

PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Guide des indicateurs de suivi
et d'évaluation des programmes
nationaux de prévention du
VIH/SIDA pour les jeunes



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Département VIH/SIDA
20, avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse
E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 259257 9



9 789242 592573

Plusieurs indicateurs inclus dans ce guide sont toujours en cours de finalisation et d'évaluation. Pour mettre à jour ces indicateurs ou pour obtenir des exemples d'outils destinés à les collecter, veuillez vous rendre sur le site Internet suivant :
http://www.unaids.org/en/in+focus/monitoringevaluation/m_e+library.asp

Données Cataloguing-In-Publication de la bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé.

Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes.

1. Infections à VIH – prévention et contrôle 2. Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle 3. Programmes nationaux de santé – organisation et administration 4. Services de santé pour les adolescents – organisation et administration 5. Évaluation des résultats et des processus (Soins de santé) – méthodes 6. Évaluation des programmes – méthodes 6. Directives I. Titre II. Titre : Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes.

ISBN 92 4 259257 9

(Classification NLM : WC 503.6)

© Organisation mondiale de la Santé 2004

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'équipe Marketing et diffusion, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Toutes les précautions ont été prises par l'OMS afin de vérifier les informations contenues dans cette publication. Néanmoins, les données publiées sont diffusées sans garantie d'aucune sorte, explicite ou non. La responsabilité concernant l'interprétation et l'utilisation des informations incombe au lecteur. En aucun cas l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Imprimé en France.

Programmes nationaux de lutte contre le SIDA

GUIDE DES INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES PROGRAMMES NATIONAUX DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA POUR LES JEUNES

Plusieurs indicateurs inclus dans ce guide sont toujours en cours de finalisation et d'évaluation. Pour mettre à jour ces indicateurs ou pour obtenir des exemples d'outils destinés à les collecter, veuillez vous rendre sur le site Internet suivant :

http://www.unaids.org/en/in+focus/monitoringevaluation/m_e+library.asp

TABLE DES MATIÈRES

Sigles et acronymes	3
Chapitre 1 : Introduction	4
Chapitre 2 : Considérations méthodologiques	12
Chapitre 3 : Indicateurs des programmes	16
Chapitre 4 : Indicateurs des facteurs déterminants (facteurs de risque et facteurs de protection)	35
Chapitre 5 : Indicateurs comportementaux	48
Chapitre 6 : Indicateurs de l'impact	65
Annexe méthodologique	73
Bibliographie	80

SIGLES ET ACRONYMES

ANC	dispensaire prénatal
ARV	antirétroviral
BSS	enquêtes de surveillance comportementale
CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis
CDI	consommateur (ou consommation) de drogues injectables
CRIS	système d'information pour les ripostes nationales sur le VIH/SIDA
EDS	enquêtes démographiques et sanitaires
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HSB	hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
IEC	information, éducation, communication
IEPS	indice d'Effort du Programme SIDA
IST	infection sexuellement transmissible
MICS	enquêtes en grappes à indicateurs multiples
NAFCI	National Adolescent Friendly Clinic Initiative (Afrique du Sud)
NIDI	Institut démographique interdisciplinaire des Pays-Bas
OEV	orphelins et enfants vulnérables
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PF	planification familiale
PS	professionnel(les) du sexe
PSI	Population Service International
PTME	prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
S&E	suivi et évaluation
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	santé maternelle et infantile
SSAGNU	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
SSP	soins de santé primaires
TARV	traitement antirétroviral
T&C	dépistage et conseil (en matière de VIH)
TME	transmission mère-enfant (du VIH)
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

CHAPITRE 1

INTRODUCTION**Pourquoi consacrer des programmes de prévention du VIH/SIDA aux jeunes ?****Pourquoi est-il nécessaire de consacrer tout un guide aux indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH/SIDA axés sur les jeunes ?**

Les jeunes sont au cœur de la pandémie mondiale de VIH/SIDA*. Cela est vrai dans les pays dont l'épidémie est généralisée comme dans ceux dont elle est concentrée. Si les jeunes présentent des risques élevés de contracter le VIH, c'est parce qu'une fois sexuellement actifs, ils ont en général des rapports sexuels répétés, souvent successifs et à court terme sans pour autant utiliser systématiquement des préservatifs. Dans de nombreux pays, une part importante de jeunes commence à être sexuellement active avant l'âge de 15 ans. Dans certaines régions, la consommation de drogues injectables se généralise à un rythme préoccupant dans ce groupe d'âge (1). De plus, les jeunes manquent souvent d'informations sur le VIH/SIDA qu'ils connaissent mal. Ils ne sont parfois pas conscients de leur vulnérabilité face au virus ou ne savent pas comment l'éviter le plus efficacement. Ils n'ont souvent pas non plus accès aux moyens permettant de les protéger.

Dans les zones où le VIH/SIDA ralentit, voire recule, un véritable engagement a eu lieu en matière de prévention, particulièrement chez les jeunes (2). Les jeunes sont capables de prendre des décisions responsables sur leur santé s'ils disposent des informations, des services et du soutien nécessaires à l'adoption de comportements sans risque. Par ailleurs, avec de l'aide, les jeunes peuvent contribuer à l'éducation d'autres personnes et les encourager à prendre des décisions sans risque. Travailler avec les jeunes constitue l'un de nos plus grands espoirs dans la lutte contre le SIDA.

Des avancées décisives ont été réalisées au cours des dix dernières années en matière de collecte, d'analyse et d'utilisation des données sur les jeunes et le VIH/SIDA. L'une des principales leçons tirées de l'expérience nous a appris que les jeunes sont au cœur de la pandémie mondiale et qu'ils constituent également l'un des espoirs majeurs dans la lutte contre cette maladie. Il en a découlé des efforts croissants destinés à mettre au point ou à adapter des programmes spécifiques aux besoins et aux réalités des jeunes.

Un grand nombre de ces programmes ont également été évalués et cette expérience collective a montré que :

- Les jeunes ne formant pas un groupe homogène, les interventions devraient être conçues pour des sous-groupes spécifiques. Cela nécessite la ventilation des données collectées sur les jeunes, en fonction notamment de l'âge, du sexe, de la scolarisation et de l'état matrimonial.
- Nous avons besoin de données permettant de définir et de comprendre les jeunes particulièrement vulnérables, comme les consommateurs de drogues injectables (CDI), les professionnel(le)s du sexe (PS) et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH).
- Le VIH/SIDA est lié à d'autres problèmes de santé affectant les jeunes, comme les infections sexuellement transmissibles (IST), les grossesses non prévues, l'abus d'alcool et de substances ainsi que la violence liée au sexe.

* Le terme "jeunes" comprend les âges 10 à 24 ans

- Il est nécessaire d'établir une distinction entre les facteurs individuels et contextuels qui rendent les jeunes plus enclins à adopter un comportement à haut risque. L'influence des facteurs déterminants (facteurs de risque et de protection) sur les comportements individuels est de plus en plus reconnue et doit être mesurée.

D'où la nécessité d'un guide spécial pour le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA chez les jeunes. Le présent guide complète les indicateurs inclus dans le document National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluation (3) et précise les indicateurs déjà définis et en en proposant de nouveaux encore en phase relativement précoce d'élaboration et d'utilisation. Ces nouveaux indicateurs sont inclus afin de garantir que les politiques et que les programmes bénéficient des leçons tirées lors de ces dix dernières années et de fournir une expérience en matière de mesure et d'utilisation.

Pourquoi ce guide ?

- Pour fournir une orientation, à travers le choix d'indicateurs, pour le suivi et d'évaluation des politiques et des programmes de prévention du VIH chez les jeunes.
- Pour adapter les indicateurs et les méthodes disponibles et déjà largement utilisés afin qu'ils soient utiles aux programmes nationaux de prévention du VIH chez les jeunes.
- Pour introduire de nouvelles mesures spécifiques aux facteurs déterminants (facteurs de risque et facteurs de protection) qui influencent la vulnérabilité et les comportements à risque.

À qui s'adresse ce guide ?

Ce guide s'adresse aux responsables des programmes au niveau national, notamment aux responsables des programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Il peut également s'avérer utile aux responsables et aux organisateurs des programmes aux niveaux infranationaux qui cherchent à aligner leurs efforts de mesure sur les efforts nationaux.

Quel est le contenu de ce guide ?

Ce guide identifie une série d'indicateurs, les méthodes pour les mesurer et en précise les atouts et les limites. L'objectif de ces indicateurs est d'aider les responsables des programmes nationaux de lutte contre le SIDA à planifier et à surveiller les programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes. Les indicateurs sont répartis en quatre chapitres suivant un modèle logique qui lie l'action des programmes aux résultats attendus puis à l'impact épidémiologique. Les chapitres couvrent les catégories d'indicateurs suivantes :

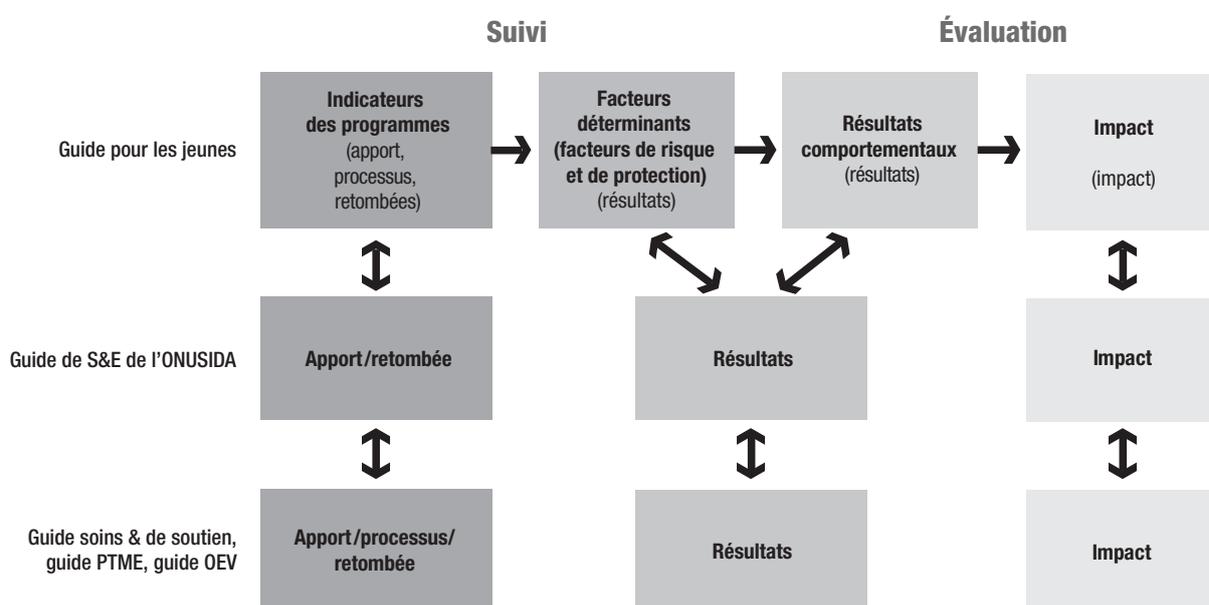
- indicateurs des programmes ;
- indicateurs des facteurs déterminants (facteurs de risque et facteurs de protection) ;
- indicateurs des résultats comportementaux ;
- indicateurs de l'impact.

Ce modèle est étroitement lié au modèle existant sur le suivi et l'évaluation des programmes qui classe les indicateurs dans les catégories suivantes : apports, retombées, résultats et impact.

Pour qu'un programme atteigne ses objectifs, les apports tels que l'argent ou le temps consacré par le personnel doivent avoir des retombées telles que des services nouveaux ou optimisés, un personnel qualifié et des informations. Si ces retombées sont bien conçues et parviennent jusqu'aux populations visées, le programme a des chances d'aboutir à des résultats positifs, tels que l'utilisation accrue des préservatifs ou la baisse du partage des aiguilles chez consommateurs de drogues injectables. Ces résultats positifs devraient entraîner des changements quant à l'impact du programme, mesuré d'après la diminution du nombre de nouveaux cas d'IST et d'infections à VIH (3).

La division des résultats étudiés en facteurs de risque et de protection et en résultats comportementaux constitue la principale nouveauté du présent guide. La catégorie de résultats est donc élaborée en fonction des différents effets qu'un programme peut avoir (il cible un comportement individuel ou les facteurs déterminants de ce comportement). Cette nouvelle approche repose sur la preuve, obtenue après plus de dix ans de recherche et d'évaluation de programmes, selon laquelle les changements de comportement des adolescents sont influencés par différents facteurs, dont la connaissance et l'attitude individuelles, les relations avec les parents et avec les pairs, les écoles, la situation économique, les croyances religieuses et les normes sociales prédominantes. Certains de ces facteurs nous permettent de comprendre le contexte dans lequel les jeunes vivent et prennent des décisions ; d'autres nous aident à recentrer nos programmes. Il est par conséquent essentiel de les mesurer et de surveiller les tendances des indicateurs clés relatifs à ces domaines au niveau national.

Voici une représentation sous forme de diagramme de ce modèle et de ses relations avec les autres guides de S&E de l'ONUSIDA



Cette structure offre aux responsables des programmes un système de classification leur permettant d'organiser les indicateurs prioritaires et de reconnaître les zones de déséquilibre de la planification et du suivi des programmes de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes.

Voici de plus amples détails concernant les catégories des indicateurs contenus dans ce guide.

Indicateurs des programmes

Ces indicateurs permettent d'évaluer les éléments essentiels des interventions de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes au niveau national ; ils sont aussi souvent utilisés pour surveiller les changements dans le temps. Ils comprennent les mesures relatives à la politique, au financement et à la couverture de programmes spécifiques.

Facteurs déterminants (facteurs de risque et facteurs de protection)

Ces indicateurs n'ont pas de lien de cause à effet avec l'infection à VIH chez les jeunes mais soit les facteurs en question participent au comportement de prise de risque et à la vulnérabilité, soit ils apportent une certaine protection contre l'infection à VIH. Ils comprennent la connaissance, les attitudes et les perceptions des jeunes, les croyances générales et les attitudes des adultes vis-à-vis de l'accès des jeunes aux informations en matière de santé, ainsi que les mesures de la qualité des relations entre les jeunes et leurs prestataires de soins primaires.

