BELMONTE, L., GUITERREZ, E., MAGNANI, R., and LIPOVSEK, V. Barriers to adolescents' use of reproductive health services in three Bolivian cities. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Jan. 2000. 4 p.
60. DE MOYA, E. and GARCIA, R. AIDS and the enigma of bisexuality in the Dominican Republic. In: AGGLETON, P., ed. Bisexualities and AIDS:

- International Perspectives. Bristol, Pennsylvania, Taylor & Francis, 1996. p. 121-135.
61. DE YOUNG, K. Global AIDS strategy may prove elusive. *Washington Post*. (Washington, D.C.), Apr. 23, 2001. p. 1.
62. DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. HIV/ AIDS strategy. London, Stairway Communications, May 2001. 17 p.
63. DEVOE, C. From the mouths of babes...Children speak out about their rights and HIV/AIDS. <http://orphans.fxb.org/media/nkosi.html> Action For Orphans, Jan. 17, 2001.
64. DIAMOND, C. and BUSKIN, S. Continued risky behavior in HIV-infected youth. *American Journal of Public Health* 90(1): 115-118. Jan. 2000.
65. DICLEMENTE, R. Preventing HIV/AIDS among adolescents. Schools as agents of behavior change. [Editorial]. *Journal of the American Medical Association* 270(6): 760-762. Aug. 11, 1993.
66. DICLEMENTE, R., LODICO, M., GRINSTEAD, O., HARPER, G., RICKMAN, R., EVANS, P., and COATES, T. African-American adolescents residing in high-risk urban environments do use condoms: Correlates and predictors of condom use among adolescents in public housing developments. *Pediatrics* 98 (2): 269-278. Aug. 1996.
67. DONAHUE, J. Microfinance and HIV/AIDS. Washington, D.C., Displaced Children and Orphans Fund, Aug. 2000. 10 p.
68. DRENNAN, M. Reproductive health: New perspectives on men's participation. *Population Reports, Series J, No. 46*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1998. 36 p.
69. DU BOISROUVRAY, A., ATNAFOU, R., CHAKRABORTY, J., CHRISSTIE, M., GEBRU, M., MONK, N., PHIRI, S., SEGU, M., WOLDE-YOHANNES, S., and ZOMINGTHANGA, J. Orphan alert: International perspectives on children left behind by HIV/AIDS. Boston, Association François-Xavier Bagnoud, 2000. 28 p. (Available: <http://orphans.fxb.org/media/FXBDurban.pdf>, Accessed Jun. 11, 2001)
70. EARL, D. Re-examination of the paradigm of HIV risk reduction in adolescents. *Journal of the American Osteopathic Association* 95(12): 725-728. Dec. 1995.
71. EGGER, M., PAUW, J., LOPATATZIDIS, A., MEDRANO, D., PACCAUD, F., and SMITH, G. Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: A randomized controlled trial. *Lancet* 355(9221): 2101-2105. Jun. 17, 2000.
72. EL-GAWHARY, K. Breaking a social taboo: AIDS hotline in Cairo. *Middle East Report* 28(1): 1-5. Spring 1998. (Available: <http://www.merip.org/mer/mer206/mer206.htm>, Accessed Aug. 21, 2001)
73. ENG, T. and BUTLER, W., eds. *The hidden epidemic: Confronting sexually transmitted diseases*. Washington, D.C., National Academy Press, 1997. 392 p.
74. ENGLISH, A. Expanding access to HIV services for adolescents: Legal and ethical issues. In: DICLEMENTE, C., ed. *Adolescents and AIDS: A Generation in Jeopardy*. Newbury Park, California and London, Sage Publications, 1992. p. 262-283.
75. ENSMINGER, M. Adolescent sexual behavior as it relates to other transition behavior in youth. In: HOFFERTH, S. and HAYES, C. *Risking The Future*. Vol. 2. Washington, D.C., National Research Council, 1987. p. 36-55.
76. ESIM, S., VARIA, N., and DURÓN, G. Adolescent livelihoods: A selective review of issues and programs. Washington, D.C., International Center for Research on Women, Oct. 1999. 70 p.
77. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL AIDS CONTROL PREVENTION

- PROJECT (FHI-AIDSCAP). How to create an effective peer education project: Guidelines for AIDS prevention projects. Arlington, Virginia, FHI, 1996. 33 p.
78. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL AIDS CONTROL PREVENTION PROJECT (FHI-AIDSCAP), HARVARD UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH FRANÇOIS-XAVIER BAGNOUD CENTER FOR HEALTH AND HUMAN RIGHTS, and JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). The status and trends of the global HIV/AIDS pandemic. *AIDS Bulletin*, Vol. 5 No. 3, Medical Research Council, Dec. 1996. p. 18-19.
79. FARZADEGAN, H., HOOVER, D., ASTEMBORSKI, J., LYLES, C., MARGOLICK, J., MARKHAM, R., QUINN, T., and VLAHOV, D. Sex differences in HIV-1 viral load and progression to AIDS. *Lancet* 352(9139): 1510-1514. Nov. 7, 1998. (Available: [.thelancet.com](http://www.thelancet.com), Accessed Jan. 31, 2001)
80. FEE, N. and YOUSSEF, M. Young people, AIDS, and STIs: Peer approaches in developing countries. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 247-248.
81. FETHERS, K., MARKS, C., MINDEL, A., and ESTCOURT, C. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections* 76(5): 345-349. 2000.
82. FIELD, M., WEISS, E., and SMITH, S. Lessons learned: Programming for adolescent and young adults. Washington, D.C., United States Agency for International Development (USAID), Feb. 1998. 35 p.
83. FINGER, W. Condom use increases. *Network*, Vol. 18 No. 3, Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Spring 1998. (Available: <http://www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/v18-3/index.html>, Accessed Aug. 28, 2000)
84. FINGER, W. Female condom reuse examined. *Network*, Vol. 20 No. 2, Research Triangle Park, North Carolina. Family Health International, Winter 2000. p. 18-22. (Available: <http://www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/ntgroupn g.html>, Accessed May 2001)
85. FONGKAEW, W. and BOND, K. Promoting social action networks for youth health. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, 1999. 2 p. (Available: <http://www.pathfind.org/Project%20Highlights/lifenet5.html>, Accessed Jun. 12, 2001)
86. FORD, K. and NORRIS, A. Factors related to condom use with casual partners among urban African-American and Hispanic males. *AIDS Education and Prevention* 7(6): 494-503. Dec. 1995.
87. FOSTER, G. AIDS and the orphan crisis in Zimbabwe. *AIDS Analysis Africa*, Vol. 6 No. 3, Jun. 1996. p. 12-13.
88. FOSTER, G. Children rearing children: A study of child-headed households. Presented at the The Socio-Demographic Impact of AIDS in Africa, Durban, South Africa, Feb. 3-6, 1997. Mutare Provincial Hospital, Zimbabwe. 22 p.
89. FOSTER, G., MAKUFA, C., DREW, R., KAMBEU, S., and SAUROMBE, K. Supporting children in need through a community-based orphan visiting programme. *AIDS CARE*, Vol. 8 No. 4, Aug. 1996. p. 389-403.
90. FOSTER, G., MAKUFA, C., DREW, R., MASHUMBA, S., and KAMBEU, S. Perceptions of children and community members concerning the circumstances of orphans in rural Zimbabwe. *AIDS CARE* 9(4): 391-405. Aug. 1997.
91. FRANSMAN, D., MCCULLOCH, M., LAVIES, D., and HUSSEY, G. Doctors' attitudes to the care of children with HIV in South Africa. *AIDS Care* 12(1): 89-96. Feb. 2000.

92. FRIESEN, H., DANAYA, R., DOONAR, P., KEMIKI, A., LAGANI, W., MATAIO, G., RONGAP, T., and VINCE, J. Assessment of HIV/AIDS knowledge, attitudes and behaviour of high school students in Papua New Guinea. *Papua New Guinea Medical Journal* 39(3): 208-213. Sep. 1996.
93. FYLKESNES, K., MUSONDA, R., SICHONE, M., NDHLOVU, Z., TEMBO, F., MONZE, M., KAETANO, L., MALAMBA, C., PHIRI, S., and MWAKAMUI, C. Favourable changes in the HIV epidemic in Zambia in the 1990s. Presented at the 11th International Conference on AIDS and STDs in Africa, Lusaka, Zambia, Sep. 12-16, 1999.
94. GAGE, A. Sexual activity and contraceptive use: The components of the decision making process. *Studies in Family Planning* 29(2): 154-166. Jun. 1998.
95. GARDNER, R., BLACKBURN, R., and UPADHYAY, U. Closing the condom gap. *Population Reports, Series H, No. 9*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Apr. 1999. 36 p.
96. GAYLE, H. US AIDS cases. [American Medical Association Press Briefing]. Proceedings of the 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, Jul. 8, 2000.
97. GELLMAN, B. Death watch: The belated global response to AIDS in Africa. *Washington Post*. (Washington, D.C.), Jul. 5, 2000. p. A01.
98. GIFFIN, K. and LOWNDES, C. Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: A Brazilian study of clinical practice. *Social Science & Medicine* 48(3): 283-292. Feb. 1999.
99. GILBORN, L., NYONYINTONO, R., KABUMBULI, R., and JAGWE-WADDA, G. Making a difference for children affected by AIDS: Baseline findings from operations research in Uganda. New York, Population Council, Jun. 2001. 29 p.
100. GILMORE, N. Blood and blood product safety. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 287-301.
101. GRAY, R., KIWANUKA, N., QUINN, T., SEWANKAMBO, N., SERWADDA, D., MANGEN, F., LUTALO, T., NALUGODA, F., KELLY, R., MEEHAN, M., CHEN, M., LI, C., and WAWER, M. Male circumcision and HIV acquisition and transmission: Cohort studies in Rakai, Uganda. *AIDS* 14(15): 2371-2381. Oct. 20, 2000. (Available: <http://www.aidsonline.com/>, Accessed Sep. 27, 2001)
102. GRAY, R., WAWER, M., BROOKMEYER, R., SEWANKAMBO, N., SERWADDA, D., WABWIRE-MANGEN, F., LUTALO, T., LI, X., VANCOTT, T., QUINN, T., and TEAM, R.P. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 357(9263): 1149-1153. Apr. 14, 2001.
103. GREEN, C. Young men: The forgotten factor in reproductive health. [Draft]. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Jul. 16, 1997. (Occasional Paper No. 1) 39 p.
104. GREENBERG, J. and NEUMANN, M. What we have learned from the AIDS evaluation of street outreach projects: A summary document. Atlanta, Georgia, U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 1998. 120 p.
105. GROSSKURTH, H., GRAY, R., HAYES, R., MABEY, D., and WAWER, M. Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: Understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. *Lancet* 355(9219): 1981-1987. Jun. 3,

2000. (Available: http://www.thelancet.com/newlancet/sub/issues/vol355no9219/menu_NOD999.html, Accessed Aug. 28, 2000)
106. GROSSKURTH, H., MOSHA, F., TODD, J., MWIJARUBI, E., KLOKKE, A., SENKORO, K., MAYAUD, P., CHANGALUCHA, J., NICOLL, A., and KAGINA, G. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: Randomized control trial. *Lancet* 346(8974): 530-536. Aug. 1995.
107. GRUNSEIT, A. Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: A review update. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997. 63 p.
108. GRUNSEIT, A., KIPPAX, S., AGGLETON, P., BALDO, M., and SLUTKIN, G. Sexuality education and young people's sexual behavior: A review of studies. *Journal of Adolescent Research* 12(4): 421-453. Oct. 1997.
109. GUIJARRO, S., NARANJO, J., PADILLA, M., GUITÉREZ, R., LAMMERS, C., and BLUM, R. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: Study of a group of adolescents and their families in Ecuador. *Journal of Adolescent Health* 25(2): 166-172. Aug. 1999.
110. HALPERIN, D. Heterosexual anal intercourse: Prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks, Part I. *AIDS Patient Care and STDs* 13 (12): 717-730. Nov. 12, 1999.
111. HALPERIN, D. and ALLEN, A. Is poverty the root cause of AIDS? *AIDS Analysis Africa* 11(4): 1, 3, 15. Dec. 2001/Jan. 2001.
112. HALPERIN, D. and BAILEY, R. Male circumcision and HIV infection: 10 years and counting. *Lancet* 354(9192): 1813-1815. Nov. 1999. (Available: <http://www.sciencedirect.com/science>, Accessed Jun. 27, 2001)
113. HAMAND, J. Advocacy guide for HIV/AIDS. London, International Planned Parenthood Federation, Jun. 2001. 27 p.
114. HARRIS, J. Social marketing of reproductive health services to youth. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, 1999. 2 p. (Available: <http://www.pathfind.org/Project%20Highlights/Tsa%20bana%20na.htm>, Accessed Jun. 12, 2001)
115. HART, R. Children's participation: From tokenism to citizenship. Innocenti essays. New York, United Nations Children's Fund (UNICEF), 1992. 44 p.
116. HARVARD AIDS INSTITUTE. Young gay men at risk. *Harvard AIDS Review*, Boston. Harvard AIDS Institute, Fall 1998. (Emerging HIV Epidemics) (Available: http://www.aids.harvard.edu/publications/har/fall_1998/index.html, Accessed Feb. 2001)
117. HATCHER, R., RINEHART, W., BLACKBURN, R., GELLER, J., and SHELTON, J. The essentials of contraceptive technology: A handbook for clinic staff. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1997. 340 p.
118. HEALTH TECHNICAL SERVICES PROJECT (HTS). Children on the brink: Strategies to support children isolated by HIV/AIDS. Arlington, Virginia, HTS, United States Agency for International Development (USAID), Jul. 13, 2000. (HIV/AIDS Series) 56 p.
119. HEISE, L., ELLSBERG, M., and GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. Population Reports, Series L, No. 11. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1999. 43 p.
120. HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION. National survey of African Americans on HIV/AIDS. Washington, D.C., Henry J. Kaiser Family Foundation,

- Mar. 1998. 23p. (Available: http://hivinsite.ucsf.edu/social/kaiser_family_found/2098.3936.html, Accessed Jan. 19, 2001)
121. HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION. HIV testing. [Fact Sheet]. Washington, D.C., Henry J. Kaiser Family Foundation, Jun. 1999. 2 p.
122. HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION and SEVENTEEN MAGAZINE. Safer sex, condoms and "the Pill". Henry J. Kaiser Family Foundation, Nov. 2000. (SexSmarts) 4 p. (Available: <http://www.kff.org/content/2000/20001127a/SafeSexSummary.pdf>, Accessed Feb. 2001)
123. HERLIHY, D. The Black Death and the transformation of the West. In: COHN, J.S., ed. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1997. 117 p.
124. HINRICHSEN, D. and ROBEY, B. Population and the environment: The global challenge. Population Reports, Series M, No. 15. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Fall 2001. 31 p. (Available: <http://www.jhuccp.org/pr/m15edsum.stm#contents>)
125. HIRSCH, J., ALBALAK, R., and NYHUS, C. 'Because he misses his normal life back home': Masculinity, sexuality and AIDS risk behavior in a Mexican migrant community. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. Rollins School of Public Health, Emory University. 12 p.
126. HITCHCOCK, P. and FRANSEN, L. Preventing HIV infection: Lessons from Mwanza and Rakai. *Lancet* 352(9152): 513-515. Nov. 8, 1999.
127. HOFFMAN, N. and FUTTERMAN, D. Youth and HIV/AIDS. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. New York, Oxford University Press, 1996. p. 237-251.
128. HORAN, P., PHILLIPS, J., and HAGAN, N. The meaning of abstinence for college students. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children* 2(2): 51-66. 1998.
129. HORIZONS PROJECT. Peer education and HIV/AIDS: Past experience, future directions. Washington, D.C., Population Council, May 2000. 53 p.
130. HORIZONS PROJECT. HIV voluntary counseling and testing among youth ages 14 to 21: Results from an exploratory study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda. [Draft]. Washington, DC, Population Council, 2001. 35 p.
131. HORROX, R., ed. The Black Death. Manchester Medieval Sources, Manchester, United Kingdom, Manchester University Press, 1994. 364 p.
132. HUBA, G. A model for adolescent-targeted HIV/AIDS services. *Journal of Adolescent Health* 23(Suppl. 1, 2): 11-27. Aug. 1998.
133. HUGHES, J. and MCCAULEY, A. Improving the fit: Adolescents' needs and future programs for sexual and reproductive health in developing countries. *Studies In Family Planning* 29(2): 233-245. Jun. 1998.
134. HULTON, L., CULLEN, R., and KHALOKHO, S. Perceptions of the risks of sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents. *Studies in Family Planning* 31(1): 35-46. Mar. 2000.
135. HUNTER, S. and WILLIAMSON, J. Responding to the needs of children orphaned by HIV/AIDS. Washington, D.C., United States Agency for International Development, Jun. 1998. (Discussion Papers on HIV/AIDS Care and Support No. 7) 30 p.
136. INTERNATIONAL COUNCIL OF AIDS SERVICE ORGANIZATIONS (ICASO). HIV/AIDS and human rights: Stories from the frontline. Toronto, Canada, ICASO, Jun. 1999. 25 p.
137. INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO). Child labour: Targeting the

- intolérable. Part 1. Geneva, ILO, 1998. (No. 4) 125 p.
138. INTERNATIONAL MEDICAL ADVISORY PANEL. Statement on dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. London, International Planned Parenthood Federation, May 2000. 3 p.
139. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). Annual report 1995-1996. London, IPPF, 1996. 34 p.
140. IVERSEN, A. Genital shedding in women. *AIDS Patient Care* 13(12): 695-701. Dec. 1999.
141. IVERSEN, A., FUGGER, L., EUGEN-OLSEN, J., BALSLEV, U., JENSEN, T., WAHL, S., GERSTOFT, J., MULLINS, J., and SKINHØJ, P. Cervical human immunodeficiency virus type 1 shedding is associated with genital β -chemokine secretion. *The Journal of Infectious Diseases* 178(5): 1334-1342. Nov. 1998.
142. JACCARD, J., DITTUS, P., and GORDON, V. Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives* 28(4): 159-165, 185. Jul./Aug. 1996.
143. JAPETH, G. Soul City programs for young people. Presented at the Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health Visiting Lecturer Series, Feb. 28, 2001. Soul City.
144. JEMMOTT, J., JEMMOTT, L., and FONG, G. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 279(19): 1529-1536. May 20, 1998.
145. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS (JHU/CCP). Reaching young people worldwide: Lessons learned from communication projects, 1986-1995. [Working Paper No. 2]. Baltimore, JHU/CCP, Oct. 1995. 80 p.
146. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS (JHU/CCP). Femi Kuti's New York concert to usher in UN special session on HIV/AIDS. [Press Release]. Baltimore, JHU/CCP, Jun. 6, 2001. 1 p. (Available: <http://www.jhuccp.org/news/060501b.stm>)
147. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Prisons and AIDS: UNAIDS point of view. Geneva, UNAIDS, Apr. 1997. (UNAIDS Best Practice Collection) 8 p. (Available: <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/prisons/prispue.pdf>, Accessed Aug. 20, 2000)
148. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS and the military. [UNAIDS Best Practice Collection]. Geneva, UNAIDS, May 1998. 8 p.
149. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Connecting lower HIV infection rates with changes in sexual behaviour in Thailand: Data collection and comparison. Geneva, UNAIDS, Jun. 1998. 16 p. (Available: <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/country/thailand/thailand.html>, Accessed Aug. 2000)
150. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). A measure of success in Uganda: The value of monitoring both HIV prevalence and sexual behaviour. [Case Study]. Geneva, UNAIDS, May 1998. 13 p. (Available: <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/country/uganda/uganda.html>, Accessed Aug. 2000)
151. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Relationships of HIV and STD declines in Thailand to behavioural change: A