Résultats comportementaux

Ces indicateurs mesurent les actions individuelles des jeunes affectant directement les résultats biologiques. Ils comprennent la mesure de l'utilisation des préservatifs, de la consommation de drogues injectables, des rapports sexuels rémunérés, de la proportion de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et du nombre de partenaires sexuels qu'ils ont eu. Par ailleurs, plusieurs indicateurs inclus n'ont pas de lien de cause à effet avec l'infection à VIH mais contribuent à la vulnérabilité des jeunes face à l'infection, comme les rapports sexuels forcés et les rapports sexuels entre générations (notamment chez les femmes).

Impact

Ces indicateurs mesurent l'impact au niveau de la population, c'est-à-dire les mesures épidémiologiques, plus précisément les taux de prévalence du VIH chez les jeunes et les sous-groupes spécifiques de jeunes.

Présentation des indicateurs

Le choix d'indicateurs appropriés varie en fonction des objectifs du programme, déterminés selon le type de l'épidémie. En raison de la diversification des épidémies de VIH, deux séries d'indicateurs de base ont dû être proposées : l'une pour les épidémies de faible niveau et concentrées, l'autre pour les épidémies généralisées. Dans les deux scénarios, il est indispensable d'accorder de l'importance à la prévention et aux soins du VIH chez les jeunes. Les pays doivent compléter ces indicateurs de base par des indicateurs supplémentaires appropriés choisis parmi la liste présentée ci-dessous.

Comme mentionné précédemment, l'analyse de ces indicateurs est optimisée par la ventilation des données par âge, sexe, état matrimonial et autres caractéristiques essentielles des jeunes. La subdivision par âge est particulièrement importante, le comportement sexuel pouvant considérablement varier selon les groupes d'âge. Généralement, il y a des chances pour que les adolescents âgés de 10-14 ans soient beaucoup moins actifs sur le plan sexuel que ceux âgés de 15-19 ans, qui diffèrent à leur tour des jeunes âgés de 20-24 ans. Cette répartition en groupes d'âge permet aux responsables des programmes nationaux de déceler les tendances longitudinales qui se dessinent dans le temps. Par exemple, si les jeunes interrogés âgés de 15-19 ans déclarent des proportions inférieures d'initiation sexuelle avant l'âge de 15 ans que ceux âgés de 20-24 ans, cela peut suggérer une baisse des premières expériences précoces. Dès que possible, les données doivent être ventilées dans les groupes d'âge 10-14, 15-19 et 20-24 ans. De plus, la ventilation des données en fonction des caractéristiques contextuelles (comme la vie en milieu urbain ou rural, la scolarisation et l'état matrimonial) permet aux responsables des programmes de déterminer les populations présentant un risque accru. Cela leur permet également de prendre des décisions plus éclairées en matière de programmes, notamment à propos de l'introduction d'un enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne pour les plus jeunes dans les écoles. Afin d'éviter les mauvaises interprétations et décisions en matière de programmes, les indicateurs ne doivent pas être notifiés en cas d'indisponibilité des données appropriées.

Voici une présentation des indicateurs par catégories, des outils de mesure et du degré de priorité correspondant aux différents stades de l'épidémie.

Indicateur	Outils de mesure	Priorité Épidémie généralisée	Priorité Épidémie concentrée/ de faible niveau
Indicateurs des programmes			
1. Indice national sur la politique relative aux jeunes et au VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire d'évaluation des pays 	B	B
2. Fonds nationaux consacrés par le gouvernement aux programmes de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête ONUSIDA/FNUAP/NIDI sur les flux de ressources financières 	C	C
3. Dispense d'un enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles	<ul style="list-style-type: none"> Enquête scolaire 	B	B
4. Institutionnalisation des services de santé adaptés aux jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête représentative sur le plan national des points de prestation de services de santé 	B	B
5. Utilisation par les jeunes des services de santé spécifiés	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national Statistiques relatives aux services issues d'une enquête sur les services de santé 	B	B
6. Disponibilité des préservatifs pour les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête sur le commerce de détail MEASURE Evaluation/WHO/PSI Compiled Condom Availability and Quality Protocol (Protocole traitant de la qualité et de la disponibilité des préservatifs)(4) 	B	B
7. Jeunes consommateurs de drogues injectables atteints par les services de prévention du VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Méthodes d'estimation de la prévalence Statistiques relatives aux services issues des projets des programmes et des établissements de traitement 	C	B
8. Participation des jeunes aux programmes de prévention du VIH	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire d'évaluation des pays 	C	C
Indicateurs des facteurs déterminants (facteurs de risque et facteurs de protection)			
9. Connaissance de la prévention du VIH chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B	B
10. Connaissance d'une source officielle de préservatifs chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	C	C
11. Prise de décision relative à la sexualité chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	C	C
12. Perceptions de l'activité sexuelle des pairs	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	C	C
13. Liens avec un parent ou un prestataire de soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	C	C
14. Contrôle du comportement des jeunes par un parent ou un prestataire de soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	C	C
15. Soutien des adultes à l'éducation sur l'utilisation des préservatifs pour la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B	B

Indicateurs comportementaux			
16. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B	B
17. Utilisation du préservatif chez les jeunes qui ont eu des rapports sexuels à plus haut risque au cours de l'année précédente	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B	B
18. Comportement sexuel sans risque chez les jeunes (indicateur composite)	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B	B
19. Rapports sexuels forcés chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B	B
20. Rapports sexuels avec des partenaires sexuels d'âges différents chez les jeunes femmes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B	C
21. Rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B	B
22. Rapports sexuels chez les jeunes intoxiqués	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	C	C
23. Comportement en matière de dépistage chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B	C
24. Utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels anaux chez les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes spéciales auprès des HSH 	C	B
25. Pratiques sans risque chez les jeunes consommateurs de drogues injectables (CDI)	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes spéciales auprès des CDI 	C	B
26. Utilisation du préservatif chez les jeunes professionnel(le)s du sexe	<ul style="list-style-type: none"> Enquêtes spéciales auprès des professionnel(le)s du sexe 	B	B
Indicateurs de l'impact			
27. Prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance sentinelle 	B	C
28. Prévalence du VIH chez les jeunes dans les enquêtes communautaires	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	B*	C
29. Prévalence du VIH dans les sous-populations de jeunes ayant un comportement à haut risque	<ul style="list-style-type: none"> Directives ONUSIDA/OMS de la surveillance de deuxième génération (5) Directives FHI, sur l'échantillonnage des sous-populations (6) 	C (B**)	B
30. Jeunes atteints d'une infection sexuellement transmissible	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national 	C	C

C = indicateur complémentaire.

B = indicateur de base.

B* = de base dans les pays présentant des niveaux de prévalence relativement élevés (supérieurs à 3 %).

B** = de base pour les professionnel(le)s du sexe ; complémentaire pour les autres groupes à haut risque.

Remarque sur le suivi l'évaluation

Il est nécessaire de surveiller et d'évaluer les programmes destinés à promouvoir la santé et le développement afin de gérer les ressources, d'améliorer les programmes et de montrer si les interventions ont bien les effets escomptés. Les définitions suivantes sont tirées d'un ancien document de l'ONUSIDA sur le suivi et l'évaluation des interventions sur le VIH/SIDA (3).

- Le suivi désigne la surveillance permanente des informations prioritaires relatives à un programme (au niveau du pays ou du projet) ainsi que ses résultats attendus. Il comprend le suivi des apports et des retombées à travers des systèmes de registres et de rapports réguliers ainsi que des enquêtes sur l'observation de la santé et les clients. Il peut être appelé suivi des programmes, suivi des processus ou suivi des retombées.
- L'évaluation regroupe un ensemble d'activités conçues pour déterminer l'effet ou la valeur d'un programme. Elle cherche à déterminer si le programme a eu l'effet escompté sur les résultats spécifiés. Dans ce guide, les résultats sont considérés comme étant à la fois des comportements individuels et les facteurs déterminants (facteurs de risque et de protection) de ces comportements. L'évaluation peut aussi impliquer la recherche de preuves de l'impact d'un programme, comme l'attribution de changements à long terme à des programmes spécifiques.
- Les activités de surveillance sont liées, mais ne sont pas identiques au suivi et à l'évaluation des programmes. La surveillance est la recherche permanente des maladies ou des comportements aux moyens du même système de collecte des données dans le temps ; elle n'est toutefois pas nécessairement liée à un programme ou à une intervention spécifique. La surveillance peut permettre de décrire et de surveiller une épidémie ainsi que sa propagation. La surveillance comportementale permet de décrire des schémas de comportement au sein de populations particulières. La surveillance peut contribuer à la prévision de tendances futures en matière de maladies ou de schémas comportementaux. Les systèmes de surveillance, conformément à la surveillance du VIH de deuxième génération, surveillent généralement la prévalence du VIH et des IST, les notifications de cas de SIDA et les comportements sexuels à risque.

Les évaluations du véritable impact capables d'attribuer des changements en matière de prévalence du VIH à des programmes spécifiques sont très rares, car elles requièrent des modèles expérimentaux complexes et coûteux et sont généralement difficiles à mettre en œuvre pour les interventions au niveau national. En revanche, le suivi des indicateurs de l'impact tels que la prévalence du VIH, associés aux indicateurs des processus et des résultats, est considéré comme étant suffisant à la détermination de l'impact global d'une riposte nationale à l'épidémie. Il est par conséquent important de surveiller les changements de comportements ayant un lien de cause à effet avec la prévalence de la maladie. De la même façon, démontrer un changement de comportement dans un groupe cible peut prendre un certain temps. Afin d'obtenir une évaluation plus précise sur les capacités d'un programme à entraîner un changement de comportement, il est important de surveiller les changements des facteurs qui déterminent les comportements en question, tels que les changements des facteurs de risque et de protection qui contribuent à ces comportements.

Les indicateurs de ce guide sont conçus pour être utilisés au niveau national. Le guide regroupe les indicateurs de base communs à la plupart des programmes nationaux et atteint ainsi des objectifs suivants :

- Il fournit une orientation sur les éléments minimums le plus souvent nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des programmes de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes.
- Il fournit une orientation sur la mesure des comportements courants à l'origine de la propagation de l'épidémie et des facteurs déterminants les plus fréquents qui influencent ces comportements.
- Il offre un moyen fréquemment utilisé de mesurer l'évolution de la mise en œuvre et de l'effet d'un programme de prévention nationale afin que les efforts puissent être comparables dans le temps et entre pays

Lors du choix d'une série d'indicateurs nationaux, il est important que les pays, c'est-à-dire les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, prennent conscience qu'ils ne sont pas limités à cette série d'indicateurs et qu'ils ne sont pas obligés de tous les collecter. Le choix des indicateurs doit s'appuyer sur les buts, les objectifs et les activités de chaque programme national de prévention du VIH/SIDA, sur le stade de l'épidémie du VIH et sur les principaux modes de transmission du VIH au sein des différentes sous-populations. Ces indicateurs jouent également un rôle international en aidant les donateurs et les agences à :

- surveiller les tendances de l'épidémie chez les jeunes et la riposte mondiale à l'épidémie ;
- identifier les tendances et les schémas régionaux de l'épidémie chez les jeunes ;
- mettre en avant les problèmes persistants soulevés par les programmes ;
- plaider en faveur de l'extension des ressources destinées à consacrer des programmes aux jeunes.

Le présent guide ne fournit pas d'instructions sur la conception d'un plan de suivi et d'évaluation d'un programme national de prévention du VIH/SIDA. Un tel plan doit être adapté aux spécificités des interventions mises en œuvre au niveau du pays, de la région et du projet. D'autres guides de l'ONUSIDA (3) traitent de ce sujet plus en détail, (voir : <http://www.unaids.org>) et des ressources supplémentaires relatives au suivi et l'évaluation des programmes pour les jeunes sont également disponibles (7-9).

Remarque aux utilisateurs

Ce guide rassemble pour la première fois les indicateurs mondiaux ciblant les programmes de prévention du VIH/SIDA chez les jeunes au niveau national. Cependant, de nouvelles avancées et des leçons tirées de l'expérience dans le domaine du suivi et de l'évaluation des programmes de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes devraient nécessiter la révision et la mise à jour de ces indicateurs. Le guide est, par conséquent, une œuvre en constante évolution qui sera optimisée dans de prochaines éditions.

CHAPITRE 2

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre s'intéresse aux questions liées à la collecte des données auprès de chaque jeune interrogé et particulièrement appropriées aux Facteurs déterminants (Facteurs de risque et de protection), aux Résultats comportementaux, et aux Indicateurs de l'impact (Chapitres 4-6). Il renferme également une section sur les défis spécifiques associés au rassemblement des données obtenues auprès des jeunes adolescents, principalement ceux âgés de 10-14 ans. L'Annexe méthodologique fournit une description plus complète de certaines de ces questions liées à la collecte des données.

1. Validité, fiabilité et subjectivité

L'une des principales préoccupations concernant la collecte des données sur les jeunes est que ces informations soient comparables dans le temps. Lorsque les données sont comparables, les responsables des programmes nationaux peuvent identifier les tendances et les changements de l'épidémie du VIH chez les jeunes. Pour y parvenir, les données doivent être **valides**, fiables et objectives. Des données valides sont des données qui se rapprochent le plus possible de la vérité. Des données **fiables** sont des données qui restent systématiquement les mêmes lorsque des questions identiques ou similaires sont posées. Lorsque des erreurs sont systématiques ou suivent un schéma régulier on les qualifie de subjectives.

Plusieurs types de biais peuvent se produire lors de la collecte des données. L'un des types de biais qui affecte la collecte de données chez les jeunes est le **biais dû à l'enquêteur**. Un enquêteur peut influencer les réponses de nombreuses façons, ne serait-ce que par le ton de sa voix. D'autres caractéristiques, telles que le sexe, l'âge, les origines, l'appartenance ethnique, le niveau d'éducation et les attitudes peuvent également influencer la façon dont un jeune répond aux questions. Les chercheurs ont découvert que les participants étaient généralement plus susceptibles d'accorder leur confiance à des personnes qui leur ressemblent et qu'ils pouvaient par conséquent déclarer un comportement à risque à ces enquêteurs. Par exemple, la personne la plus appropriée pour interroger une adolescente vivant à la campagne est une jeune femme issue du même milieu.

Pour limiter le biais dû à l'enquêteur, il faut s'assurer que tous les enquêteurs sont bien formés et évalués en matière de compétences nécessaires à la conduite d'une enquête, de protocole de recherche et d'éthique de la recherche. La formation des enquêteurs doit aussi traiter de l'importance de disposer de données valides, des façons de réduire la subjectivité et des objectifs mêmes de la recherche afin que les enquêteurs s'approprient et se sentent personnellement impliqués vis-à-vis de ces objectifs, même en l'absence de supervision (10).