- synthesis of existing studies. Geneva, UNAIDS, 1998. 59 p. (Available: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/determinants/una98e2.pdf>, Accessed Jun. 25, 2001)
152. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Force for change: World AIDS Campaign with Young People. Geneva, UNAIDS, Poster. 1998.
153. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Listen, Learn, Live! World AIDS campaign with children and young people. Facts and figures. Geneva, UNAIDS, Feb. 1999. (1999 World AIDS Campaign) 4 p. (Available: <http://www.unaids.org/wac/1999/eng/facts-e.pdf>, Accessed Jun. 26, 2001)
154. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Young people and HIV/AIDS: UNAIDS briefing paper. Geneva, UNAIDS, Feb. 1999. 12 p.
155. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Sex and youth: Contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. Geneva, UNAIDS, May 1999. 145 p.
156. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Summary booklet of best practices. Geneva, UNAIDS, Jun. 1999. (Issue No. 1) 221 p.
157. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS and men who have sex with men. Geneva, UNAIDS, May 2000. 8 p. (Available: <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/men/mentue2000.pdf>, Accessed Aug. 2000)
158. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS and young people. Geneva, UNAIDS, Apr. 2000. 12 p.
159. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). International superstar Ricky Martin to host MTV's global premier of "Staying Alive 2" on December 1st 2000-World AIDS day. [Press Release]. Geneva, UNAIDS, Oct. 26, 2000. 2 p. (Available: www.unaids.org/wac/2000/StayingAlive.html)
160. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Men and AIDS: A gendered approach. Geneva, UNAIDS, Mar. 2000. (2000 World AIDS Campaign) 24 p. (Available: <http://www.unaids.org/wac/2000/WACmenE.pdf>, Accessed Jun. 29, 2001)
161. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Nonoxynol-9 not effective for microbicides, trial shows. Geneva, UNAIDS, Jun. 2000. 1 p. (Available: <http://www.unaids.org/whatsnew/press/eng/geneva30600.html>, Accessed Jul. 2000)
162. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS, Jun. 2000. 135 p. (Available: http://www.unaids.org/epidemic_update/report/index.html, Accessed Jul. 2000)
163. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Calculating the cost of an effective global campaign against HIV/AIDS. New York, United Nations Department of Public Information and UNAIDS, Jun. 2001. 2 p.
164. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2 August 2001. Proceedings of the United Nations Special Session on HIV/AIDS: Global Crisis-Global Action, New York, Jun. 25-27, 2001. 16 p. (Available: <http://www.unaids.org/whatsnew/others/>)

- un_special/declaration020801_en.htm, Accessed Sep. 19, 2001)
165. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Fact sheets: United Nations special session on HIV/AIDS: Global crisis-Global action. New York, United Nations Department of Public Information and UNAIDS, Jun. 2001. 41 p.
166. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). The global strategy framework on HIV/AIDS. Geneva, UNAIDS, Jun. 2001. 22 p. (Available: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC637-GlobalFramew-E.pdf>, Accessed Sep. 19, 2001)
167. OFFICE OF THE SPOKESMAN FOR THE SECRETARY-GENERAL. United Nations (UN). Global AIDS and health fund. UN, Oct. 26, 2001.
168. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Children orphaned by AIDS: Frontline responses from Eastern and Southern Africa. New York, UNAIDS, UNICEF, Dec. 1999. 36 p.
169. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). AIDS epidemic update: December 1998. Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 1998. 18 p.
170. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS, WHO, Jun. 1998. 75 p.
171. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). AIDS epidemic update: December 1999. Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 1999. 24 p.
172. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). AIDS epidemic update: December 2000. Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 2000. 23 p.
173. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Consultation on STD interventions for preventing HIV: What is the evidence? Geneva, UNAIDS and WHO, 2000. (UNAIDS Best Practice Collection) 54 p. (Available: http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/ConsultSTD_E.pdf, Accessed Oct. 4, 2001)
174. JUMA, M., OBWAKA, E., and CHEPNGENO, G. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS in Bungoma District, Kenya: Results of focus group discussions and in-depth interviews with adolescents, teachers, circumcisers and community leaders. Baltimore, Johns Hopkins University Population Communication Services, May 1999. 32 p.
175. KALIBALA, S. Male circumcision: Social-behavioral perspectives. Presented at the Male Circumcision and HIV Prevention: Directions for Future Research, Washington, D.C., Feb. 7-8, 2000. Population Council, Horizons Project. 14 slides.
176. KANCHANACHITRA, C. Reducing girls' vulnerability to HIV/AIDS: The Thai approach. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Jun. 1999. (UNAIDS Best Practice Collection) 51 p.
177. KEKOVOLE, J., KIRAGU, K., MURULI, L., and JOSIAH, P. Reproductive health communication in Kenya: Results of a national information, communication, and education situation survey. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Jun. 1997. (Field Report No. 9) 72 p.
178. KELLY, R., KIWANUKA, N., WAWER, M., SERWADDA, D., SEWANKAMBO, N., WABWIRE-MANGEN, F., LI, C., KONDE-LULE, J., LUTALO, T., MAKUMBI, F., and GRAY, R. Age of male circumcision and risk of

- prevalent HIV infection in rural Uganda. *AIDS* 13(3): 399-405. Feb. 25, 1999.
179. KERRIGAN, D. Peer education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Dec. 1999. 39 p.
180. KEY CORRESPONDENT. Prevention works so why are infection rates still rising? Presented at the 13th International Conference on AIDS, Durban, South Africa, 2 p. (On-line news article)(Available: <http://www.aids2000.org>, Accessed Jul. 2000)
181. KILIAN, A., GREGSON, S., NDYANABANGI, B., WALUSAGA, K., KIPP, W., SAHLMÜLLER, G., KABAGAMBE, G., WEIS, P., and VON SONNENBURG, F. Reductions in risk behaviour provide the most consistent explanation for declining HIV-1 prevalence in Uganda. *AIDS* 13(3): 391-398. Feb. 1999.
182. KIM, Y., KOLS, A., NYAKAURU, R., MARANGWANDA, C., and CHIBATAMO, P. Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives* 27(1): 11-19. Mar. 2001.
183. KIM, Y., MARANGWANDA, C., and KOLS, A. Quality of counselling of young clients in Zimbabwe. *East African Medical Journal* 74(8): 4-5. Aug. 1997.
184. KING, R. Sexual behaviour change for HIV: Where have theories taken us? Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Jun. 1999. 55 p.
185. KIPKE, M., FUTTERMAN, D., and HEIN, K. HIV infection and AIDS during adolescence. *Adolescent Medicine* 74(5): 1149-1167. Sep. 1990.
186. KIRAGU, K. The correlates of sexual and contraceptive behavior among in-school adolescents in Kenya. Doctoral Dissertation, Population Dynamics, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, May 1991. 449 p.
187. KIRAGU, K. and ROBERTS, R. Young men too. Presented at the Africa Regional Conference on Men's Participation in Family Planning, Harare, Zimbabwe, Dec. 2-6, 1996.
188. KIRAGU, K., VAN HULZEN-SIENCHE, C., OBWAKA, E., and ODALLO, D. Adolescent reproductive health needs in Kenya: A communication response. Evaluation of the Kenya youth initiatives project. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Communication Services, Mar. 1998. 56 p.
189. KIRAGU, K. and ZABIN, L. The correlates of premarital sexual activity among school-age adolescents in Kenya. *International Family Planning Perspectives* 19(3): 92-109. Sep. 1993.
190. KIRBY, D. Reducing adolescent pregnancy: Approaches that work. *Contemporary Pediatrics* 16(1): 83-94. Jan. 1999.
191. KIRBY, D. Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, May 2001. 187 p.
192. KIRBY, D. (ETR Associates) [Parent-child communication] Personal communication, Aug. 2001.
193. KIRBY, D., SHORT, L., COLLINS, J., RUGG, D., KOLBE, L., HOWARD, M., MILLER, B., SONENSTEIN, F., and ZABIN, L. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of their effectiveness. *Public Health Reports* 109(3): 339-360. May/Jun. 1994.
194. KLINDERA, K. and MENDERWELD, J. Youth involvement in prevention programming. Washington, D.C., Advocates for Youth, Jun. 2000. 2 p.
195. KOENIG, E. AIDS in paradise. [Editorial]. *Journal of the American Medical*

- Association 282(23): 2195-2196. Dec. 1999. (Available: <http://jama.ama-assn.org/issues/v282n23/ffull/jpo80336-1.html>, Accessed Aug. 27, 2000)
196. KOONTZ, S. and CONLY, S. Youth at risk: Meeting the sexual health needs of adolescents. Washington, D.C., Population Action International, Apr. 1994. 14 p.
197. KU, L., SONENSTEIN, F.L., and PLECK, J.H. When we use condoms and why we stop. *Population Today* 23(3): 3. Mar. 1995.
198. KULKARNI, V., KULKARNI, S., SAHASRABUDHE, N., and MARATHE, M. Networks, language and sexual behaviours of men who have sex with men in an urban setting. Pune, India, PRAYAS, 2000. 58 p.
199. KWESIGABO, G., KILLEWO, J., MAKWAYA, C., EMMELIN, M., GODOY, C., URASSA, W., MBENA, E., MHALU, F., BIBERFELD, G., WALL, S., and SANDSTROMM, A. Decline in the prevalence and incidence of HIV-1 infection in Bukoba, urban Tanzania: A result of behavioral change? Proceedings of the 11th International Conference on AIDS and STDs in Africa, Lusaka, Zambia, Sep. 12-16, 1999.
200. LAMMERS, S., IRELAND, M., RESNICK, M., and BLUM, R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent Health* 26(1): 42-48. Jan. 2000.
201. LANDE, R. Controlling sexually transmitted diseases. Population Reports, Series L, No. 9. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jun. 1993. 31 p.
202. LARSON, H. and NARAIN, J. Beyond 2000: Responding to HIV/AIDS in the new millenium. New Dehli, India, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2001. 65 p.
203. LAURENCE, J. Women and AIDS. [Editorial]. *AIDS Patient Care and STDs* 13(2): 77-79. Feb. 1999.
204. LAWN, S., SUBBARAO, S., WRIGHT, T., EVANS-STRICKFADEN, T., ELLERBROCK, T., LENNOX, J., BUTERA, S., and HART, C. Correlation between human immunodeficiency virus type 1 RNA levels in the female genital tract and immune activation associates with ulceration of the cervix. *Journal of Infectious Diseases* 181(6): 1950-1956. Jun. 2000.
205. LESHABARI, M. and KAAYA, S. Bridging the information gap: Sexual maturity and reproductive health problems among youth in Tanzania. 7(Suppl. 3): 29-44. *Health Transition Review*, 1997.
206. LEVI STRAUSS & CO. Levi's jeans and LIFEBeat present music with a message: World AIDS day 2000. www.businesswire.com/webbox/bw.112700/203320432.html Business Wire, Nov. 27, 2000.
207. LEVINE, C., MICHAELS, D., and BACK, S. Orphans of the HIV/AIDS epidemic. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 278-286.
208. LEVINE, W., POPE, V., BHOOMKAR, A., TAMBE, P., LEWIS, J., ZAIDI, A., FARSHY, C., MITCHELL, S., and TALKINGTON, D. Increase in endocervical CD4 lymphocytes among women with nonulcerative sexually transmitted diseases. *Journal of Infectious Diseases* 177(1): 167-174. Jan. 1998.
209. LEVY, S., WEEKS, K., HANDLER, A., PER HATS, C., FRANCK, J., HEDEKER, D., ZHU, C., and FLAY, B. A longitudinal comparison of the AIDS-related attitudes and knowledge of parents and their children. *Family Planning Perspectives* 27(1): 4-10, 17. Jan./Feb. 1995.

210. LEWICKY, N., KIRAGU, K., and YOUNG, S. Delivery of improved services for Health Project Uganda: Evaluation of the safer sex or AIDS communication campaign. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, May 1998. 51 p.
211. LINDEGREN, M., BYERS, R., THOMAS, P., DAVIS, S., CALDWELL, B., ROGERS, M., GWINN, M., WARD, J., and FLEMING, P. Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States. *Journal of the American Medical Association* 282(6): 531-538. Aug. 11, 1999.
212. LISKIN, L. (Development Alternatives Inc.) [Impact of HIV/AIDS on education] Personal communication, Sep. 19, 2001.
213. LISKIN, L., BLACKBURN, R., and MAIER, J. AIDS: A public health crisis. *Population Reports, Series L, No. 6*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul./Aug. 1986. 35 p.
214. LOXLEY, W. 'Sluts' or 'sleazy little animals'?: Young people's difficulties with carrying and using condoms. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 6 (4): 293-298. Oct. 1996.
215. LUNIN, I., HALL, T., MANDEL, J., KAY, J., and HEARST, N. Adolescent sexuality in Saint Petersburg, Russia. *AIDS* 9(Suppl. 1): S53-S60. Jul. 1995.
216. MACDONALD, G., O'BRIEN, R., PITTMAN, K., and KIMBALL, M. Adolescents and HIV disease: Defining the problem and its prevention. Washington, D.C., Academy for Educational Development, Feb. 1994. 56 p.
217. MACPHAIL, C. and CAMPBELL, C. 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': Condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Social Science and Medicine* 52(11): 1613-1627. Jun. 2001.
218. MAGNANI, R., KARIM, K., WEISS, L., BOND, K., LEMBA, M., and MORGAN, G. Reproductive health risk and protective behavior among youth in Lusaka, Zambia. [Project Summary]. Washington, D.C., Focus on Young Adults, Aug. 2000. 2 p. (Available: <http://www.pathfind.org/project%20highlights/>)
219. MALHOTRA, A., MATHUR, S., MEHTA, M., MOKTAN, P., and BHADRA, R. Adolescent reproductive health and sexuality in Nepal: Combining quantitative and participatory methodologies. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. 24 p.
220. MAMAN, S., CAMPBELL, J., SWEAT, M., and GIELEN, A. The intersections of HIV and violence: Directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine* 50(4): 459-478. Feb. 2000.
221. MANDEVU, R. Women and HIV. Botswana: Special report: Where young girls are 'easy prey.' *AIDS Analysis Africa*, Vol. 5 No. 4, Aug. 1995. p. 12-13.
222. MANE, P. and MCCAULEY, A. Impact of STIs including AIDS on adolescents: A global perspective. Presented at the World Health Organization (WHO) Conference on Adolescent Reproductive Health, Mumbai, India, Nov. 1-4, 2000. 24 p.
223. MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. 616 p.
224. MARUMO, M. and WARREN, M. Lovers Plus, South African style: How adolescents teach each other about AIDS. Presented at the Second Annual Conference on Social Marketing: Advancing Empirical Work in Social Marketing, Fairfax, Virginia, May 15-17, 1996. 4 p.
225. MASWANYA, E., MOJI, K., HORIGUCHI, I., NAGATA, K., AOYAGI, K., HONDA, S., and TAKEMOTO, T. Knowledge, risk perception of AIDS and

- reported sexual behaviour among students in secondary schools and colleges in Tanzania. *Health Education Research* 14(2): 185-196. Apr. 1999.
226. MATIATION, S. HIV/AIDS and aboriginal people. Problems of jurisdiction and funding. Montréal, Québec, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 1999. 49 p. (Available: <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/aboriginals/finalreports/juriabo/e-funding.pdf>, Accessed Jun. 29, 2001)
227. MAYAUD, P., HAWKES, S., and MABEY, D. Advances in control of sexually transmitted diseases in developing countries. *Lancet* 351(Suppl. 3): 29-32. 1998.
228. MBACHU, D. and FARAH, D. At Nigeria Summit, Annan proposes AIDS 'War Chest'. *Washington Post*. (Washington, D.C.), Apr. 27, 2001. p. A14.
229. MCCABE, E., GOLUB, S., and LEE, A. Making the female condom a "reality" for adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 10(3): 115-223. Aug. 1997.
230. MCCAULEY, A. (Horizons Project, Population Council) [Applying Kirby principles to other countries] Personal communication, Jun. 19, 2001.
231. MCCAULEY, A. (Horizons Project, Population Council) [Strategies for youth involvement] Personal communication, Aug. 6, 2001.
232. MCCAULEY, A. and SALTER, C. Meeting the needs of young adults. *Population Reports, Series J, No. 41*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1995. 44 p.
233. MCKEE, N., MANONCOURT, E., YOON, C., and CARNEGIE, R., eds. *Involving people, evolving behavior*. New York, United Nations Children's Fund, 2000. 250 p.
234. MEDIA PROJECT. SHINE Awards: Sexual Health in Entertainment. [Announcement]. <http://www.themediaproject.com/shine01.htm> Media Project, 1997.
235. MEEHAN, T. The impact of parental consent on the HIV testing of minors. *American Journal of Public Health* 87(8): 1338-1341. Aug. 1997.
236. MEEKERS, D. The effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent reproductive health: The case of Soweto, South Africa. Washington D. C., Population Services International 1998. (Working Paper No. 16) 35 p.
237. MEEKERS, D., AHMED, G., and MOLATLHEGI, M. Understanding constraints to adolescent condom procurement: The case of urban Botswana. *AIDS Care* 13(3): 297-302. Jun. 2001.
238. MEEKERS, D. and CALVÈS, A. 'Main' girlfriends, girlfriends, marriage, and money: The social context of HIV risk behavior in sub-Saharan Africa. Washington, D.C., Population Services International, 1997. (Working Paper No. 5) 23 p.
239. MEEKERS, D., HOLSCHEER, M., and MUNTEANU, A. Sexual and reproductive health behavior among Romanian adolescents: An exploratory narrative research analysis. Washington, D.C., Population Services International, 1997. (Working Paper No. 11) 25 p.
240. MENTING, A. The village and the children. *Harvard AIDS Review*, Boston. Harvard AIDS Institute, Spring/Summer 2000. p. 15-18. (Children and AIDS) (Available: www.aids.harvard.edu/publications/har/spring-2000/spring00-5.html, Accessed Oct. 9, 2001)
241. MERCER, R., RAMOS, S., SZULIK, D., and ZAMBERLIN, N. The need for youth-oriented policies and programmes on responsible sexuality in Argentina. *Reproductive Health Matters* 9(17): 184-191. May 2001.
242. MILLER, K., LEVIN, M., WHITAKER, D., and XU, X. Patterns of condom

- use among adolescents: The impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health* 88(10): 1542-1544. Oct. 1998.
243. MINISTRY OF HEALTH OF BRASIL. AIDS: The Brazilian experience. Brasília, Brazil, Ministry of Health of Brazil, 2001. 30 p.
244. MODESTE, N., MARSHAK, H., and GREEN, I. AIDS concerns among adolescents attending Seventh-day Adventist high schools in Trinidad and Tobago. *International Quarterly of Community Health Education* 17(4): 375-387. 1997-1998.
245. MOFENSON, L. and MCINTYRE, J. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. *Lancet* 355(9222): 2237-2244. Jun. 24, 2000.
246. MOLEFE, J. Harnessing the power of media for health and development. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, 1999. 2 p.
247. MONITORING THE AIDS PANDEMIC (MAP) NETWORK. The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific. Melbourne, Australia, MAP, Oct. 4, 2001. 33 p. (Provisional Report)(Available: <http://www.aids.org/hivaidsinfo/statistics/map/MAP2001.doc>, Accessed Oct. 10, 2001)
248. MONK, N. (Association Francois Xavier Bagnoud) [AIDS orphans in sub-saharan Africa and India] Personal communication, Dec. 4, 2000.
249. MOORE, K., DRISCOLL, A., and OOMS, T. Not just for girls. The roles of boys and men in teen pregnancy prevention. Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, Nov. 1997. 35 p.
250. MOSCICKI, A., MA, Y., HOLLAND, C., and VERMUND, S. Cervical ectopy in adolescent girls with and without human immunodeficiency virus infection. *Journal of Infectious Diseases* 183(6): 865-870. Mar. 2001.
251. MOSCOSO, M., RODRIGUEZ-FIGUEROA, L., PARRILLA, I., ROBLES, R., and COLON, H. HIV/AIDS risk factors among adolescent students in Puerto Rico 1994. *Boletin-Asociacion Medica de Puerto Rico*, Vol. 89 No. 7-9, Jul./Sep. 1997. p. 5.
252. MOSES, S., BAILEY, R., and RONALD, A. Male circumcision: Assessment of health benefits and risks. *Sexually Transmitted Infections* 74(5): 368-373. Oct. 1998.
253. MOSES, S., NAGELKERKE, N., and BLANCHARD, J. Analysis of the scientific literature on male circumcision and risk for HIV infection. [Letter]. *International Journal of STD & AIDS* 10(9): 626-628. Sep. 1999. (Available: <http://www.circlist.org/cmedbefitsHIV.html>, Accessed Jul. 30, 2001)
254. MULDER, D., NUNN, A., KAMALI, A., and KENGEYA-KAYONDO, J. Decreasing HIV-1 seroprevalence in young adults in a rural Ugandan cohort. *British Medical Journal* 311(7009): 833-836. Sep. 30, 1995.
255. MUNODAWAFA, D. and GWEDE, C. Patterns of HIV/AIDS in Zimbabwe: Implications for health education. *AIDS Education and Prevention* 8(1): 1-10. Feb. 1996.
256. MUNTARBHORN, V. Rights of the child. Geneva, United Nations High Commissioner for Human Rights, Jan. 20, 1994. 60 p.
257. MURPHY, D., MANN, T., O'KEEFE, Z., and ROTHERAM-BORUS, M. Number of pregnancies, outcome expectancies, and social norms among HIV-infected young women. *Health Psychology* 17(5): 470-475. Sep. 1998.
258. MUSABA, E., MORRISON, C., SUNKUTU, M., and WONG, E. Long-term use of the female condom among couples at high risk of Human Immunodeficiency Virus infection in Zambia. *Sexually Transmitted Diseases* 25(5): 260-264. May 1998.