Un autre type de biais souvent très courant chez les jeunes interrogés est le biais de **désirabilité sociale** qui intervient lorsque les participants à l'étude ne répondent pas honnêtement aux questions car ils perçoivent la vérité comme étant socialement inacceptable ou indésirable. Par exemple, une personne peut faussement nier avoir eu une infection sexuellement transmissible par peur de la stigmatisation sociale qui y est associée. Les chercheurs ont découvert que les comportements considérés comme socialement indésirables étaient généralement sous-déclarés plutôt que surdéclarés (11). Cependant, les perceptions de la désirabilité peuvent varier au sein d'une population et ce qui peut être perçu comme inacceptable pour un groupe peut être considéré comme désirable pour un autre. Dans certaines cultures, par exemple, l'abstinence sexuelle des jeunes femmes est hautement considérée, de sorte qu'elles peuvent sous-déclarer le nombre total de leurs partenaires sexuels aux enquêteurs, alors que les jeunes hommes de la même culture peuvent tirer de la fierté de l'expérience sexuelle et ainsi exagérer le nombre total de leurs partenaires (12,13).

Plusieurs techniques ont été mises au point afin de réduire les biais de désirabilité sociale. L'une consiste à expliquer les objectifs de la recherche avant l'entretien, y compris leur valeur et leur légitimité sociale, ainsi que l'importance de l'honnêteté des rapports. Une autre est de garantir l'intimité de l'entretien ainsi que la confidentialité de toutes les informations qui en découlent, ce qui doit être le plus clair possible aux yeux des personnes interrogées.

Il existe plusieurs moyens de réduire la possibilité des biais à travers la formulation et la conception des questionnaires. Pour de plus amples détails sur ce sujet, y compris des conseils sur la conception des questionnaires, veuillez consulter l'Annexe méthodologique.

2. Méthodes de collecte des données

La méthodologie de la collecte des données recommandée pour la plupart des indicateurs inclus dans ce guide est une **enquête à domicile** nationale ou régionale auprès des jeunes. Par ailleurs, **les enquêtes scolaires**, largement mises en œuvre, doivent également être reconnues comme source pertinente de données sur les jeunes. Chaque méthode présente des avantages et des inconvénients qui sont détaillés dans l'Annexe méthodologique. Le coût constitue l'un des principaux avantages des enquêtes scolaires par rapport aux enquêtes à domicile : les enquêtes scolaires sont, dans l'ensemble, beaucoup moins coûteuses à réaliser. Le coût moindre de ces enquêtes est largement dû à la plus grande accessibilité de l'échantillon (avantage d'avoir un groupe de jeunes dans une école plutôt que de devoir aller à la rencontre de chaque jeune à son domicile) et le fait que la plupart des enquêtes scolaires utilisent des autoquestionnaires (c'est-à-dire qu'il n'y a pas besoin d'enquêteur pour poser les questions, les jeunes remplissant eux-mêmes le questionnaire).

Cependant, le défaut majeur des enquêtes scolaires, qui explique aussi principalement pourquoi elles ne sont pas proposées comme moyen de collecte des données dans ce guide, est qu'elles ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population des jeunes. En voici deux grands arguments :

- Dans les pays où la scolarisation globale est faible (et généralement d'autant plus faible que l'âge augmente), une très large proportion de l'ensemble de la population des jeunes ne serait pas incluse dans un échantillon scolaire.
- Ce guide recommande la collecte de la plupart des indicateurs auprès de jeunes ayant jusqu'à 24 ans. Dans les pays où la scolarisation est élevée, les jeunes de la tranche d'âge supérieure (18 ans et plus) ne vont plus à l'école et seraient par conséquent exclus de l'échantillon.

Les indicateurs de ce guide ont été regroupés dans le but de suivre et d'évaluer les programmes nationaux et pour surveiller les tendances comportementales et biologiques relatives au VIH à l'échelle nationale. Étant donné les limites mentionnées ci-dessus, les enquêtes scolaires ne peuvent pas remplacer les enquêtes à domicile. Néanmoins, les enquêtes scolaires peuvent constituer une bonne source d'informations complémentaire à utiliser conjointement avec une enquête à domicile pour éclairer des questions spécifiques, notamment celles relatives aux interventions scolaires.

En définitive, le point le plus important est la synergie de méthodes et d'efforts divers en matière de collecte des données destinés à dresser un tableau complet des questions relatives à la prévention et au traitement du VIH/SIDA chez les jeunes. Toutes les enquêtes, qu'elles soient réalisées à domicile, à l'école ou auprès de populations spéciales, doivent inclure une série clé d'indicateurs de base relatifs au VIH et aux jeunes. Ce guide propose une telle série d'indicateurs, avec pour but de contribuer à la comparabilité des données entre enquêtes, entre régions et dans le temps, et d'améliorer ainsi l'ensemble des efforts fournis en matière de collecte des données.

Pour la plupart des indicateurs compris dans ce guide, les données devront être collectées à travers la réalisation d'**une enquête à domicile** nationale ou régionale auprès des jeunes. Les principales enquêtes à domicile en cours collectant les données dans un grand nombre de pays comprennent notamment les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les Enquêtes de surveillance comportementale

(ESC) élaborées par Family Health International et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS). La plupart de ces enquêtes s'appuient sur des échantillons d'adultes et la taille de l'échantillon ainsi que les techniques d'échantillonnage doivent être ajustées afin de garantir un nombre représentatif de jeunes au sein de l'échantillon global. Certaines enquêtes à domicile sont également spécifiques aux adolescents, telles que les Reproductive Health and Adolescent Reproductive Health Surveys entreprises par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et les Asian Young Adult Reproductive Risk Surveys, sous l'égide de l'USAID. En plus de ces enquêtes « internationales », de nombreux pays entreprennent également des enquêtes nationales annuelles ou plus fréquentes (comme des enquêtes trimestrielles sur la main d'œuvre ou l'économie). Le volume et la nature des données sur les adolescents varient considérablement entre ces enquêtes nationales. De telles enquêtes doivent néanmoins retenir notre attention car elles peuvent permettre l'ajout de questions sur la santé et le développement des adolescents.

3. Collecte des données sur les 10-14 ans : Défis en matière de collecte et d'analyse des données

À ce jour, la plupart des enquêtes de grande envergure sur les jeunes ainsi que la majorité des programmes (de l'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne à la prestation de services de santé en passant par les interventions sur les moyens de subsistance) ciblent les jeunes âgés de 15 ans et plus. Pourtant, dans beaucoup de cas, un grand nombre de jeunes de 15 ans sont sexuellement matures, ont déjà eu des rapports sexuels et, dans de nombreux environnements, une large proportion des filles âgées de 15 ans s'est déjà mariée.

Il y a donc un réel besoin de collecter des données auprès des adolescents âgés de 10-14 ans et de cibler des interventions appropriées sur ce groupe d'âge. Plusieurs problèmes méthodologiques et éthiques entourent néanmoins la collecte des données auprès de cette population. Certaines enquêtes scolaires (voir l'Annexe méthodologique) ont effectivement inclus des adolescents âgés de moins de 15 ans et ont donné de précieuses leçons sur la collecte des données auprès de cette population. Cependant, nous disposons dans l'ensemble d'assez peu d'informations sur les meilleures pratiques de la collecte des données auprès de ce groupe d'âge, notamment dans les enquêtes à domicile ; cela mérite donc clairement des recherches plus approfondies. Les principaux domaines étudiés sont présentés ci-dessous.

Ce guide recommande d'explorer la possibilité de collecter les données auprès des jeunes adolescents âgés de 10-14 ans, et ce quel que soit le contexte. Dans certains cas, il est possible de poser des questions portant sur la sexualité de ce groupe d'âge alors que c'est impossible dans d'autres. Pour les environnements où de telles questions ne peuvent pas être posées, le Guide recommande de se concentrer (pour ce groupe d'âge) sur les indicateurs du chapitre Facteurs déterminants relatifs à la pertinence des connaissances sur la prévention du VIH, à la perception de l'activité sexuelle des pairs par les jeunes et à la description du contexte dans lequel les jeunes prennent des décisions en rapport avec la sexualité.

3.1 Collecter des données biologiques

En règle générale, ce groupe est exclu des estimations sur la prévalence du VIH. Les données sur la prévalence proviennent en grande partie du dépistage des femmes enceintes dans les services prénatals. Il est fort probable que les jeunes filles âgées de 10-14 ans ne représentent qu'une très faible proportion de cette clientèle dans tout environnement donné, même dans ceux où l'activité sexuelle n'est pas rare à un âge précoce. La collecte des données dans les centres prénatals doit être dans tous les cas effectuée par âge (par année), permettant des analyses en fonction de différentes tranches d'âge. Généralement, les enquêtes de population n'intègrent pas non plus ce groupe d'âge et le rassemblement d'échantillons biologiques de ce groupe d'âge pose des problèmes associés à l'éthique et au consentement parental. Dans l'ensemble, l'estimation de la prévalence du VIH chez ce groupe restera vraisemblablement limitée à la modélisation de la prévalence correspondant à d'autres groupes d'âge.

3.2 Convenance des questions de l'enquête

Dans de nombreux environnements, il se peut que les parents et que d'autres adultes s'opposent à ce que les questions sur le comportement sexuel soient posées aux adolescents âgés de 10-14 ans. Dans les environnements où les questions comportementales peuvent être posées aux plus jeunes adolescents, leur formulation doit faire l'objet d'une grande attention afin d'en garantir la totale compréhension et la sensibilité culturelle.

Parfois, les questions comportementales peuvent être posées indirectement. Par exemple, on demande aux jeunes adolescents s'ils pensent que leurs pairs ont déjà eu des relations sexuelles (ou ont consommé des drogues, etc.), la personne interrogée répondant sur un groupe qui lui ressemble. Néanmoins, il est impossible de certifier que ces types de questions remplacent les questions directes sur la personne interrogée. Par exemple, certaines recherches ont montré que les adolescents croyaient souvent que leurs amis avaient des comportements dans une mesure supérieure à la réalité (14,15,16).

Les questions sur la perception de certains actes permettent aussi d'en déduire si les jeunes adolescents commettent de tels actes (notamment si la personne interrogée trouve acceptable ou non d'avoir lui-même des rapports sexuels). Il a été prouvé que les attitudes vis-à-vis du sexe étaient fortement liées à l'activité sexuelle effective. Cependant, le début de l'activité sexuelle peut être dû à des circonstances indépendantes des attitudes des jeunes (ex. rapports sexuels forcés) et c'est pourquoi cette mesure ne peut pas remplacer les questions comportementales directes.

Certaines enquêtes ont choisi d'élaborer un module supplémentaire afin de remplacer les questions sur le comportement sexuel lorsque ces dernières ne peuvent pas être posées (ex. « Optional core module for countries that cannot ask sexual behaviour questions » de l'enquête de l'Organisation mondiale de la Santé intitulée Global School-based Student Health Survey). Toutefois, dans certains environnements, même les questions sur l'attitude et les connaissances en matière de sexualité, de contraceptifs et de services de santé reproductive peuvent être jugées inappropriées pour ce groupe d'âge.

3.3 Consentement et autorisation parentale

L'obtention d'un consentement approprié de la part du jeune et/ou de son tuteur est dans la plupart des pays imposée par la loi sur la protection des mineurs ; elle est également souvent prévue par les politiques éthiques des organismes de recherche. Le processus d'obtention du consentement est influencé par plusieurs facteurs : le développement du jeune concerné, l'environnement dans lequel il est interrogé et ses conceptions sociales de la convenance du sujet en question.

a) Développement : le développement émotionnel et intellectuel dans ce groupe d'âge n'est en fait pas homogène : il diffère selon l'année et aussi entre les garçons et les filles. Cependant, quel que soit le stade de développement, un consentement écrit ou oral est généralement demandé à la personne interrogée. Le plus souvent, un consentement parental est aussi exigé.

b) Environnements : l'environnement le plus courant dans lequel les jeunes sont interrogés est leur propre domicile et l'école. Dans ces deux contextes, il est habituellement nécessaire d'obtenir une autorisation ou un consentement parental afin de procéder à l'entretien. Un biais peut être introduit dans les deux cas par le fait que certains parents autorisent leur enfant à être interrogé alors que d'autres non. L'environnement même peut aussi influencer l'entretien (la personne interrogée le trouve-t-elle confortable et intime ?). Lorsque les jeunes sont atteints par le biais d'autres environnements, tels que la rue ou un lieu de travail, le consentement parental n'est généralement pas demandé.

c) Conceptions sociales : Le consentement parental peut être plus ou moins difficile à obtenir selon les sujets à couvrir dans un questionnaire et les normes et conceptions en vigueur concernant les sujets appropriés à ce groupe d'âge. Ainsi, une enquête axée sur la sexualité obtiendra vraisemblablement un taux de consentement parental inférieur qu'une enquête visant un plus large éventail de résultats sur la santé et le développement.

Beaucoup de questions restent sans réponses concernant le choix de la meilleure méthodologie de collecte des données auprès des 10-14 ans. Ces questions doivent être reconnues et approuvées sans que cela ne paralyse pour autant les efforts destinés à collecter les données auprès de ce groupe, efforts clairement indispensables pour atteindre cette jeune population.

CHAPITRE 3

INDICATEURS DES PROGRAMMES

Les indicateurs des programmes ont pour but de surveiller les interventions clés en matière de prévention du VIH au niveau national. Ils sont principalement axés sur les apports, les processus et les retombées et peuvent être utilisés pour surveiller l'évolution de la mise en œuvre des programmes dans le temps.

Ce chapitre s'ouvre sur deux indicateurs mesurant la riposte globale des gouvernements en matière de prévention du VIH/SIDA chez les jeunes à travers des politiques spécialement conçues pour eux et l'apport de fonds nationaux destinés aux programmes de prévention qui leur sont consacrés.

Cinq indicateurs portant sur des domaines spécifiques d'intervention ont été sélectionnés ; ce choix repose sur le principe selon lequel les éléments minimums composant tout programme national de prévention du VIH/SIDA chez les jeunes doivent intégrer la fourniture d'informations pertinentes et d'un enseignement des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles, l'accès aux préservatifs et aux principaux services de santé spécifiés, tels que le dépistage du VIH, le diagnostic ou le traitement des IST et la planification familiale/les contraceptifs. Ces éléments sont considérés comme étant des indicateurs de base dans tout type d'épidémie et d'environnement. Un indicateur complémentaire mesure spécialement l'inclusion de jeunes dans les programmes pour les CDI. Cet indicateur est fondamental pour les environnements et les épidémies dans lesquels la consommation de drogues injectables est un mode majeur de transmission du VIH. Ces cinq indicateurs sont axés sur la couverture des programmes plutôt que sur leur qualité, l'évaluation de la qualité devant être déterminée à partir des caractéristiques spécifiques d'une intervention, ce qui diffère selon les environnements.

La nécessité de l'implication des jeunes dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA qui leur sont consacrés n'étant plus à démontrer, un indicateur supplémentaire mesure la participation des jeunes à ces étapes.

Les huit indicateurs comprennent et sont fondés sur tous les indicateurs des programmes spécifiques aux jeunes inclus dans les directives précédentes (3,17).

Indicateur	Outils de mesure	Priorité Épidémie généralisée	Priorité Épidémie concentrée/de faible niveau
1. Indice national sur la politique relative aux jeunes et au VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire d'évaluation des pays 	B	B
2. Fonds nationaux consacrés par le gouvernement aux programmes de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête ONUSIDA/FNUAP/NIDI sur les flux de ressources financières 	C	C
3. Dispense d'un enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles	<ul style="list-style-type: none"> Enquête scolaire 	B	B
4. Institutionnalisation des services de santé adaptés aux jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête représentative sur le plan national des points de prestation de services de santé 	B	B
5. Utilisation par les jeunes des services de santé spécifiés	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de population générale représentative sur le plan national Statistiques relatives aux services issues d'une enquête sur les services de santé 	B	B
6. Disponibilité des préservatifs pour les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> Enquête sur le commerce de détail MEASURE Evaluation/WHO/PSI Compiled Condom Availability and Quality Protocol (4) 	B	B
7. Jeunes consommateurs de drogues injectables atteints par les services de prévention du VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Méthode d'estimation de la prévalence Statistiques relatives aux services issues des projets des programmes et des établissements de traitement 	C	B
8. Participation des jeunes aux programmes de prévention du VIH	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire d'évaluation des pays 	C	C

C = complémentaire

B = de base.

1. Indice national sur la politique relative aux jeunes et au VIH/SIDA Priorité : Indicateur de base.	
Définition	Évolution de l'élaboration de politiques et de stratégies nationales sur le VIH/SIDA dans six domaines clés : <ol style="list-style-type: none"> 1. identification de la prévention du VIH chez les jeunes comme une priorité du plan stratégique national sur le SIDA ; 2. application d'une approche multisectorielle de la prévention du VIH chez les jeunes ; 3. existence d'une politique ou d'une stratégie destinée à promouvoir l'information, l'éducation et la communication (IEC) en matière de VIH pour les jeunes ; 4. existence d'une politique de promotion d'un enseignement des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles ; 5. existence d'une politique de prestation de services de santé adaptés aux jeunes ; 6. existence d'une politique de promotion de l'accès des jeunes aux préservatifs
Population cible	Informateurs clés connaissant les politiques nationales
Numérateur	S0
Dénominateur	S0
Outil de mesure	Les éléments proposés dans cet indicateur doivent être ajoutés au Questionnaire d'évaluation des pays, conformément à l'Annexe 3 du document de l'ONUSIDA Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base (17).
Ce qu'il mesure	Cet indicateur mesure l'évolution du développement des politiques et des stratégies sur le VIH/SIDA au niveau national dans six domaines clés relatifs aux jeunes. Il vient en complément de l'Indice composite national du document de l'ONUSIDA Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base (17)
Comment le mesurer	<p>Les questions appartenant exclusivement aux politiques sur les jeunes doivent être ajoutées aux domaines « plan stratégique » et « prévention » du Questionnaire d'évaluation des pays (Annexe 3 de la SSAGNU sur le VIH/SIDA concernant les Directives sur l'élaboration des indicateurs de base). Le questionnaire est mené auprès d'informateurs clés issus de plusieurs institutions déterminées afin d'obtenir des opinions sur les domaines centraux de l'engagement et de l'élaboration des programmes. Une note est attribuée par élément (oui = 1, non = 0). Les éléments peuvent être intégrés à l'Indice composite des politiques nationales (issu des directives de l'ONUSIDA) et peuvent également être analysés séparément en tant qu'indice indépendant des politiques spécifiques aux jeunes. Les éléments en question sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concernant le plan stratégique national : <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Le pays a identifié la prévention et la connaissance du VIH chez les jeunes comme une priorité du plan stratégique national sur le VIH/SIDA. 1.2 Le pays applique une approche multisectorielle à la prévention du VIH chez les jeunes (en impliquant au moins les secteurs de la santé et de l'éducation). 2. Concernant les politiques de prévention : <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Le pays dispose d'une politique ou d'une stratégie ciblée exclusivement sur les jeunes et destinée à promouvoir l'information, l'éducation et la communication (IEC) en matière de VIH/SIDA. 2.2 Le pays dispose d'une politique de promotion de l'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles. 2.3 Le pays dispose d'une politique de prestation de services de santé adaptés aux jeunes. 2.4 Le pays dispose d'une politique de promotion de l'accès des jeunes aux préservatifs. <p>L'indicateur est la somme des notes obtenues à cette évaluation.</p>

<p>Atouts et limites</p>	<p>L'indicateur, simple à évaluer, est conçu pour compléter l'Indice composite de politiques nationales. Néanmoins, en raison de sa nature purement quantitative, il ne donne aucune information sur la qualité ou l'efficacité des politiques et des stratégies nationales. Il se limite à en indiquer l'existence. De plus, parce qu'il repose sur les opinions d'informateurs clés, le résultat dépend entièrement du choix des informateurs qui peuvent changer d'une année sur l'autre. Déceler les véritables différences entre les pays et les changements sur de courtes durées devient alors difficile à réaliser, tout changement dans la composition des informateurs étant susceptible d'entraîner un changement d'évaluation.</p> <p>La question de la valeur d'une seule note composite a également été posée, les progrès dans certains domaines pouvant être occultés par un recul dans d'autres. À des fins de planification et de surveillance, la présentation séparée des indices peut s'avérer plus utile.</p> <p>Il s'agit d'un exercice qualitatif dans lequel les informations sont collectées auprès d'un nombre limité d'informateurs. Si les personnes interrogées pour l'évaluation des politiques ne sont généralement pas représentatives, elles sont soigneusement choisies pour leurs connaissances et leur point de vue. Il se peut donc que l'évaluation des politiques soit affectée par un biais de subjectivité de la part des personnes interrogées. Dans la plupart des pays, la personne interrogée sélectionnée est le responsable du programme national de lutte contre le SIDA. Cependant, plusieurs personnes peuvent être interrogées afin d'obtenir un tableau plus complet et des efforts peuvent être entrepris pour conserver les mêmes informateurs sur plusieurs années dans le but d'éviter les biais de rappel.</p> <p>Liens vers d'autres indicateurs Référence (3). Lien vers l'indicateur des politiques n° 1 : Indice de l'effort des programmes de lutte contre le SIDA (IPS). Référence (17). Lien vers l'indicateur de l'engagement national et de l'action n° 2 : Indice composite des politiques nationales.</p>
---------------------------------	--

2. Fonds nationaux consacrés par le gouvernement aux programmes de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes <i>Priorité : Indicateur complémentaire.</i>	
Définition	Montant des fonds nationaux consacrés par les gouvernements aux programmes de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes
Population cible	Informateurs clés connaissant les dépenses consacrées par le gouvernement au VIH/SIDA ; ou rapport des dépenses gouvernementales
Numérateur	SO
Dénominateur	SO
Instruments de mesure	Enquête ONUSIDA/FUNPA/NIDI sur les flux de ressources financières. (À ce jour, cette enquête n'inclut pas la ventilation des données financières par dépenses spécifiques consacrées aux programmes pour les jeunes. Toutefois, une telle ventilation est proposée en supplément du rassemblement des données pour cet indicateur.)
Ce qu'il mesure	Cet indicateur complète l'indicateur de base n°2 des Directives de l'ONUSIDA sur l'élaboration des indicateurs de base (17). L'indicateur de l'ONUSIDA mesure les dépenses consacrées à la prévention du VIH dans quatre domaines : les activités de contrôle des IST, la prévention du VIH, les soins cliniques et le traitement du VIH/SIDA et l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA. Le présent indicateur ne s'attache cependant qu'à l'engagement économique visant à renforcer la riposte préventive au VIH/SIDA pour les jeunes, y compris l'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles, les campagnes d'IEC ciblant les jeunes et les programmes de distribution de préservatifs.
Comment le mesurer	Il faut réaliser une enquête sur les dépenses des gouvernements nationaux consacrées aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA incluant les dépenses spécifiques aux programmes ciblant les jeunes. Les estimations doivent exclure le coût de tous les programmes gouvernementaux financés par des donateurs multilatéraux, bilatéraux ou internationaux. Tous les programmes des ONG locales doivent également être exclus, à l'exception des programmes ou des parties de programmes financées par le gouvernement national.
Atouts et limites	<p>Dans certains environnements, même l'obtention des chiffres généraux des dépenses gouvernementales relatives aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, peut s'avérer difficile. Lorsque les chiffres généraux sont disponibles, isoler, parmi ces chiffres, les dépenses consacrées à des programmes spécifiques, tels que les programmes de prévention destinés aux jeunes peut se révéler compliqué. Néanmoins, il est primordial d'essayer d'identifier l'engagement financier des gouvernements vis-à-vis des programmes de lutte contre le VIH/SIDA pour les jeunes.</p> <p>La principale faiblesse de cet indicateur est qu'il n'isole pas l'engagement financier envers tous les programmes appropriés pour les jeunes. Par exemple, il ne couvre pas la prestation de services adaptés aux jeunes, ces services n'étant généralement pas définis comme faisant partie des activités de prévention. De plus, il n'est pas conçu pour être utilisé comme une mesure de disponibilité des ressources mais comme un indicateur de l'engagement politique envers la riposte au VIH/SIDA chez les jeunes. L'attribution des ressources internes reflète toujours les priorités politiques des gouvernements. La modification des fonds alloués à la prévention du VIH chez les jeunes est par conséquent un bon indicateur de l'importance que les gouvernements prêtent à l'épidémie.</p> <p>Liens vers d'autres indicateurs Référence (3). Lien vers l'indicateur de politique n°2 : Dépenses consacrées à la prévention du VIH. Référence (17). Lien vers l'indicateur de l'engagement national et de l'action n° 1 : Montant des fonds nationaux consacrés par les gouvernements au VIH/SIDA.</p>

3. Fourniture d'un enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles Priorité : Indicateur de base. (Indicateur SSAGNU)	
Définition	Pourcentage d'écoles disposant d'au moins un enseignant qui a été formé à l'enseignement participative VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne et qui a enseigné le sujet au cours de l'année scolaire précédente.
Population cible	Écoles primaires et secondaires
Numérateur	Nombre d'écoles disposant d'au moins un enseignant formé et dispensant régulièrement un enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne.
Dénominateur	Nombre d'écoles ayant fait l'objet de l'enquête.
Outils de mesure	Enquête scolaire ou entretien avec les principaux ou les directeurs d'école.
Ce qu'il mesure	Cet indicateur mesure l'évolution de la mise en œuvre de l'enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles. Il reflète la couverture par école, évaluant la part des écoles qui déclarent proposer de tels programmes. Il n'en mesure pas la qualité. Pour que cet indicateur soit aussi parlant que possible, il doit être associé à des mesures qualitatives.
Comment le mesurer	<p>Les principaux/directeurs d'un échantillon d'écoles représentatif sur le plan national (incluant à la fois les écoles privées et publiques ainsi que les écoles primaires et secondaires) sont informés sur la signification de l'enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne puis interrogés sur les questions suivantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Votre école dispose-t-elle d'au moins un enseignant qualifié qui a été formé à l'enseignement participatif VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne au cours des cinq dernières années ? <ul style="list-style-type: none"> • Un « enseignant qualifié » est un enseignant qui a suivi et validé avec succès un cours de formation consacré aux aptitudes nécessaires pour mener des expériences d'apprentissage participatif visant à développer les connaissances, les attitudes positives et les compétences (comme la communication entre personnes, la négociation, la prise de décision, les compétences en matière d'esprit critique et les stratégies d'adaptation) qui aident les jeunes à conserver des modes de vie sans risque. 2. Si la réponse à la question 1 est « Oui » : Cette personne a-t-elle dispensé un enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne de manière régulière dans votre école tout au long de la dernière année scolaire ? <ul style="list-style-type: none"> • « Tout au long » signifie un programme d'au moins 5-15 heures d'enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne par an et par classe. • Le critère consistant à enseigner « de manière régulière » repose sur des recherches montrant que des programmes de haute qualité ne peuvent donner de bons résultats qu'à partir d'un programme de 5-15 heures d'enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne par an et par classe. • la dimension temporelle de « dernière année scolaire » dépend du calendrier scolaire du pays concerné (généralement 9-10 mois d'une année civile prévus pour permettre aux élèves de mener un niveau scolaire ou une classe à terme). <p>Si l'échantillon a été choisi pour représenter différentes strates, les résultats doivent être ventilés par type d'école (primaire et secondaire, de filles et de garçons, grande et petite, de ville et de campagne, privée et publique). Si une école dispense un enseignement à la fois primaire et secondaire, les informations doivent être collectées et notifiées séparément pour chaque niveau.</p> <p>Par ailleurs il est nécessaire d'indiquer les taux de scolarisation des écoles primaires et secondaires correspondant à l'année scolaire la plus récente.</p>