259. NATHANSON, N. Fiscal year 2001 President's budget request for the National Institutes of Health. [Press Release]. Washington, D.C., National Institutes of Health, 2000.
260. NATIONAL CAMPAIGN TO PREVENT TEEN PREGNANCY. Ten tips for parents to help their children avoid teen pregnancy. Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 1998. 6 p.
261. NATIONAL CAMPAIGN TO PREVENT TEEN PREGNANCY. Not just another thing to do. Teens talk about sex, regret and the influence of their parents. Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, Jun. 30, 2000. 7 p. (Available: <http://www.teenpregnancy.org/teenwant.pdf>, Accessed Jul. 17, 2001)
262. NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES (NIAID), NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH), and U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (U.S. DHHS). Workshop Summary: Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted diseases (STD) prevention. Herndon, Virginia, NIAID, NIH, and U.S. DHHS, Jul. 20, 2001. 27 p. (Available: <http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>, Accessed Jul. 23, 2001)
263. NETHERLANDS ENTERTAINMENT-EDUCATION FOUNDATION (NEEF) and JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS (JHU/CCP). JACOBY, R. and FOKKENS, P., eds. Proceedings of the The Third International Entertainment-Education Conference for Social Change, Arnhem and Amsterdam, The Netherlands, Sep. 17-22, 2000. NEEF and JHU/CCP, 60 p.
264. NEUMANN, M. and SOGOLOW, E. Replicating effective programs: HIV/AIDS prevention technology transfer. *AIDS Education and Prevention* 12(Supp. A): 35-48. Oct. 2000.
265. NEW YORK TIMES. The global plague of AIDS. [Editorial]. The New York Times. Apr. 23, 2000.
266. NISHIMIZU, M. Conference plenary address. Presented at the 5th International Conference on AIDS in Asia and the Pacific, Kuala Lumpur, Malaysia, Oct. 23-27, 1999. 8 p. (Available: <http://www.worldbank.org/poverty/library/aidsdev.pdf>, <http://www.worldbank.org/aids-econ/papers/nishim.htm>, Accessed Feb. 6, 2001)
267. NNKO, S. and POOL, R. Sexual discourse in the context of AIDS: Dominant themes on adolescent sexuality among primary school pupils in Magu district, Tanzania. *Health Transition Review* 7(Suppl. 3): 85-90. 1997.
268. NOAH, D. and FIDAS, G. The global infectious disease threat and its implications for the United States. Washington, D.C., National Intelligence Council, Jan. 2000. 39 p. (Available: <http://www.odci.gov/cia/publications/nie/report/nie99-17d.html>, Accessed Jun. 27, 2001)
269. NORMAN, J. Programs at a glance: Evaluated peer health education programs. Washington, D.C., Advocates for Youth, Nov. 1999. 6 p. (Available: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/pag/evaluate.htm>, Accessed Sep. 10, 2001)
270. OBBO, C. Reflections on the AIDS orphans problem in Uganda. In: BERER, M. and RAY, S. *Women and HIV/AIDS: An International Resource Book: Information Action and Resources on Women and HIV/AIDS, Reproductive Health and Sexual Relationships*. London, Pandora Press, 1993. p. 108-109.
271. OFFER, D., OSTROV, E., HOWARD, K., and ATKINSON, R. The teenage world: Adolescents' self-image in ten countries. New York, Plenum Medical Book Company, 1988. 270 p.

272. O'HARA, P., MESSICK, B., FICHTNER, R., and PARRIS, D. A peer-led AIDS prevention program for students in an alternative school. *Journal of School Health* 66(5): 176-82. May 1996.
273. O'LEARY, A., GOODHART, F., JEMMOTT, L., and BOCCHER-LATTIMORE, D. Predictors of safer sex on the college campus: A social cognitive theory analysis. *Journal of America College Health* 40(6): 254-263. May 1992.
274. OLESKE, J. New appreciation for the complexities of perinatally-acquired HIV infection. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 14-15.
275. OLESKE, J. and CZARNIECKI, L. Continuum of palliative care: Lessons from caring for children infected with HIV-1. *Lancet* 354(9186): 1286-1290. Oct. 1999.
276. OLIVER, D., LEEMING, F., and DWYER, W. Studying parental involvement in school-based sex education: Lessons learned. *Family Planning Perspectives* 30 (3): 143-147. May/Jun. 1998. (Available: .agi-usa.org/pubs/journals/3014398.html, Accessed Apr. 2001)
277. OPPONG, C. A high price to pay: For education, subsistence or a place in the job market. *Health Transition Review* 5(Suppl.): 35-56. 1995.
278. ORROTH, K., GAVYOLE, A., TODD, J., MOSHA, F., ROSS, D., MWIJARUBI, E., GROSSKURTH, H., and HAYES, R. Syndromic treatment of sexually transmitted diseases reduces the proportion of incident HIV infections attributable to these diseases in rural Tanzania. *AIDS* 14(10): 1429-1437. Jul. 7, 2000.
279. OSWALD, H. and PFORR, P. Sexuality and AIDS: Attitudes and behaviors of adolescents in East and West Berlin. *Journal of Adolescence* 15(4): 373-391. Dec. 1992.
280. OVER, M. and PIOT, P. Health sector priorities review. HIV infection and sexually transmitted diseases. Washington, D.C., World Bank, Apr. 1991. 106 p.
281. OWEN, M. Widows banding together. *People and the Planet*, Vol. 4, No. 3. 1995. p. 20-22.
282. PANCHAUD, C., SINGH, S., FEIVELSON, D., and DARROCH, J. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Family Planning Perspectives* 32(1): 29-32. Jan./Feb. 2000.
283. PEERSMAN, G. and LEVY, J. Focus and effectiveness of HIV- prevention efforts for young people. *AIDS* 12(Suppl. A): S191-S196. 1998.
284. PETERSEN, A. and CROCKETT, L. Pubertal development and its relation to cognitive and psychosocial development in adolescent girls: Implications for parenting. In: LANCASTER, J. and HAMBURG, B., eds. *School-Age Pregnancy and Parenthood: Biosocial Dimensions*. New York, Aldine De Gruyter, 1986. p. 147-175.
285. PHIRI, M. Teens produce newspaper to encourage healthy behaviors. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, 2000. 3 p. (Available: <http://www.pathfind.org/Project%20Highlights/trendsetters.htm>, Accessed Jun. 12, 2001)
286. PINTO, R. Six-step approach to HIV prevention and counseling of adolescents. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children* 3(4): 49-71. 2000.
287. PIOT, P. A gendered epidemic: Women and the risks and burdens of HIV. [Editorial]. *Journal of the American Medical Women's Association* 56(3): 90-91.

- Summer 2001. (Available: http://jamwa.amwa-doc.org/vol56/56_3_ed.pdf, Accessed Aug. 10, 2001)
288. PISANI, E. Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Jun. 1999. 23 p.
289. PLOURDE, P., PEPIN, J., AGOKI, E., RONALD, A., OMBETTE, J., TYNDALL, M., CHEANG, M., NDINYA-ACHOLA, J., D'COSTA, L., and PLUMMER, F. Human immunodeficiency virus type 1 seroconversion in women with genital ulcers. *Journal of Infectious Diseases* 170: 313-317. Aug. 1994.
290. POPULATION COUNCIL. Innovative programmatic approaches toward working with adolescent girls. [Workshop Report]. Washington, D.C., Population Council, Apr. 1996. 13 p.
291. POPULATION COUNCIL. Open forum on condom promotion and dual protection. [Meeting Report]. Washington, D.C., Population Council, Feb. 21, 2001. 15 p.
292. POPULATION COUNCIL, INTERNATIONAL CENTER FOR RESEARCH ON WOMEN (ICRW), INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE, PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH (PATH), UNIVERSITY OF ALABAMA, and TULANE UNIVERSITY. Youth and HIV/AIDS. Horizons Research Update, Washington, D.C. Population Council, Jul. 2000.
293. POPULATION COUNCIL and INTERNATIONAL FAMILY HEALTH. The case for microbicides: A global priority. New York, London, Population Council and International Family Health, 2000. 27 p.
294. POPULATION COUNCIL, THE ROCKEFELLER FOUNDATION, UNITED KINGDOM MISSION TO THE UNITED NATIONS, and JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Frequently asked questions about microbicides. New York, Global Campaign for Microbicides, Feb. 2001. 2 p.
295. POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). The world's youth 2000. Washington, D.C., PRB, Sep. 2000. 24 p.
296. POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB) and POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI). Social marketing for adolescent sexual health: Results of operations research projects in Botswana, Cameroon, Guinea and South Africa. Washington, D.C., PRB, Jun. 2000. 31 p. ([Available](#), Accessed Oct. 10, 2001)
297. PRESTON-WHYTE, E. Reproductive health and the condom dilemma: Identifying situational barriers to HIV protection in South Africa. In: CALDWELL, J., ANARFI, J., AWUSABO-ASARE, K., NTOZI, J., ORUBULOYE, I., MARCK, J., COSFORD, W., COLOMBO, R., and HOLLINGS, E., eds. Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV/AIDS Infection in Predominantly Heterosexual Epidemics in Third World Countries. Canberra, Australia, Australian National University, 1999. p. 139-155.
298. RAINE, T., JENKINS, R., AARONS, S., WOODWARD, K., FAIRFAX, J., EL-KHORAZATY, M., and HERMAN, A. Sociodemographic correlates of virginity in seventh-grade black and latino students. *Journal of Adolescent Health* 24 (5): 304-312. May 1999.
299. RAO GUPTA, G. The what, the why and the how. Presented at the 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, Jul. 9-14, 2000.
300. RASMUSSEN, S., ECKMANN, L., QUAYLE, A., ZHANG, Y., ANDERSON, D., FIERER, J., STEPHENS, R., and KAGNOFF, M. Secretion of proinflammatory cytokines by epithelial cells in response to chlamydia infection suggests a central role of epithelial cells in chlamydial pathogenesis. *Journal of*

Clinical Investigation 99(1): 77-87. Jan. 1997.