	<p>L'échantillon d'écoles doit garantir la représentativité des données au plan national. Une liste complète de toutes les écoles est nécessaire (publiques et privées), y compris les écoles proposant des programmes scolaires spéciaux (établissements de formation professionnelle ou pensionnats). Afin de garantir la validité des résultats pour chaque sous-groupe d'écoles ainsi qu'au niveau national, un échantillonnage doit être réalisé dans chaque sous-groupe d'intérêt. Si une sous-catégorie particulière comprend moins de 20 écoles, il n'y a aucun avantage à effectuer un échantillonnage aléatoire. Dans ce cas, un échantillon représentatif peut être choisi en fonction de facteurs tels que la taille, le lieu et le niveau socioéconomique de l'entité scolaire. Il n'est pas nécessaire d'échantillonner au sein des écoles, les informations pour cet indicateur étant collectées auprès d'un responsable ou d'une personne similaire.</p> <p>Selon les ressources, les questions complémentaires suivantes peuvent être posées (si la réponse à la question n° 1 ci-dessus a été « Oui »).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Combien d'enseignants de votre école ont reçu une formation à l'enseignement participatif VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne au cours des cinq années précédentes ? 2. Combien de ces enseignants ont dispensé un programme d'enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne dans votre école au cours de la dernière année scolaire ? 3. Combien de classes et d'élèves de chaque niveau ont reçu un enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne l'année dernière dans votre école ? 4. Quelle a été la durée en heures du programme ou du cours pour chaque classe ? <p>Un guide sur les aspects qualitatifs de l'enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne est disponible à l'adresse suivante : http://www.unicef.org/lifeskills/</p>
<p>Atouts et limites</p>	<p>Cette mesure globale de la couverture du programme d'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles est assez simple à collecter, bien qu'elle nécessite un cadre national d'échantillonnage de toutes les écoles. Les écoles de formation professionnelle et les programmes par alternance doivent être intégrés à l'échantillon.</p> <p>Le programme d'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne doit être mis en œuvre dans les écoles primaires puis prolongé dans les écoles secondaires, le contenu et les méthodes devant être adaptés à l'âge et à l'expérience des élèves. Cet indicateur indique si l'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne est dispensé à chaque niveau de scolarisation mais n'apprend rien sur la qualité du contenu, de l'approche ou des moyens utilisés.</p> <p>Les différences de taux de scolarisation doivent être prises en compte lors des comparaisons entre pays, voire entre régions d'un même pays.</p> <p>L'indicateur porte sur la fourniture d'un enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles et en particulier à travers les programmes dispensés par les enseignants. Les programmes menés par des agences ou des intervenants externes doivent être exclus. Il est possible que l'indicateur ne représente pas l'effort total fourni en matière de dispense d'éducation sur le VIH dans les écoles, car les élèves peuvent obtenir des informations auprès de sources extrascolaires (brochure éducative, affiches, rencontres spéciales). Cependant, de telles sources sont souvent ponctuelles alors que l'indicateur est volontairement axé sur l'inclusion systématique de l'éducation sur le VIH aux programmes scolaires.</p> <p>Liens vers d'autres indicateurs Référence (17). Identique à l'indicateur des programmes nationaux et des comportements n° 1 : Pourcentage d'écoles disposant d'enseignants qui ont été formés à l'enseignement VIH/SIDA des aptitudes à la vie quotidienne et qui l'ont enseigné au cours de l'année scolaire précédente.</p>

4. Institutionnalisation des services adaptés aux jeunes	
<i>Priorité : Indicateur de base.</i>	
Définition	Estimation du nombre d'établissements de santé disposant de moyens opérationnels pour dispenser des services adaptés aux jeunes.
Population cible	Établissements de santé sélectionnés.
Numérateur	Nombre d'établissements de santé disposant d'une politique spécifique au traitement des jeunes clients et d'au moins un dispensateur de soins de santé formé à la prestation de services adaptés aux jeunes.
Dénominateur	Nombre d'établissements de santé ayant fait l'objet de l'enquête
Outils de mesure	Enquête des établissements de santé représentative sur le plan national
Ce qu'il mesure	<p>Cet indicateur mesure deux caractéristiques clés de l'institutionnalisation des services adaptés aux jeunes : l'existence de politiques et de directives au niveau des établissements destinées au traitement des jeunes clients et la formation des dispensateurs de santé aux approches et aux méthodes adaptées aux jeunes. L'existence de politiques et celle de dispensateurs de soins de santé adaptés aux jeunes sont deux des éléments clés des caractéristiques génériques recommandées par l'OMS d'un service de santé adapté aux jeunes (18).</p> <p>Cet indicateur est basé sur les établissements, c'est-à-dire qu'il n'évalue pas la politique au niveau national. Il donne une estimation de l'effort d'institutionnalisation des services adaptés aux jeunes mais ne mesure pas la prestation de services dans les établissements de santé ou la qualité des services fournis. Concernant les outils axés sur l'amélioration opérationnelle des services de santé au niveau de l'établissement, il est possible de consulter des guides tels que ceux des initiatives NAFCI (19) et FOCUS (20).</p>
Comment le mesurer	<p>Un échantillon de points de prestation de services de santé représentatif sur le plan national est préconisé pour cette mesure. Selon l'environnement, l'échantillon peut inclure des établissements aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire. L'échantillon doit être limité aux établissements proposant au moins l'un des trois services fondamentaux relatifs à la prévention du VIH/SIDA : diagnostic et traitement des IST, contraceptifs/ services de planification familiale et dépistage du VIH. Si possible, les établissements à la fois publics et privés doivent être inclus.</p> <p>Par ailleurs, lorsque la consommation de drogues injectables (CDI) est un facteur essentiel de la transmission de l'épidémie, les programmes de prévention et de traitement de la toxicomanie peuvent être inclus. Dans ce cas, la nature du personnel qualifié est susceptible de changer, c'est-à-dire que le personnel n'est plus nécessairement composé de médecins et d'infirmières mais d'autres types de spécialistes. Les questions ci-dessous doivent alors être adaptées.</p> <p>Les directeurs/responsables d'un échantillon représentatif sur le plan national de points de prestation de services de santé sont interrogés sur les questions suivantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Votre établissement dispose-t-il de politiques et/ou de directives écrites destinées aux professionnels de santé portant spécifiquement sur la manière de traiter les jeunes clients ? <ul style="list-style-type: none"> • Les « jeunes clients » sont âgés de 10-24 ans ; les politiques appropriées des établissements peuvent inclure toute la tranche d'âge ou seulement un sous-groupe (ex. jusqu'à 19 ans). • L'expérience indique qu'il est essentiel de demander à voir les directives écrites et de ne pas se contenter de demander si elles existent. 2. Votre établissement dispose-t-il d'au moins un professionnel de santé qualifié (médecin, infirmière, conseiller, etc.) formé à la prestation de services adaptés aux jeunes au cours des cinq dernières années ?

Atouts et limites	<p>Cette mesure de l'institutionnalisation des services de santé adaptés aux jeunes est facile à collecter. Toutefois, pour qu'elle soit représentative, un cadre national d'échantillonnage de tous les points de prestation de services est nécessaire.</p> <p>Cet indicateur est utile dans la mesure où il permet aux responsables des programmes nationaux de surveiller la proportion des structures sanitaires faisant des efforts pour s'adapter aux jeunes. La surveillance des changements temporels de cette mesure peut offrir un bon aperçu de la tendance de la mise en œuvre de tels services. Cependant, il est important de garder à l'esprit que, pour qu'une structure sanitaire soit considérée comme entièrement adaptée aux jeunes, une série de caractéristiques et de fonctions doivent être en place, dont des horaires d'ouverture pratiques, le traitement respectueux des jeunes clients, des prix abordables et l'efficacité des services. Des directives écrites et des professionnels de santé formés ne sont que les critères les plus élémentaires. Afin d'être plus utile à chaque point de prestation de service, il est plus facile d'évaluer la qualité des services de manière approfondie au niveau de chaque établissement de santé à travers une approche visant l'amélioration de la qualité ou un processus comparable.</p> <p>Pour que ces données soient représentatives au niveau national, l'échantillon des établissements de santé doit également l'être. Des critères doivent être établis en fonction de la nature des établissements à prendre en compte (soins de niveau primaire, secondaire et tertiaire, public et privé). Il est primordial de faire la distinction entre les établissements destinés aux jeunes et ceux ciblant la population générale, les premiers étant plus susceptibles de disposer d'un personnel qualifié en matière de services adaptés aux jeunes. Une fois les critères établis, il est nécessaire d'obtenir une liste complète de tous les établissements de santé éligibles. Afin que les résultats soient correctement ventilés pour chaque sous-groupe d'établissements et regroupés au niveau national, un échantillonnage doit être effectué pour chaque sous-groupe. Si une sous-catégorie particulière comprend moins de 20 établissements, il n'y a aucun avantage à l'échantillonner de manière aléatoire. Dans ce cas, un échantillon représentatif d'établissements peut être choisi en fonction de facteurs tels que la taille de la clientèle, le lieu et le niveau socioéconomique de la zone de desserte. Il est inutile d'échantillonner au sein des établissements, les informations pour cet indicateur étant collectées auprès d'un directeur, d'un médecin-chef ou d'une personne similaire.</p>
--------------------------	---

5. Utilisation par les jeunes des services de santé spécifiés Priorité : Indicateur de base.	
Définition	L'utilisation par les jeunes des services de santé spécifiés peut être mesurée soit à travers les données des établissements (mesure de l'utilisation du service uniquement) soit par le biais de méthodes basées sur la population telles que des enquêtes (pouvant notamment fournir une estimation de la couverture des services de santé). 1) Établissements : nombre de jeunes recherchant des services de santé spécifiés et proportion des clients des services de santé représentée par les jeunes. 2) Population : proportion de jeunes recevant des services de santé spécifiés.
Population cible	1) Établissements : échantillon d'établissements de santé 2) Population : personnes âgées de 10-24 ans.
Numérateur	1) Établissements : nombre de jeunes utilisant un service de santé spécifié au cours d'une période définie. Les services de santé présentant un intérêt particulier comprennent ceux relatifs au dépistage du VIH, au diagnostic et au traitement des IST et à la planification familiale/l'utilisation des contraceptifs. 2) Population : nombre de jeunes déclarant recevoir l'un des services de santé spécifiés (dépistage du VIH, diagnostic et traitement des IST et la planification familiale/utilisation de contraceptifs) au cours des 12 mois précédents.
Dénominateur	1) Établissements : clients utilisant un service de santé spécifié au cours d'une période définie. 2) Population : jeunes interrogés qui déclarent être sexuellement actifs (qui ont déjà eu des rapports sexuels).
Outils de mesure	1. Établissements : enquêtes auprès des établissements, données collectées régulièrement auprès des établissements. 2. Population : enquête sur la population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	1) Établissements L'indicateur surveille le nombre de jeunes recherchant des services de santé et la proportion de l'ensemble des clients des services de santé qu'ils représentent. Il peut fournir une estimation des changements de comportement en matière de sollicitation des soins chez les jeunes. Le fait que l'accès des jeunes aux services de santé n'égalise pas la mesure des problèmes de santé que rencontre cette population n'est plus à démontrer. L'un des objectifs de base d'un programme de prévention sur le VIH/SIDA est donc de renforcer l'utilisation des services par les jeunes, notamment pour le dépistage et le traitement des IST, la planification familiale/l'utilisation des contraceptifs et le dépistage du VIH. Cet indicateur fournit, si possible par service spécifique, les chiffres bruts et la proportion de tous les clients représentés par les jeunes. Généralement, une augmentation du nombre et de la proportion des jeunes clients est considérée comme positive. Cependant, le nombre et la proportion doivent être interprétés conjointement, la proportion des clients représentée par les jeunes étant susceptible de diminuer avec l'utilisation croissante des dispensaires par les adultes, même si le nombre de jeunes clients augmente également.

	<p>La bonne interprétation de ces chiffres requiert par ailleurs l'existence de certaines estimations de population, car il est nécessaire de connaître l'ampleur du besoin afin d'interpréter les hausses ou les baisses de l'utilisation des services. Par exemple, si l'on sait que 40 % de la population ayant reçu un service de santé particulier sont des jeunes âgés de 20-24 ans et que, parmi cette population, la prévalence du Chlamydia est de 20 %, il est possible d'obtenir une estimation du nombre et de la proportion maximum de jeunes clients qui devraient en principe solliciter un dépistage et un traitement de l'IST. En d'autres termes, ces données constituent un plafond par rapport auquel évaluer la hausse et la baisse des jeunes clients.</p> <p>2) Population</p> <p>Cet indicateur évalue la proportion de jeunes sexuellement actifs qui déclarent rechercher des services de santé spécifiés. Par ailleurs, lorsque l'on dispose de données sur la proportion de jeunes ayant besoin de services de santé spécifiés, soit à travers des estimations épidémiologiques, soit à travers d'autres enquêtes, cette mesure peut fournir une estimation de la couverture des services de santé spécifiques. Par exemple, le fait de savoir que dans une région donnée, la proportion de femmes sexuellement actives du groupe d'âge 15-19 ans est de 50 % constitue une référence permettant d'évaluer le nombre et la proportion de femmes âgées de 15-19 ans déclarant rechercher des services de santé afin d'obtenir des contraceptifs. Le fait de disposer de plus amples détails sur les comportements sexuels à risque (par exemple si, sur les 50 % sexuellement actives, 40 % déclarent avoir eu plus d'un partenaire au cours de l'année précédente et si seulement 30 % déclarent utiliser fréquemment des préservatifs), peut servir de références à la proportion des filles âgées de 15-19 ans susceptibles d'avoir besoin de services de dépistage du VIH.</p>
<p>Comment le mesurer</p>	<p>1) Établissements</p> <p>Les données minimales requises pour cet indicateur sont obtenues par la ventilation de tous les clients par âge et par sexe. L'attention est portée sur les établissements de soins primaires. Toutefois, selon le contexte, l'utilisation d'autres types d'établissements peut également être surveillée.</p> <p>Les données peuvent être collectées auprès d'un échantillon d'établissements de santé représentatif sur le plan national. L'échantillonnage des établissements de santé est rapidement évoqué dans ce chapitre, au dernier paragraphe sur l'indicateur n° 4.</p> <p>Les données peuvent être obtenues à partir des documents, registres, etc. utilisés par les établissements pour garder la trace des clients. Le nombre de clients représenté par des jeunes est déterminé pour une période donnée. Dans les établissements spécifiques aux jeunes, la période choisie peut être courte, de l'ordre du mois par exemple ; néanmoins, dans les établissements où les jeunes ne représentent qu'une petite proportion de la clientèle, la période doit être étendue afin de disposer de suffisamment de jeunes clients. La proportion des clients dans un cadre temporel déterminé représentée par des jeunes peut aussi être calculée en divisant le nombre de jeunes clients par le nombre total de clients de la période en question. Ces données peuvent être résumées à différents moments afin de donner une idée des tendances de l'utilisation des services.</p> <p>Dès que possible, la nature du service fourni doit être spécifiée. Concernant les programmes de prévention du VIH pour les jeunes, il est nécessaire d'indiquer au moins les services suivants : dépistage et traitement des IST, services de planification familiale et dépistage du VIH. Selon l'environnement (niveau de l'épidémie et existence d'un système de surveillance basé sur l'établissement), les services de PTME et de soins prénatals peuvent aussi être spécifiés, tout comme les services d'échange d'aiguilles. Cependant, dans la plupart des environnements à ressources limitées, ces spécifications sont impossibles. Dans ce cas, il est utile d'enregistrer les jeunes clients simplement par âge, sexe et par type de service sollicité.</p>

	<p>Dans les environnements disposants de systèmes de surveillance plus sophistiqués, les premières visites doivent être dissociées des visites de suivi/ultérieures. Les premières visites mesurent la hausse de l'utilisation des services. Les visites de suivi/ultérieures peuvent refléter un traitement sur la durée (par exemple, une première visite pour un test du VIH et une seconde visite pour l'obtention des résultats) ou un problème de santé récurrent (comme une seconde visite due à un mauvais diagnostique ou traitement d'une IST).</p> <p>Il est nécessaire de mesurer d'autres caractéristiques importantes des jeunes utilisant les services (vie en milieu rural/urbain), car cela peut fournir des informations intéressantes sur la part de la population n'utilisant pas les services.</p> <p>2) Population</p> <p>Les données sont collectées par le biais d'enquêtes de population au cours desquelles les personnes interrogées doivent préciser si elles ont reçu des services spécifiés. Le plus souvent, de telles questions ne sont posées qu'aux personnes interrogées qui déclarent être sexuellement actives (qui ont déjà eu des rapports sexuels). Si la question de l'utilisation des services concerne tous les jeunes, ceux qui n'ont jamais eu de rapports sexuels doivent être exclus du dénominateur.</p> <p>Une limite temporelle déterminée doit être précisée dans la question sur l'utilisation des services. Cette limite peut être définie au niveau national (12 mois est ici proposé).</p> <p>Concernant les programmes de prévention du VIH chez les jeunes, il est nécessaire d'indiquer au moins les services suivant : dépistage et traitement des IST, services de planification familiale et dépistage du VIH. La question est formulée de la manière suivante.</p> <p>Avez-vous reçu l'un des services de santé mentionnés ci-dessous au cours des 12 derniers mois ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic et traitement des IST. • Planification familiale/contraceptifs. • Dépistage du VIH. <p>Le numérateur comprend le nombre de personnes interrogées qui déclarent avoir utilisé l'un des services de santé spécifiés et le dénominateur est le nombre de l'ensemble des personnes interrogées. Comme précédemment, la ventilation des personnes interrogées si possible par sexe et par groupe d'âge, est indispensable à l'obtention des informations sur la part de la population n'utilisant pas les services.</p> <p>Afin d'évaluer la couverture à partir de ces données, il est nécessaire de disposer d'estimations de population sur le besoin en services. Ces estimations peuvent être d'ordre sociodémographique (proportions des adolescents sexuellement actifs par âge et par sexe), épidémiologique (prévalence des STI/du VIH, taux de grossesse ou de natalité, utilisation de contraceptifs, etc.) ou peuvent être issues d'autres enquêtes sur la perception du besoin en services. Comme le montre la section précédente, le fait de savoir que, dans une région donnée, la proportion des femmes sexuellement actives du groupe d'âge 15-19 ans est de 50 % constitue une référence à l'évaluation du nombre et de la proportion de femmes âgées de 15-19 ans déclarant rechercher des services de santé pour obtenir des contraceptifs. La différence entre les deux peut fournir une estimation du besoin non satisfait en un service particulier.</p>
Atouts et limites	<p>1) Établissements</p> <p>Le point fort de cet indicateur réside dans l'utilisation de mécanismes existants basés sur les services de collecte et d'archivage des données. Dans les environnements disposant de ressources suffisantes, un simple système de code peut être institué à la fois pour coder le type de service reçu et pour distinguer les premières visites des visites ultérieures. Cependant, en cas d'impossibilité, des informations précieuses peuvent être obtenues par la simple évaluation du nombre total de jeunes clients.</p>

	<p>Ces données reposant sur des systèmes de surveillance, elles sont collectées en continu pendant toute l'année. Les données sur les tendances doivent être observées régulièrement, c'est-à-dire tous les trimestres, et pas seulement à des échéances spécifiques, l'utilisation des services étant affectée par les événements saisonniers. Dans tous les environnements, il est nécessaire de tenir compte des principaux événements socioculturels lors de la collecte et de l'interprétation des données, au moins de l'année scolaire et des principales vacances religieuses locales.</p> <p>Il est important de garder à l'esprit qu'une hausse du nombre de jeunes recherchant des services ne signifie pas nécessairement une augmentation de la proportion de jeunes ayant de besoins ou des problèmes liés à la santé. Une hausse peut parfois être due à d'autres facteurs, tels qu'une campagne d'IEC faisant la promotion des services ou d'un programme de promotion de la santé permettant à un plus grand nombre de jeunes de prendre conscience de leurs besoins en services, notamment par la connaissance des symptômes d'une IST ou par la hausse de la demande en contraceptifs.</p> <p>L'une des principales faiblesses de cet indicateur est qu'il suppose que les établissements disposent de documents et de registres bien tenus et corrects, y compris de documents spécifiques à l'âge ou tout du moins organisés par tranches d'âge, permettant ainsi de séparer les jeunes des adultes. Dans de nombreux pays, ces documents sont parfois inexistantes ou l'archivage des services dans les établissements ne répond pas à des normes, c'est-à-dire que certains dispensaires, contrairement à d'autres, peuvent avoir des documents à jour et bien tenus. Même lorsqu'il existe des documents bien tenus, la manière dont les informations sont enregistrées peut limiter la collecte de données pour cet indicateur lors de la mesure de la qualité et de l'efficacité des services de santé. Par exemple, certains établissements rangent le diagnostic et le traitement des IST sous le titre général « services de consultation externe » qu'ils ne subdivisent en catégories ou en causes plus précises. Dans ces circonstances, il est impossible de collecter des données sur le nombre de jeunes diagnostiqués et traités pour des IST. Par conséquent, il est primordial de déterminer la manière dont les documents des établissements sont tenus et la nature des informations enregistrées dans les archives médicales/ des services avant de collecter des données sur cet indicateur.</p> <p>Dans les environnements où une majorité d'établissements ne regroupent pas les données par âge, ce type d'information est impossible à collecter. Dans de telles situations, il est nécessaire d'envisager la possibilité d'améliorer le système d'archivage dès le début afin d'inclure des tranches d'âge pour les jeunes.</p> <p>2) Population</p> <p>Le point fort de cet indicateur est que les questions permettant sa mesure peuvent être intégrées à une enquête de population. Les questions doivent être soigneusement formulées de façon à une dimension temporelle réaliste étant donné que, dans la plupart des environnements, les adolescents sollicitent rarement ces services.</p> <p>Comme pour les estimations des établissements, une hausse de la déclaration du besoin en services ne signifie pas nécessairement une augmentation des problèmes de santé mais peut être due aux programmes d'IEC ou à d'autres facteurs qui renforcent la connaissance des questions de santé et qui peuvent déboucher un comportement préventif et sur la sollicitation d'un traitement. Par ailleurs, la mesure de l'utilisation des services ne donne aucune information sur la qualité des services. Afin de mieux comprendre les tendances observées en matière d'utilisation des services, ces données doivent être complétées par la mesure de la qualité et de l'évaluation des services de santé.</p>
--	--

6. Disponibilité des préservatifs pour les jeunes	
<i>Priorité : Indicateur de base.</i>	
Définition	Pourcentage des commerces de détail et de points de prestation de services sélectionnés de manière aléatoire auxquels les jeunes accèdent le plus souvent ayant des préservatifs en réserve au moment de l'enquête.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de commerces de détail et de points de prestation de services auxquels les jeunes accèdent le plus souvent ayant des préservatifs en réserve au moment de l'enquête. Les sites et les lieux auxquels les jeunes accèdent le plus souvent doivent être identifiés soit par l'intermédiaire d'informateurs clés, soit à partir de réponses à des enquêtes concernant les lieux dans lesquels les jeunes se procurent ou préfèrent se procurer des préservatifs.
Dénominateur	Nombre de commerces de détail et de points de prestation de services auxquels les jeunes ont généralement accès.
Outils de mesure	Enquête sur le commerce de détail MEASURE Evaluation/WHO/PSI Compiled Condom Availability and Quality Protocol (4). Les départements statistiques ou les ministères des finances de nombreux pays mènent des enquêtes régulières, généralement trimestrielles, sur le commerce de détail incluant des données relatives aux prix et à la disponibilité d'une large gamme d'articles.
Ce qu'il mesure	Distribution effective de préservatifs dans les points désignés régulièrement fréquentés par les jeunes, à tout moment. Il met en valeur les efforts des programmes destinés à élargir l'offre de préservatifs de façon à ce qu'ils soient disponibles dans les types de lieux préférés des jeunes.
Comment le mesurer	<p>Des lieux de différentes natures sont sélectionnés de manière aléatoire pour une enquête sur le commerce de détail. Le cadre d'échantillonnage doit être stratifié afin de garantir la couverture géographique et démographique (campagnes/villes). Mieux vaut limiter le type de lieux qui peuvent ou doivent distribuer des préservatifs aux jeunes et se concentrer sur un ensemble défini devant en fournir en permanence, comme les centres de jeunes, les dispensaires, les infirmeries scolaires et les pharmacies. Aussi, cet indicateur doit-il se concentrer principalement sur les lieux prioritaires et en rajouter en fonction des ressources. Ces lieux supplémentaires peuvent être aussi variés que les arrêts d'autobus, les parkings, les salons de coiffure, les discothèques, les bars, les fast-foods, les kiosques, les pharmacies, les marchés et les stations-service. Cependant, l'obtention d'une liste complète de tous les sites possibles où les jeunes se procurent des préservatifs peut s'avérer difficile et coûteux. C'est pourquoi, il est nécessaire d'établir des critères concernant la nature des lieux à prendre en compte, la priorité restant les lieux qui, dans le contexte national particulier, doivent fournir des préservatifs aux jeunes en permanence.</p> <p>Les données doivent être ventilées par type de préservatif (masculin/féminin), lieu géographique (région, État, district, pays ou quartier) et par type de commerce. Les données réparties par type de commerce fournissent des données très précieuses aux responsables des programmes et aux personnes souhaitant améliorer la commercialisation des préservatifs.</p>
Atouts et limites	Les départements statistiques et les ministères des finances de nombreux pays mènent déjà des enquêtes régulières sur le commerce de détail qui incluent des données sur les prix et la disponibilité d'une large gamme d'articles. Ils utilisent généralement un cadre d'échantillonnage éprouvé couvrant un large éventail de lieux à travers les pays concernés. Lorsque de telles enquêtes sont disponibles, il suffit d'ajouter les préservatifs à l'encadré relatif aux produits faisant l'objet d'une collecte de données. Certains lieux dans lesquels les jeunes ont le plus souvent accès aux préservatifs ne sont généralement pas couverts par les enquêtes sur le commerce de détail. Dans ce cas, des enquêtes spécifiques à ces lieux peuvent être entreprises afin de fournir les données supplémentaires nécessaires.

	<p>Cet indicateur s'intéresse aux sites et aux lieux couverts par les statistiques. Par conséquent, dans les pays où un effort spécial est fourni pour distribuer des préservatifs par l'intermédiaire de sites de sensibilisation non couverts par les statistiques, l'indicateur présente un intérêt limité.</p> <p>Un autre point faible de cette mesure est qu'elle n'indique la disponibilité des préservatifs qu'à un seul moment précis. Dans les pays où l'offre de préservatifs est extrêmement variable, les données collectées sur cet indicateur peuvent fausser la conclusion sur la véritable disponibilité des préservatifs. Dans de tels pays, les données collectées à un moment donné peuvent révéler une forte disponibilité des préservatifs alors que celle-ci s'avère peu élevée à d'autres moments. Par ailleurs, une faible disponibilité ne serait dans ce cas pas due à une mauvaise distribution mais à des problèmes au niveau central.</p> <p>Ce point faible peut être en partie résolu grâce à l'introduction d'un numérateur supplémentaire : le nombre de commerces de détail et de points de prestation de services auxquels les jeunes accèdent le plus souvent et qui ont été en rupture de stocks de préservatifs pendant cinq jours consécutifs ou plus lors des trois mois précédents. Ce numérateur supplémentaire peut donner une dimension longitudinale à l'indicateur qui se limite sinon au moment de l'enquête. La méthodologie employée pour la collecte de cet élément supplémentaire doit comprendre un bref entretien avec le responsable du lieu concerné. Cet entretien peut se contenter de demander au responsable de se souvenir s'il y a eu des ruptures de stocks ou, pour une évaluation plus rigoureuse, il peut comprendre un examen des registres et inventaires de la marchandise. Pour que cette information soit aussi utile que possible, les raisons de la rupture de stocks doivent être avancées afin que des interventions destinées à résoudre tout problème existant puissent être mises en place.</p> <p>Comme pour les autres indicateurs de ce chapitre qui nécessitent un échantillon d'institutions, à savoir les écoles pour l'indicateur n° 3 et les établissements de santé pour les indicateurs n° 4 et n° 5, le présent indicateur requiert la prise d'une décision sur les types de sites à considérer comme éligibles, l'obtention d'une liste complète de tous les sites dans lesquels les jeunes peuvent avoir accès aux préservatifs pouvant être particulièrement difficile et coûteuse. Une fois cette décision prise, une liste complète de tous les sites répondant aux critères établis est nécessaire à l'obtention d'un échantillon représentatif. Si les données doivent être ventilées par type de lieux, un échantillonnage doit être effectué séparément pour chaque type. Si un sous-groupe comprend moins de 20 lieux, il est inutile d'effectuer un échantillonnage et un nombre de lieux peut être choisi délibérément.</p> <p>La disponibilité des préservatifs au moment de l'enquête peut être vérifiée par la personne menant l'enquête. Afin d'obtenir la partie supplémentaire du numérateur relative aux ruptures de stocks, il est toutefois nécessaire de consulter un informateur clé, comme le responsable de chaque lieu faisant l'objet de l'enquête, ou d'examiner les registres et les inventaires de la marchandise. Cela signifie qu'une planification et qu'un travail supplémentaires sont nécessaires. Il est important de garder à l'esprit que la collecte des données reposant sur les entretiens est sujette aux biais de rappel et de réponse des informateurs.</p> <p>Liens vers d'autres indicateurs :</p> <p>Cet indicateur peut être interprété conjointement avec l'indicateur n° 2 du chapitre 4 concernant la connaissance d'une source officielle de préservatifs chez les jeunes. Il est également lié à un indicateur du document <i>ONUSIDA Guide to monitoring and evaluating national HIV/AIDS programmes</i> (référence 3) : « indicateur de la disponibilité des préservatifs n° 1 » : Préservatifs disponibles à la distribution dans tout le pays.</p>
--	---