301. RAVI, A. Behavior versus identity. Mumbai, India, Humsofar Trust, 1999. 4 p.

302. REITMAN, D., ST. LAWRENCE, J., JEFFERSON, K., ALLEYNE, E., BRASFIELD, T., and SHIRLEY, A. Predictors of African American adolescents' condom use and HIV risk behavior. *AIDS Education and Prevention* 8(6): 499-515. Dec. 1996.

303. REMEZ, L. Oral sex among adolescents: Is it sex or is it abstinence? *Family Planning Perspectives* 32(6): 298-304. Nov./Dec. 2000.

304. RESNICK, M., BEARMAN, P., BLUM, R., BAUMAN, K., HARRIS, K., JONES, J., TABOR, J., BEUHRING, T., SIEVING, R., SHEW, M., IRELAND, M., BEARINGER, L., and UDRY, R. Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association* 278(10): 823-832. Sep. 10, 1997.

305. RICHTER, D., VALOIS, R., MCKEOWN, R., and VINCENT, M. Correlates of condom use and number of sexual partners among high school adolescents. *Journal of School Health* 63(2): 91-96. Feb. 1993.

306. ROBERTS, K. and CAHILL, S. Condom use in a group of aboriginal women. *Australian Journal of Rural Health* 5(1): 43-47. Feb. 1997.

307. ROSEN, J. Youth livelihoods and HIV/AIDS. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Jan. 2001. 6 p.

308. ROSENBERG, P., BIGGAR, R., and GOEDERT, J. Declining age at infection in the United States. *New England Journal of Medicine* 330(11): 789-790. Mar. 17, 1994.

309. ROTHERAM-BORUS, M., GILLIS, J., REID, H., FERNANDEZ, M., and GWADZ, M. HIV testing, behaviors, and knowledge among adolescents at high risk. *Journal of Adolescent Health* 20(3): 216-225. Mar. 1997.

310. ROTHERAM-BORUS, M., KOOPMAN, C., HAIGNERE, C., and DAVIES, M. Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents. *Journal of the American Medical Association* 266(9): 1237-1241. Sep. 1991.

311. ROTHERMAN-BORUS, M. and KOOPMAN, C. Adolescents. In: STUBER, M., ed. *Children and AIDS*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1992. p. 46-67.

312. ROYCE, R., SEÑA, A., CATES, W., and COHEN, M. Sexual transmission of HIV. *The New England Journal of Medicine* 336(15): 1072-1078. Apr. 10, 1997.

313. RWENGE, M. Sexual risk behaviors among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives* 26(3): 118-123, 130. Sep. 2000.

314. SAEWYC, E., BEARINGER, L., BLUM, R., and RESNICK, M. Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: Does sexual orientation make a difference? *Family Planning Perspectives* 31(3): 127-31. May/ Jun. 1999.

315. SAKALA, F. Country watch: Zambia. *AIDS/STD Health Promotion Exchange*, No. 1, 1996. p. 10-11.

316. SALYER, D. Along the latex highway: Lesbians and HIV. *Positive Living*, Apr. 2001. 2 p. (Available: www.thebody.com/apla/apr00/lesbians.html, Accessed Oct. 2001).

317. SANDERS, S. and REINISCH, J. Would you say you "had sex" if...? *Journal of the American Medical Association* 281(3): 275-277. Jan. 20, 1999. (Available: <http://jama.ama-assn.org/issues/v281n3/rfull/jbr80459.html>, Accessed May 2001)

318. SANER, H. and ELLICKSON, P. Concurrent risk factors for adolescent

- violence. *Journal of Adolescent Health* 19(2): 94-103. Aug. 1996.
319. SANTELLI, J., WARREN, C., LOWRY, R., SOGOLOW, E., COLLINS, J., KANN, L., KAUFMANN, R., and CELENTANO, D. The use of condoms with other contraceptive methods among young men and women. *Family Planning Perspectives* 29(6): 261-267. Nov./Dec. 1997.
320. SANTELLI, J.S., DUBERSTEIN, L., DUBERSTEIN LINDBERG, L., ABMA, J., MCNEELY, C., and RESNICK, M. Adolescent sexual behavior: Estimates and trends from four nationally representative surveys. *Family Planning Perspectives* 32(4): 156-165. Jul./Aug. 2000.
321. SAVAGE, O. and TCHOMBE, T. Anthropological perspectives on sexual behavior in Africa. *Annual Review of Sex Research* 5: 50-72. 1994.
322. SCALWAY, T. Young men and HIV: Culture, poverty, and sexual risk. London, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, PANOS Institute, Aug. 2001. 48 p.
323. SCHEEPERS, E. The evaluation of Soul City 4: Interim executive summary report. Soul City, Mar. 2001. 17 p. (Available: <http://www.soulcity.org.za/Series4Summary.htm>, Accessed Sep. 10, 2001)
324. SCHIETINGER, H. and SANEI, L. Systems for delivering HIV/AIDS care and support. Washington, D.C., United States Agency for International Development, Jun. 1998. (Discussion Papers on HIV/AIDS Care and Support) 35 p.
325. SCHUSTER, M., BELL, R., and KANOUSE, D. The sexual practices of adolescent virgins: Genital sexual activities of high school students who have never had vaginal intercourse. *American Journal of Public Health* 86(11): 1570-1576. Nov. 1996.
326. SEDLOCK, L. Reaching the youngest adolescents with reproductive health programs. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Jan. 2000. 4 p. (Available: <http://www.pathfind.org/IN%20FOCUS/PDF/jan00.pdf>, Accessed Jun. 12, 2001)
327. SENDEROWITZ, J. Adolescent health. Reassessing the passage to adulthood. Washington, D.C., World Bank, 1995. (World Bank Discussion Papers No. 272) 54 p.
328. SENDEROWITZ, J. Involving young people in reproductive health programs. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Dec. 1997. 36 p. (Available: <http://www.pathfind.org/IN%20FOCUS/h-involve%20youth%20.html>, Accessed Jun. 12, 2001)
329. SENDEROWITZ, J. A review of program approaches to adolescent reproductive health. Washington, D.C., United States Agency for International Development, Jun. 1, 2000. 43 p.
330. SENGENDO, J. and NAMBI, J. The psychological effect of orphanhood: a study of orphans in Rakai district. *Health Transition Review*, 7 Suppl.: 105-124. 1997.
331. SERLEMITSOS, E. (Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Zambia Field Office) [Circulation of Trendsetters] Personal communication, May 9, 2001.
332. SHOOF, M. AIDS: The agony of Africa, Part 1: The virus creates a generation of orphans. *Village Voice*. (New York), Nov. 3-9, 1999.
333. SHREEDHAR, J. HIV care and prevention: An Indian NGO's seamless approach. *Impact on HIV*, Vol. 1 No. 1, Research Triangle Park, North Carolina. Family Health International, Oct. 1998.
334. SHUEY, D. and BAGARUKAYO, H. AIDS: Dispair, or a stimulus to reform?

- In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. New York, Oxford University Press, 1996. p. 122-124.
335. SINGH, S., WULF, D., SAMARA, R., and CUCA, Y. Gender differences in the timing of first intercourse: Data from 14 countries. *International Family Planning Perspectives* 26(1): 21-28. Mar. 2000.
336. SMYTH, F. Cultural constraints on the delivery of HIV/AIDS prevention in Ireland. *Social Science & Medicine* 46(6): 661-762. Mar. 1998. (Available: <http://www.sciencedirect.com/science>, Accessed Jul. 2, 2001)
337. SOLAR-TUTTLE, R. The invincible ones. *Harvard AIDS Review*, Boston. Harvard AIDS Institute, Spring/Summer 2000. p. 12-14. (Children and AIDS) (Available: www.aids.harvard.edu/publications/har/spring_2000/spring00-4.html, Accessed Oct. 10, 2001)
338. STANECKI, K. The AIDS pandemic in the 21st century: The demographic impact in developing countries. Presented at the 13th International Conference on AIDS, Durban, South Africa, Jul. 9-14, 2000. 7 p.
339. STANECKI, K. FOCUS dialogue on HIV/AIDS and youth. [Slide Presentation]. Presented at the FOCUS Meeting on HIV, Washington, D.C., May 24, 2001. 16 p.
340. STEIN, J. The impact of HIV/AIDS on the household. *AIDS Bulletin* 6(4): 20-23. Dec. 1997.
341. STEIN, J. Virginty testing cannot prevent HIV/AIDS. *Health-e Online wire service*. Sep. 6, 2000. p. 2. (Available: <http://www.health-e.org.za/view.php3?id=20000901>, Accessed Feb. 2000)
342. STEVENS, C. Reaching socially marginalized youth. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Mar. 1999. 7 p. (Available: <http://www.pathfind.org/IN%20FOCUS/Reaching%20Socially%20Marginalized%20Youth.htm>, Accessed Jun. 12, 2001)
343. STEVENSON, L., WAGSTAFF, D., HECKMAN, T., and SCHALL, M.A. Sexually transmitted diseases and risk for HIV infection among women who have sex with women. Presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association, Indianapolis, Indiana, Nov. 9-13, 1997. 24 p.
344. STEVENS-SIMON, C. and MCANARNEY, E. Adolescent pregnancy. In: DICLEMENTI, R., HANSEN, W., and PONTON, L., eds. *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior: Theory, Epidemiology, Prevention and Treatment*. New York, Plenum Press, 1996. p. 313-333.
345. STOVER, J. and WAY, P. The impact of interventions on reducing the spread of HIV in Africa: Results from computer simulations. [Unpublished]. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, San Francisco, Apr. 6-Apr. 8, 1995. 21 p.
346. STRASBURGER, V. "Sex, drugs rock 'n' roll," and the media: Are the media responsible for adolescent behavior? *Adolescent Medicine* 8: 404-414. 1997.
347. SVENSON, G. European guidelines for youth AIDS peer education. Luxembourg, Germany, European Commission, 1998. 54 p. (Available: <http://www.europeer.lu.se/files/guidelines/english300.pdf>, Accessed Jun. 12, 2001)
348. SZABO, R. and SHORT, R. How does male circumcision protect against HIV infection? *Bristish Medical Journal* 320: 1592-1594. Jun. 10, 2000. (Available: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/320/7249/1592.pdf>, Accessed Jun. 27, 2001)
349. TAHA, T., GRAHAM, S., KUMWENDA, N., BROADHEAD, R., HOOVER, D., MARKAKIS, D., VAN DER HOEVEN, L., LIOMBA, G., CHIPHANGWI, J.,