7. Jeunes consommateurs de drogues injectables atteints par les services de prévention du VIH/SIDA <i>Priorité : Indicateur de base dans les cas d'épidémies concentrées, complémentaire dans les autres cas</i>	
Définition	Pourcentage de jeunes consommateurs de drogues injectables (CDI) atteints par les services de prévention du VIH/SIDA.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans.
Numérateur	<p>Nombre de jeunes CDI atteints par les services de prévention et de sensibilisation au cours du dernier mois, plus nombre de CDI recevant un traitement contre la pharmacodépendance (sevrage à long terme¹ ou traitement de substitution).</p> <p>Le numérateur doit être constitué d'individus, pas du nombre de contacts, ni des contacts répétés ou du nombre d'aiguilles et de seringues ou de préservatifs distribués.</p>
Dénominateur	Estimation du nombre de jeunes CDI qui s'injectent régulièrement de la drogue.
Outils de mesure	Concernant le numérateur, statistiques sur les services issues des projets et des programmes de sensibilisation ainsi que des établissements de traitement ; pour le dénominateur, méthodes d'estimation de la prévalence pour le nombre de jeunes CDI qui s'injectent régulièrement de la drogue.
Ce qu'il mesure	<p>Cet indicateur évalue le pourcentage de jeunes CDI qui, au cours du mois précédent, ont été atteints par des services de prévention et de sensibilisation ainsi que le nombre de CDI représenté par des jeunes ayant démarré un traitement contre la pharmacodépendance (sevrage à long terme ou traitement de substitution).</p> <p>En plus de l'utilisation d'aiguilles propres ou des traitements contre la pharmacodépendance, les services de prévention doivent inclure la prévention sexuelle du VIH/SIDA, c'est-à-dire la fourniture de préservatifs, l'épidémie se propageant à la population générale à travers le contact sexuel. Un programme complet doit inclure à la fois la prévention par l'échange des aiguilles et la prévention sexuelle. Un programme fondé uniquement sur la prévention sexuelle est à exclure. Par souci de clarté et de comparabilité des données, il est essentiel de bien préciser les services inclus et non inclus.</p> <p>La gamme de services capables de réduire le risque du VIH chez les CDI comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur le VIH ; • la distribution de préservatifs ; • le conseil sur la réduction des risques ; • le conseil et le dépistage du VIH ; • des programmes de désintoxication ; • des programmes sur les aiguilles et les seringues ; • des programmes de pharmacothérapie par les agonistes • le traitement et les soins du VIH.
Comment le mesurer	<p>Le choix d'informations pertinentes pour le calcul de l'indicateur repose sur un processus consultatif impliquant toutes les parties prenantes dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA chez les CDI. Il est par conséquent nécessaire de discuter de la collecte des informations et de planifier la collecte des données à venir dans un groupe de travail technique spécialement consacré au VIH/SIDA et à la consommation de drogues injectables. Si un tel groupe n'existe pas, il est indispensable d'en constituer un.</p> <p>Le groupe de travail doit définir les tailles du numérateur et du dénominateur. Il se peut que des informations essentielles soient manquantes ou que les informations disponibles ne soient pas fiables. Dans de telles circonstances, le groupe de travail doit mettre au point des mécanismes et des normes de surveillance et de collecte des données futures.</p>

¹ Pour estimer le numérateur, la désintoxication seule, sous sa forme quelconque, n'est pas considérée comme un traitement.

	<p>La détermination du numérateur requiert l'examen des données de tous les programmes et projets gouvernementaux et non gouvernementaux de sensibilisation et de traitement dans le pays concerné. Cela nécessite généralement l'établissement d'un inventaire de tous les projets et programmes gouvernementaux et non gouvernementaux en cours délivrant des services directs (soit uniquement d'information et de conseil, soit d'information, de conseil et de distribution d'aiguilles/de seringues propres ou de traitements contre la pharmacodépendance tels que le traitement par la méthadone et les programmes fondés sur l'abstinence). La collecte des données à partir de ces programmes et de ces projets est nécessaire. Si un pays ne dispose pas d'un inventaire des programmes et des projets en cours, il est fortement recommandé d'établir rapidement une base de données.</p> <p>Les données issues de tous les services concernés sont combinées pour le calcul du numérateur de cet indicateur. Cependant, lorsque cet indicateur est transposé au niveau national, les types de services disponibles et ceux inclus dans le numérateur doivent être spécifiés.</p> <p>Demander d'instaurer une subdivision par tranches d'âge à l'origine d'enquêtes sur des activités pouvant être illégales s'avère souvent problématique. Une tranche d'âge générale de « moins de 25 ans » est par conséquent recommandée comme indicateur de base et une subdivision facultative supplémentaire pour les personnes âgées de moins de 18 ans est proposée, le cas échéant.</p> <p>Plusieurs méthodes peuvent permettre d'évaluer la taille effective d'une population spécifique sensible à l'infection du VIH, dans ce cas le nombre de consommateurs de drogues injectables dans un pays (6). Ces méthodes visent à établir des estimations de la taille des populations cachées ou difficiles à atteindre.</p>
<p>Atouts et limites</p>	<p>Cet indicateur donne une mesure efficace des programmes en matière de disponibilité des services de réduction de la douleur pour les jeunes CDI. Les données du dénominateur peuvent toutefois présenter une marge d'erreur considérable, les estimations découlant de différentes sources. Elles peuvent être biaisées ou tirées de données obtenues au niveau infranational. En cas de sources de données multiples, il est nécessaire d'utiliser les meilleures estimations disponibles.</p> <p>Il est essentiel de garder la trace des CDI atteints par le biais de la sensibilisation afin d'éviter de les compter deux fois et de protéger et maintenir la confidentialité concernant leur identité, notamment vis-à-vis des services d'application des lois pour lesquelles ces activités sont problématiques sur le plan juridique. Par exemple, la distribution d'aiguilles aux personnes âgées de moins de 18 ans peut être illégale dans certains lieux, alors que de nombreux services de sensibilisation fonctionnent sur le principe selon lequel aucune question n'est posée et ne recueillent par conséquent aucune donnée sur leurs clients. Les programmes de traitement de la pharmacodépendance sont plus susceptibles de conserver les données sur l'âge.</p> <p>Liens vers d'autres indicateurs :</p> <p>Cet indicateur est lié à un indicateur des Directives de l'ONUSIDA sur l'élaboration d'indicateurs de base (17) : « Pourcentage de CDI qui ont adopté des comportements qui réduisent la transmission du VIH »</p>

8. Participation des jeunes aux programmes de prévention du VIH/SIDA	
<i>Priorité : Indicateur complémentaire.</i>	
Définition	Progrès en matière d'implication officielle des jeunes dans le cycle des programmes de prévention du VIH/SIDA qui leurs sont consacrés.
Population cible	Responsables des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA.
Numérateur	SO
Dénominateur	SO
Outils de mesure	Liste de questions clés à intégrer à un entretien avec les responsables des programmes nationaux.
Ce qu'il mesure	<p>L'implication des jeunes a été identifiée comme étant une caractéristique essentielle à la réussite des programmes qui leur sont consacrés. La participation des jeunes à des questions qui les touchent est un droit stipulé dans la Convention sur les droits de l'enfant. Par ailleurs, il a été prouvé que la participation pouvait contribuer au développement en bonne santé et tenir lieu de catalyseur de l'obtention d'autres résultats positifs en matière de santé et de développement chez les adolescents. La participation peut également renforcer la pertinence et l'acceptation des programmes sur les adolescents, améliorant ainsi leur fourniture et leur efficacité.</p> <p>Cet indicateur montre si les initiatives et les programmes de prévention du VIH/SIDA ciblant les jeunes au niveau national ont officiellement impliqué des jeunes lors de la conception, de la mise en œuvre, de la gouvernance et/ou de l'évaluation des interventions et si des structures et des processus officiels ont été établis à cet effet. Ces structures et processus officiels doivent être définis dans chaque contexte national. Deux critères sont à prendre en compte : 1) l'officialisation de l'implication des jeunes (comité consultatif, etc.) et 2) l'état opérationnel de la structure ou du processus de promotion de la participation. Cela suppose généralement une activité au cours des 12 mois précédents ou au sein des instances compétentes lors du cycle des programmes.</p>
Comment le mesurer	<p>Cet indicateur peut être collecté en même temps que l'indicateur de politique (indicateur n° 1 de ce chapitre) qui spécifie les trois principaux types de programmes/interventions suivants particulièrement appropriés à la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Campagnes d'IEC centrées sur la prévention du VIH/SIDA et ciblées sur les jeunes. 2. Dispense d'un enseignement des aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles. 3. Prestation de services adaptés aux jeunes. <p>Dans chacun des domaines de programmes ci-dessus, une évaluation doit être effectuée afin de déterminer si les jeunes sont impliqués dans les étapes clés du cycle des programmes : évaluation et conception, mise en œuvre, gouvernance/supervision et suivi et évaluation. Chaque évaluation doit comprendre une description qualitative de la façon dont les jeunes s'impliquent et une note qui reflète leur degré d'implication. La notation doit être établie à partir du système de points suivant : 2 = totale implication des jeunes ; 1 = implication partielle des jeunes ; 0 = aucune implication des jeunes. Par exemple, si les jeunes ont été impliqués dans une évaluation participative des besoins avant la mise en œuvre d'une campagne d'IEC, 2 points doivent être attribués à la question 1.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation : Les besoins des jeunes ont-ils été évalués grâce à des méthodes participatives avant la conception du programme ? (La conduite d'une évaluation participative des besoins est considérée comme une réponse positive, tandis qu'une enquête de jeunes où ces derniers se sont contentés de répondre aux questions ne peut être qualifiée de participative.) 2. Conception : Lors de la conception du programme, l'opinion de la population cible a-t-elle été activement sollicitée à propos des méthodes/approches de fourniture du programme les plus appropriées ? Les jeunes ont-ils été impliqués dans la conception de telles méthodes/approches ?

	<p>3. Mise en œuvre : La participation des jeunes dans la mise en œuvre du programme, notamment en tant que pairs éducateurs, fait-elle partie intégrante de la stratégie d'application ?</p> <p>4. Gouvernance/supervision : La structure de gouvernance/supervision du programme comprend-elle des jeunes ? (Il peut s'agir d'une structure distincte spécialement conçue pour les jeunes, telle qu'un comité de jeunes, ou cette structure peut être intégrée à celles dirigées par les adultes. Dans les deux cas, le rôle des jeunes par rapport aux structures de gouvernance/supervision dirigées par les adultes doit être évalué.)</p> <p>5. Suivi et évaluation : Les jeunes sont-ils impliqués dans la surveillance de l'évolution de la mise en œuvre du programme (suivi) ou dans l'évaluation de ses effets (évaluation), par exemple, en tant que chercheurs assistants ou dans des rôles similaires et non en tant que simples personnes interrogées dans le cadre des enquêtes ou d'autres moyens de collecte des données ?</p> <p>À l'intérieur des trois types fondamentaux de programmes spécifiés ci-dessus, les points attribués à chaque étape doivent être additionnés afin de déterminer la note globale :</p> <p>Somme des notes attribuées à chaque étape 5 (nombre total d'étapes)</p> <p>S'il y a plus d'une personne interrogée, le numérateur doit inclure la somme de toutes les notes des personnes interrogées et le dénominateur doit être multiplié par le nombre total de personnes interrogées.</p> <p>Ces notes constituent une évaluation globale du degré d'implication active des jeunes dans les programmes qui leur sont consacrés et peuvent également être utilisées afin de comparer les efforts fournis en matière de participation dans les différents programmes, la plupart des interventions, indépendamment de leur sujet et de leurs moyens d'application, suivant les étapes du cycle des programmes spécifiées ci-dessus. Cependant, les notes globales présentent un intérêt limité, les informations les plus importantes étant fournies par la description qualitative du degré de participation des jeunes dans chaque étape du cycle des programmes.</p>
<p>Atouts et limites</p>	<p>Cet indicateur est facile à collecter et, lorsqu'il est évalué en même temps que l'indicateur de politique, ne requiert pas de collecte de données supplémentaire. De par sa nature d'indicateur au niveau national, il se limite aux catégories et aux structures de participation les plus répandues. Afin de décrire correctement les processus participatifs entrepris dans un programme, la mesure doit être effectuée au niveau de l'intervention et doit inclure l'aspect quantitatif ainsi que qualitatif de la participation, c'est-à-dire la proportion de jeunes impliqués à chaque étape du cycle du programme ainsi que la qualité de leur implication. Néanmoins, l'indicateur est utile pour déterminer si, et dans quelle mesure, les programmes au niveau national ciblés sur les jeunes cherchent à les impliquer.</p> <p>Il s'agit d'un exercice qualitatif : l'information est collectée par le biais d'entretiens auprès d'un nombre limité d'informateurs. Dans la plupart des pays, la personne choisie pour l'entretien est le plus souvent le responsable du programme national de lutte contre le SIDA. La note de l'indicateur dépend d'une évaluation quelque peu subjective du niveau de participation dans le programme concerné. C'est pourquoi il est préférable d'interroger plus d'une personne afin d'obtenir un tableau plus complet. Un effort doit être réalisé pour conserver la même composition du groupe d'informateurs sur plusieurs années afin d'éviter les biais de rappel.</p> <p>Liens vers d'autres indicateurs : Cet indicateur peut être collecté et interprété conjointement avec l'indicateur n° 1 de ce chapitre concernant l'existence de politiques et de stratégies pour la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes.</p>

CHAPITRE 4

INDICATEURS DES FACTEURS DÉTERMINANTS (FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS DE PROTECTION)

Présentation

Les indicateurs inclus dans ce chapitre donnent des informations sur les facteurs déterminants à l'origine des comportements directement liés à la transmission du VIH chez les jeunes. Les comportements des adolescents sont influencés par divers facteurs qui, à leur tour, reflètent les différences de rapports, d'environnements, de cultures et de conditions économiques. Ces facteurs sont qualifiés de « déterminants » dans le sens où ils déterminent ou influencent les comportements individuels. Les facteurs déterminants peuvent être positifs ou négatifs et, selon leurs effets, sont souvent désignés comme facteurs de risque ou facteur de protection.

Définition des facteurs de risque et des facteurs de protection (21)

Les facteurs de risque sont des conditions ou des variables associées à une baisse de la probabilité des résultats positifs et une hausse de la probabilité des résultats négatifs ou néfastes sur la santé.

Les facteurs de protection ont l'effet inverse : ils augmentent la probabilité des résultats positifs et réduisent la probabilité des conséquences négatives découlant de l'exposition au risque.