- and MIOTTI, P. Morbidity among human immunodeficiency virus-1-infected and -uninfected African children. *Pediatrics* 106(6): e77. Dec. 2000. ([Available](#), Accessed Jul. 24, 2001)
350. TALLE, A. Desiring difference: Risk behaviour among young Maasai men. In: KLEPP, K., BISWALO, P., and TALLE, A., eds. *Young People at Risk: Fighting AIDS in Northern Tanzania*. Oslo, Norway, Scandinavian University Press, 1995. p. 69-85.
351. THEUS, S., HARRICH, D., GAYNOR, R., RADOLF, J., and NORGDARD, M. *Treponema pallidum*, lipoproteins, and synthetic lipoprotein analogues induce human immunodeficiency virus type 1 gene expression in monocytes via NF-kB activation. *Journal of Infectious Diseases* 177(Suppl. 3): 941-950. Apr. 1998.
352. THOMPSON, S., ANDERSON, K., FREEDMAN, D., and SWAN, J. Illusions of safety in a risky world: A study of college students' condom use. *Journal of Applied Social Psychology* 26(3): 189-210. Feb. 1996.
353. THOMSON, C., CURRIE, C., TODD, J., and ELTON, R. Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 year olds, 1990-1994: Findings from the WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Journal of Education Research* 14(3): 357-370. Jun. 1999.
354. TURNER, C., MILLER, H., and MOSES, L., eds. *AIDS: Sexual Behavior and Intravenous Drug Use*. Washington, D.C., National Academy Press, 1989. 425 p.
355. TURNER, R., IRWIN, C., TSCHANN, J., and MILLSTEIN, S. Autonomy, relatedness, and the initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychology* 12(3): 200-208. May 1993.
356. UDRY, J., BILLY, J., and MORRIS, N. Serum androgenic hormones motivate sexual behavior in adolescent boys. *Fertility and Sterility* 43(1): 90-94. Jan. 1985.
357. UNDERWOOD, C. Impact of the HEART campaign: Findings from the youth surveys in Zambia, 1999 & 2000. [Draft]. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Aug. 2001. 24 p.
358. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The state of the world's children 1997*. New York, UNICEF, 1997. 110 p.
359. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *AIDS: What every family and community has a right to know about AIDS*. New York, UNICEF, Dec. 1998. (Facts for Life) 11 p. ([Available: http://www.unicef.org/ffl/AIDS.HTM](http://www.unicef.org/ffl/AIDS.HTM), Accessed Sep. 10, 2001)
360. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Children orphaned by AIDS: Front-line responses from eastern and southern Africa*. New York, UNICEF, Dec. 1999. 37 p. ([Available: http://www.unicef.org/pubsgen/aids/AIDSen.pdf](http://www.unicef.org/pubsgen/aids/AIDSen.pdf), Accessed Aug. 2000)
361. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The progress of nations 2000*. New York, UNICEF, Jul. 2000. 38 p. ([Available: http://www.unicef.org/pon00/pon2000.pdf](http://www.unicef.org/pon00/pon2000.pdf), Accessed Jul. 2000)
362. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The state of the world's children 2000*. New York, UNICEF, 2000. 120 p.
363. UNITED NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. *Demographic yearbook 1996*. New York, United Nations, 1998. 1153 p.
364. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP), GOVERNMENT OF BOTSWANA, and BOTSWANA INSTITUTE FOR DEVELOPMENT POLICY ANALYSIS (BIDPA). *Botswana human development report 2000: Towards and AIDS-free generation*. Gaborone, Botswana, UNDP, 2000. 90 p.

365. UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Warning!: Children are watching. UNESCO Sources, No. 102, UNESCO, Jun. 1998. 25 p.
366. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Declaration of commitment on HIV/AIDS. Aug. 2, 2001. (Resolution adopted by the General Assembly) (Available: <http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf>, Accessed Jun. 28, 2001)
367. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Partners for change: Enlisting men in HIV/AIDS prevention. New York, UNFPA, 2000. 24 p.
368. UNITED STATES OFFICE OF APPLIED STUDIES, and SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). 1999 national household survey on drug abuse. Rockville, Maryland, SAMHSA, 1999. 30 p. (Available: <http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/1999/Chapter2.htm>, Accessed Sep. 1, 2000)
369. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). USAID efforts to address the needs of children affected by HIV/AIDS. Washington, D.C., USAID, Mar. 2001. 16 p.
370. UNITED STATES OFFICE OF NATIONAL AIDS POLICY (ONAP). Report on the Presidential mission on children orphaned by AIDS in sub-Saharan Africa: Findings and plan of action. Washington, D.C., ONAP, Jul. 19, 1999. 35 p.
371. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). HIV/AIDS and women who have sex with women (WSW) in the United States. Atlanta, Georgia, CDC, Jul. 1997. (Available: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/wsw97.pdf>, Accessed Mar. 2001)
372. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Tracking the hidden epidemics: Trends in STDs in the United States 1998. Atlanta, Georgia, CDC, 1998. 33 p.
373. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Young people at risk: HIV/AIDS among America's youth. [Fact Sheet]. Atlanta, Georgia, U.S. CDC. Sep. 2000. 2 p.
374. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). HIV incidence among young men who have sex with men: Seven US cities, 1994-2000. Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 50 No. 21, Atlanta, Georgia. U.S. CDC, Jun. 2, 2001. p. 440-445.
375. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) and ACADEMY FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT. The prevention marketing initiative: Youth involve ment. Atlanta, Georgia, CDC, 1997. 36 p.
376. UNITED STATES. NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES (NIAID). Backgrounder: HIV infection in infants and children. Bethesda, Maryland, NIAID, Jul. 1999. 9 p. (Available: niaid.nih.gov/newsroom/simple/background.htm, Accessed Sep. 1, 2001)
377. UNITED STATES. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH OFFICE OF AIDS RESEARCH (OAR), NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES (NIAID), NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT (NICHO), and PROJECT INFORM. Gender and HIV viral load workshop. Summary Report. San Francisco, OAR, NIAID, NICHO, and Project Inform, Jan. 29, 2000. 4 p. (Available: <http://www.nih.gov/od/oar/public/pubs/viralload.htm>, Accessed Feb. 6, 2001)
378. UPADHYAY, U. Why family planning matters. Population Reports, Series J, No. 49. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information

Program, Jul. 1999. 32 p.

379. VAN DAM, J. and ANASTASI, M. Male circumcision and HIV prevention: Directions for future research. Washington, D.C., Horizons Project, Population Council, Jun. 2000. 28 p. (Available: <http://www.popcouncil.org/pdfs/circumcision.pdf>, Accessed Oct. 4, 2001)

380. VAN DER STRATEN, A., KING, R., GRINSTEAD, O., VITTINGHOFF, E., SERUFILIRA, A., and ALLEN, S. Sexual coercion, physical violence and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda. *AIDS and Behavior* 2(1): 61-73. 1998.

381. VARGA, C. Sexual decision-making and negotiation in the midst of AIDS: Youth in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health Transition Review* 7(Suppl. 3): 45-67. 1997.

382. VASSAL, A., FISHER, J., JÜRGENS, R., and HUGHES, R. Gay and lesbian legal issues and HIV/AIDS: A discussion paper. Montréal, Québec, Canadian HIV/AIDS Legal Network, Canadian AIDS Society, Jul. 1997. 132 p. (Available: <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/gaylesbian/02tocE.html>, Accessed Aug. 2000)

383. VELEZ, C., RODRIGUEZ, L., SCHOENBAUM, E., and UNGEMACK, J. Puerto Rican youth in drug treatment facilities: Who volunteers for HIV testing? *Puerto Rico Health Sciences Journal* 16(1): 37-44. Mar. 1997.

384. VENIER, J., ROSS, M., and AKANDE, A. HIV/AIDS-related social anxieties in adolescents in three African countries. *Social Science and Medicine* 46(3): 313-320. Feb. 1998.

385. VOLUNTARY HIV-1 COUNSELING AND TESTING GROUP. Efficacy of voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: A randomized trial. *Lancet* 356(9224): 103-112. Jul. 8, 2000.

386. WALTER, H., VAUGHAN, R., GLADIS, M., RAGIN, D., KASEN, S., and COHALL, A. Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenter. *American Journal of Public Health* 82(4): 528-532. Apr. 1992.

387. WALTERS, A. HIV prevention in street youth. *Journal of Adolescent Health* 25(3): 187-198. Sep. 1999.

388. WATSTEIN, S. and LAURICH, R. *AIDS and women: A source-book*. Phoenix, Arizona, Oryx Press, 1991. 159 p.

389. WAWER, M. Urban-rural movement and HIV dynamics. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 48-50.

390. WAWER, M., SEWANKAMBO, N., SERWADDA, D., QUINN, T., PAXTON, L., KIWANUKA, N., WABWIRE-MANGEN, F., LI, C., LUTALO, T., and NALUGODA, F. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: A randomised community trial. *LANCET* 353(9152): 525-535. Feb. 13, 1999.

391. WEBB, D. Who will take care of the AIDS orphans? *AIDS Analysis Africa*, Vol. 5 No. 2, Mar./Apr. 1995. p. 12-13.

392. WEISS, E. and RAO GUPTA, G. Bridging the gap: Addressing gender and sexuality in HIV prevention. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1998. 31 p.

393. WEISS, E., WHELAN, D., and RAO GUPTA, G. Vulnerability and opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the developing world. Findings from the women and AIDS research program. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1996. 24 p.

394. WEISS, H., QUIGLEY, M., and HAYES, R. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *AIDS* 14(15): 2361-2370. Oct 20, 2000. (Available: <http://www.aidsonline.com/>, Accessed Sep. 27, 2001)
395. WENIGER, B. and BERKLEY, S. The evolving HIV/AIDS pandemic. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 57-70.
396. WHITAKER, D., MILLER, K., D., M., and LEVIN, M. Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. *Family Planning Perspectives* 31(3): 117-121. May/June. 1999.
397. WHITE, R. and CUNNINGHAM, A. *Ryan White: My own story*. New York, Dial Books, 1991. 277 p.
398. WHITESIDE, A. Economic impact in selected countries and sectoral impact. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 110-116.
399. WHITESIDE, A. and STOVER, J. The demographic and economic impact of AIDS in Africa. *AIDS* 11(Suppl. B): S55-S61. 1997.
400. WILLIAMSON, J. Finding a way forward: Principles and strategies to reduce the impacts of AIDS on children and families. In: LEVINE, C. and FOSTER, G., eds. *The Orphan Generation: The Global Legacy of the AIDS Epidemic*. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press, [Forthcoming].
401. WILLIAMSON, J. (Independent Consultant) [Microenterprise strategies for adolescents] Personal communication, Feb. 12, 2001.
402. WILSON, D., MCMASTER, J., ARMSTRONG, M., MAGUNJE, N., and CHIMHINA, T. Intergenerational communication within the family: Implications for developing STD/HIV prevention strategies for adolescents in Zimbabwe. Washington, D.C., United States Agency for International Development, Aug. 1994. (Women and AIDS Research Program Research Report No. 13) 89 p.
403. WOLFENSON, J. Free from poverty, free from AIDS. Presented at the United Nations Security Council meeting on HIV/AIDS in Africa, New York, Jan. 10, 2000. (Available: <http://www.worldbank.org/html/extdr/extme/jdwsp011000.html>, Accessed Jan. 2000)
404. WOLITSKI, R., MACGOWAN, R., HIGGINS, D., and JORGENSEN, C. The effects of HIV counseling and testing on risk-related practices and help-seeking behavior. *AIDS Education and Prevention* 9(Suppl. B): 52-67. Jun. 1997.
405. WOODS, E. Overview of the special projects of national significance program's 10 models of adolescent HIV care. *Journal of Adolescent Health* 23(2 Suppl.1): 5-10. Aug. 1998.
406. WORLD BANK. Intensifying action against HIV/AIDS in Africa: Responding to a development crisis. Washington, D.C., World Bank, 2000. 89 p.
407. WORLD BANK. Street children initiative. <http://wbln0018.worldbank.org/External/Urban/UrbanDev.nsf/Urban+Development/6CB96CC8597476B58556906006A9789?OpenDocument> World Bank, Apr. 13-14, 2000.
408. WORLD BANK. Thailand's response to AIDS: Building on success, confronting the future. Washington, D.C., World Bank, Nov. 2000. 63 p. (Available: <http://www.worldbank.or.th/social/pdf/Thailand's%20Response%20to%20AIDS.pdf>, Accessed Aug. 8, 2001)
409. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Young people's health. A challenge for society. Report of a WHO Study Group on Young People and "Health

for All by the Year 2000". Geneva, WHO, 1986.

410. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World health report 1995: Bridging the gaps. Geneva, WHO, 1995. (Available: <http://www.who.int/whr/1995/evolution.html>, Accessed Sep. 2000)

411. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coming of age. From facts to action for adolescent sexual and reproductive health. Geneva, WHO, 1997. 176 p.

412. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in substance use and associated health problems. [Fact Sheet]. Geneva, WHO, Aug. 1996. 6 p. (Available: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact127.html>, Accessed Jan. 2001)

413. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World health report 1999: Making a difference. Geneva, WHO, 1999. 121 p.

414. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 100% condom use programme in entertainment establishments. Geneva, WHO, 2000. 36 p.

415. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection: WHO's activities. WHO briefing notes for UNGASS on HIV/AIDS, Geneva, WHO, 2001. 5 p.

416. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevention of mother-to-child transmission of HIV: Selection and use of nevirapine. Geneva, WHO, 2001. 17 p.

417. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), and UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Joint WHO/UNAIDS/UNFPA policy statement: Dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. Geneva, WHO, UNAIDS, UNFPA, Sep. 2000. 2 p.

418. WRIGHT, T., SUBBARAO, S., ELLERBROCK, T., LENNOX, J., EVANS-STRICKFADEN, T., SMITH, D., and HART, C. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184(3): 279-285. Feb. 2001.

419. YU, E., QIYI, X., ZHANG, K., LU, P., and CHAN, L. HIV infections in China: 1985 through 1994. *American Journal of Public Health* 86(8): 1116-1122. Aug. 1996.

420. ZABA, B. Summary results of LTR analysis. London, Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Mar. 5, 2000. 7 p. (Unpublished)

421. ZABIN, L. (Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health) [Youth involvement] Personal communication, Aug. 6, 2001.

422. ZABIN, L. and HAYWARD, S. Adolescent sexual behavior and childbearing. In: FOSTER, D., ed. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*. Vol. 26. London, Sage, 1993. p. 133.

423. ZABIN, L. and KIRAGU, K. The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 29(2): 210-232. Jun. 1998.

424. ZAMBIA MINISTRY OF HEALTH and CENTRAL BOARD OF HEALTH. HIV/AIDS in Zambia: Background, projections, impacts and interventions. Lusaka, Zambia, Central Board of Health, 1998.

425. ZANETTA, D., STRAZZA, R., AZEVEDO, R., CARVALHO, H., MASSAD, E., MENEZES, R., FERRERIA, D., and BURATTINI, M. HIV infection and related risk behaviors in a disadvantaged youth institution of São Paulo, Brazil. *International Journal of STD & AIDS* 10(2): 98-104. Feb. 1999.

426. ZELAYA, E., MARÍN, F., GARCÍA, J., BERGLUND, S., LILJESTRAND, J.,

and PERSSON, L. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua. *Journal of Adolescent Health* 21(1): 39-46. Jul. 1997.

ADDENDA

427. BAJOS, N. and DURAND, S. Adolescent sexual and reproductive behavior: A developed country comparison. Country report for France. New York, Alan Guttmacher Institute, 2001. (Occasional Report)
428. COUSOUDIS, A., PILLAY, K., SPOONER, E., KUHN, L., and COOVADIA, H. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: A prospective cohort study. *Lancet* 354(9177): 471-476. Aug. 7, 1999.
429. ESIM, S., MALHOTRA, A., MATHUR, S., DURON, G., and JOHNSON-WELCH, C. Making it work: Linking youth reproductive health and livelihoods. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 2001. 28 p.
430. FOCUS ON YOUNG ADULTS. What works to promote young adult reproductive health? In: FOCUS ON YOUNG ADULTS. FOCUS EOP Report: Review Draft. Washington, D.C., Focus on Young Adults, Oct. 25, 2001.
431. FROST, J., JONES, R., WOOG, V., DARROCH, J., and SINGH, S. Adolescent sexual and reproductive behavior: A developed country comparison. Country report for the United States. New York, Alan Guttmacher Institute, 2001. (Occasional Report)
432. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). AIDS epidemic update: Dec. 2001. Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 2001.
433. KORNFELD, R., AWASUM, D., and QUENUM, B. Living with HIV/AIDS in Rwanda: A study of PLWHA in Gitarma, Byumba, and urban Kigali. Kigali, Rwanda, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Jun. 2001. 26 p.
434. LUKE, N. Cross-generational and transactional sexual relations in sub-Saharan Africa: A review of the evidence on prevalence and implications for negotiation of safe sexual practices for adolescent girls. Philadelphia, International Center for Research on Women, Sep. 26, 2001. 61 p.
435. MATICKA-TYNDALE, E., MCKAY, A., and BARRETT, M. Adolescent sexual and reproductive behavior: A developed country comparison. Country report for Canada. New York, Alan Guttmacher Institute, 2001. (Occasional Report)
436. MERSON, M., DAYTON, J., and O'REILLY, K. Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS* 14(Suppl. 2): S68-S84. 2000.
437. STANTON, B., LI, X., KAHIHUATA, J., FITZGERALD, A., NEUMBO, S., KANDUUMBE, G., RICARDO, I., GALBRAITH, J., TERRERI, N., and GUEVARA, I. Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: A randomized, longitudinal study. *AIDS* 12(18): 2473-2480. Dec. 24, 1998.
438. TAREN, D., NAHLEN, B., VAN EIJK, A., and OTIENO, J. Early introduction of mixed feedings and postnatal HIV transmission. Abstract MoPeB2200. Proceedings of the 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, Jul. 2000. 1 p.
439. UNDERWOOD, C. Impact of the HEART campaign: Findings from the youth

surveys in Zambia, 1999 & 2000. Baltimore, Johns Hopkins Population Communication Services (PCS) Project. Jul. 2001. 24 p.
440. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Latex condoms and sexually transmitted diseases: Preventive messages. Atlanta, CDC, 2001. 3 p.

ISSN 0887-0241

[Précédente](#)
[Haut](#) | [Table des matières](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org