Dans le contexte de la prévention du VIH/SIDA, les facteurs de risque augmentent la probabilité pour que les adolescents prennent des risques sur le plan sexuel ou soient exposés au VIH. Les facteurs de protection réduisent cette probabilité. Un exemple de facteur de risque d'une première expérience précoce consiste à croire que ses amis sont sexuellement actifs. Les jeunes qui pensent cela sont plus susceptibles d'avoir eu eux-mêmes des rapports sexuels que les jeunes qui ne le pensent pas. Avoir des attitudes positives à l'égard de la contraception et être capable de refuser des rapports sexuels à risque sont des exemples de facteurs de protection.

Certains facteurs déterminants tels que l'âge, le sexe, les croyances et les attitudes dépendent de l'individu. D'autres dépendent de l'influence des pairs, de la famille et de la communauté ainsi que plus largement de l'environnement socio-économique. Tous ces éléments associés peuvent contribuer à créer un environnement sûr et favorable indispensable à la santé et au développement de l'adolescent (22).

Pourquoi la collecte de données sur les facteurs déterminants est-elle importante pour les responsables ?

La collecte régulière des données sur le contexte de la vie des jeunes est importante pour les responsables des programmes en ce qui concerne :

- la sensibilisation, afin de faire une priorité de l'investissement dans des interventions qui réduisent la vulnérabilité des jeunes et augmentent la probabilité pour qu'ils adoptent des comportements qui limitent la transmission du VIH ;

- des interventions ciblées, notamment en matière d'information, d'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne et de services de santé, afin de garantir que les jeunes les plus vulnérables ne sont pas exclus de la fourniture d'interventions clés ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions visant non seulement chaque jeune, notamment en matière d'information, d'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne et de services, mais aussi les environnements dans lesquels ils vivent, apprennent, travaillent ;
- les politiques, de façon à ce qu'elles se concentrent notamment sur les facteurs qui augmentent la vulnérabilité des jeunes et qui garantissent la protection de leurs droits et de façon à fournir un moyen d'évaluer régulièrement la mise en œuvre des politiques élaborées.

Les indicateurs clés à prendre en compte par les responsables des programmes sont présentés dans ce guide dans trois parties : caractéristiques sociodémographiques, sous-populations vulnérables et facteurs déterminants clés des comportements relatifs au VIH.

Les caractéristiques sociodémographiques des populations cibles sont la répartition par âge, l'état matrimonial, l'appartenance religieuse, les moyens de subsistance, la vie en milieu urbain/rural, etc. La plupart de ces données sont largement collectées par le biais de sondages et d'enquêtes existantes, comme les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). Les détails sur la collecte de ces indicateurs ne sont pas fournis car il est inutile de procéder à une nouvelle collecte de données. Cependant, il est souvent nécessaire de ventiler les données existantes par âge, sexe et état matrimonial afin que les informations spécifiques aux jeunes hommes et femmes soient disponibles. Les indicateurs de cette catégorie comprennent :

1. La proportion de la population nationale âgée de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans.
2. La proportion de la population âgée de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans vivant dans des zones rurales et dans des zones urbaines.
3. La proportion de jeunes hommes et femmes âgés de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans qui sont scolarisés.
4. La proportion de jeunes hommes et femmes âgés de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans qui sont actuellement mariés.
5. L'âge médian au premier mariage des jeunes hommes et femmes.
6. L'âge médian du premier enfant.
7. La proportion de jeunes âgés de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans vivant avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté défini sur le plan national.
8. La répartition de la population (adultes et jeunes) âgée de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans par confessions religieuses.
9. La proportion de jeunes hommes et femmes âgés de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans travaillant en dehors de leur domicile.
10. La proportion de jeunes hommes et femmes âgés de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans vivant avec leur père, leur mère ou leurs deux parents.

Les indicateurs du deuxième groupe sont liés aux sous-populations vulnérables spécifiques de jeunes, telles que les CDI, les jeunes que le VIH/SIDA a rendu orphelins et les professionnel(le)s du sexe. Des détails sur la collecte des données pour ces indicateurs ne sont pas fournis dans le présent guide, d'autres guides donnant des informations détaillées sur ce sujet (6,20). Les indicateurs de cette catégorie comprennent :

1. Le nombre et la proportion de CDI âgés de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans.
2. Le nombre et la proportion de professionnel(le)s du sexe âgé(e)s de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans.
3. Le nombre et la proportion de jeunes hommes âgés de 10-14, 15-19 et de 20-24 ans ayant des rapports sexuels avec des hommes.
4. La proportion des jeunes orphelins âgés de 10-14 et de 15-17 ans (la limite d'âge est ici de 17 ans car dans la majorité de pays, 18 ans est l'âge légal de la majorité).

Les indicateurs du troisième groupe décrivent les principaux facteurs déterminants (facteurs de risque et facteurs de protection) des comportements particulièrement importants pour la prévention du VIH. Certains de ces indicateurs sont encore en phase de développement mais ont été inclus dans ce guide afin de donner aux responsables des programmes une idée des aspects de la vie des jeunes devant être surveillés. L'expérience acquise dans la mesure de ces indicateurs permettra d'améliorer considérablement les futures versions du guide. Voici une liste de ces indicateurs suivie de détails complémentaires sur chacun d'entre eux.

Indicateur	Outil de mesure	Priorité Épidémie généralisée	Priorité Épidémie concentrée/de faible niveau
1. Connaissance de la prévention du VIH chez les jeunes	a. Enquête de population générale représentative sur le plan national	B	B
2. Connaissance d'une source officielle de préservatifs chez les jeunes	b. Enquête de population générale représentative sur le plan national	C	C
3. Prise de décision relative à la sexualité chez les jeunes	c. Enquête de population générale représentative sur le plan national	C	C
4. Perceptions de l'activité sexuelle des pairs	d. Enquête de population générale représentative sur le plan national	C	C
5. Liens avec un parent ou un prestataire de soins primaires	e. Enquête de population générale représentative sur le plan national	C	C
6. Contrôle du comportement des jeunes par un parent ou un prestataire de soins primaires	f. Enquête de population générale représentative sur le plan national	C	C
7. Soutien des adultes à l'éducation sur l'utilisation des préservatifs pour la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes	g. Enquête de population générale représentative sur le plan national	B	B

C = complémentaire

B = de base

1. Connaissance de la prévention du VIH chez les jeunes Priorité : Indicateur de base. (Indicateur SSAGNU et indicateur de l'Objectif du millénaire pour le développement.)	
Définition	Pourcentage de jeunes qui identifient correctement les moyens de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses sur le VIH.
Population cible	Personnes âgées de 10-24 ans.
Numérateur	Nombre de personnes interrogées répondant correctement aux cinq questions relatives à la transmission du VIH et aux idées fausses sur le VIH.
Dénominateur	Tous les jeunes.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	Cet indicateur combine la mesure de la connaissance de la transmission et de la prévention du VIH et la mesure de la prévalence des idées fausses les plus répandues sur le VIH.
Comment le mesurer	<p>Les réponses à la série de questions suivante, recommandée par les Directives de l'ONUSIDA sur l'élaboration d'indicateurs de base (17), sont utilisées pour l'élaboration de cet indicateur.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ? 2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs ? 3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être infectée par le VIH ? 4. Une personne peut-elle être infectée par le VIH à la suite de piqûres de moustiques ? 5. Une personne peut-elle être infectée par le VIH en partageant un repas avec quelqu'un qui est infecté ? <p>Ceux n'ayant jamais entendu parler du VIH/SIDA doivent être exclus du numérateur mais inclus dans le dénominateur.</p> <p>Les questions 4 et 5 peuvent être remplacées par les deux idées fausses les plus courantes sur la transmission ou la prévention du VIH au niveau local ou national, comme « Un homme infecté par le VIH peut-il guérir du VIH en ayant des rapports sexuels avec une jeune fille vierge (c'est-à-dire une fille qui n'a jamais eu de rapports sexuels auparavant) ? »</p> <p>Les questions 1 et 2 mesurent la bonne connaissance de la prévention de la transmission du VIH. La question 3 mesure l'idée fausse courante selon laquelle une personne qui a l'air en bonne santé ne peut pas être infectée par le VIH. Cette idée fausse largement répandue chez les jeunes peut déboucher sur des rapports sexuels non protégés avec un partenaire infecté. Les questions 4 et 5 concernent d'autres idées fausses sur la transmission du VIH. À elles cinq, ces questions permettent aux responsables des programmes de mesurer la connaissance globale des jeunes sur la manière d'éviter le VIH.</p> <p>En plus des questions 1 et 2 sur la prévention, l'abstinence peut également représenter une option importante en matière de prévention chez les jeunes. Bien que la recherche révèle que, dans de nombreux environnements les personnes qui sont déjà sexuellement actives ont rarement recours à l'abstinence comme principal moyen de prévention du VIH, les jeunes en particulier peuvent pratiquer l'abstinence secondaire, c'est-à-dire une période prolongée d'inactivité sexuelle volontaire suivant la première expérience. Les programmes centrés sur le recul de l'âge du premier rapport chez les jeunes peuvent choisir d'ajouter un indicateur de connaissance incluant les bonnes réponses à une question sur l'abstinence comme moyen de prévention au numérateur, comme « Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'abstinence de l'acte sexuel ? »</p>

	<p>Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentages séparés pour les hommes et pour les femmes, ventilés par âge dans les groupes suivants : 10-14, 15-19, 20-24 et 10-24 ans (huit catégories). Il doit aussi être indiqué pour le groupe d'âge 15-24 ans, les Objectifs du millénaire pour le développement et les Objectifs de la SSAGNU sur le VIH étant spécifiés pour ce groupe d'âge.</p> <p>L'indicateur peut aussi être ventilé par question afin de montrer les lacunes en matière de connaissance et la prévalence des idées fausses.</p>
<p>Atouts et limites</p>	<p>Une connaissance solide de la transmission et de la prévention du VIH est une condition préalable, quoique insuffisante à elle seule, à l'adoption d'un comportement qui réduit le risque de transmission du VIH. Une bonne connaissance des faux modes de transmission est aussi importante que celle des vrais modes et une bonne connaissance de base sur les façons de se protéger est cruciale pour les jeunes. La répartition des données sur ce sujet peut fournir une orientation utile aux programmes nationaux de promotion de la santé.</p> <p>Cet indicateur est facile à mesurer dans une enquête. Il est particulièrement instructif dans les pays où la connaissance globale du VIH/SIDA est faible, car il permet de mesurer facilement les nouveaux progrès réalisés sur la durée. Dans les pays où la connaissance dans ce domaine est élevée, l'indicateur peut montrer si elle se maintient à un haut niveau.</p>

2. Connaissance d'une source officielle de préservatifs chez les jeunes	
<i>Priorité : Indicateur complémentaire.</i>	
Définition	Pourcentage de jeunes qui connaissent au moins une source officielle de préservatifs masculins ou féminins.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de jeunes âgés de 15-24 ans qui peuvent nommer au moins une source officielle de préservatifs.
Dénominateur	Tous les jeunes.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	<p>Cet indicateur mesure la proportion de jeunes qui peuvent nommer au moins une source officielle de préservatifs. Des études ont montré que les adolescents qui connaissaient au moins une source de préservatifs sont beaucoup plus susceptibles de les utiliser que les autres (24,25).</p> <p>Il est important de remarquer que de nombreuses réponses à la question sur les sources sont acceptables ; c'est le cas des centres de santé, des pharmacies, des magasins, des dispensaires de sensibilisation, des distributeurs automatiques ou de toute autre structure ou environnement officiel où des préservatifs peuvent être achetés ou obtenus gratuitement. Une définition des limites exactes de l'acceptabilité des sources doit être fournie dans chaque environnement national.</p>
Comment le mesurer	<p>L'évaluation de cet indicateur consiste à demander aux personnes interrogées de nommer au moins une source où elles peuvent obtenir des préservatifs. La question doit permettre de collecter plus d'une source. Le nombre maximal peut être défini dans chaque environnement national mais trois sources constituent un choix raisonnable. Pour les questionnaires remplis par un enquêteur, ce dernier doit juste noter les sources citées, en demandant à la personne interrogée de trouver une autre source jusqu'à ce que le nombre de sources fixé soit atteint ou que la personne interrogée ne puisse plus citer d'autres sources. Un autoquestionnaire doit disposer de plusieurs cases vides où les personnes interrogées peuvent noter leurs réponses. Lors de l'analyse, certaines sources citées peuvent être considérées comme inacceptables ou incorrectes ; par exemple, les amis ou les membres de la famille ne sont pas considérés comme des sources officielles de préservatifs.</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentages séparés pour les hommes et pour les femmes, répartis par âge dans les groupes suivants : 15-19, 20-24 et 10-24 ans (six catégories).</p>
Atouts et limites	<p>Dans de nombreuses parties du monde, la grande majorité des jeunes devraient connaître au moins une source officielle de préservatifs. Dans ce cas, pour obtenir une réponse valable, une possibilité consiste à augmenter le nombre minimal de sources à citer, c'est-à-dire que le numérateur représente le nombre de personnes interrogées capables de citer par exemple au moins deux sources officielles de préservatifs.</p> <p>Connaître une source de préservatifs est la première condition préalable à leur obtention mais cela ne signifie pas être vraiment capable de s'en procurer. Différents obstacles peuvent empêcher les jeunes d'avoir accès aux préservatifs, les plus courants étant notamment leur coût et la stigmatisation associée à leur obtention. Il est très important d'examiner ces obstacles, des interventions pouvant être mises en place pour les surmonter, comme l'attribution de subventions pour l'achat de préservatifs ou l'organisation de campagnes médiatiques visant à réduire la stigmatisation.</p> <p>Cet indicateur peut être interprété conjointement avec l'indicateur n° 6 du chapitre 3 (disponibilité des préservatifs pour les jeunes).</p>

3. Prise de décisions relatives à la sexualité chez les jeunes	
<i>Priorité : Indicateur complémentaire.</i>	
Définition	Pourcentage de jeunes qui se croient capables de refuser des rapports sexuels non souhaités.
Population cible	Personnes non mariées âgées de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de jeunes qui se croient capables de refuser des rapports sexuels non souhaités.
Dénominateur	Tous les jeunes.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	Cet indicateur mesure si les jeunes pensent avoir un certain degré de contrôle sur leur vie et leurs activités sexuelles. Lié à l'autoefficacité au niveau individuel, il révèle dans quelle mesure les jeunes pensent être capables de se protéger. Si les jeunes pensent que le sexe est quelque chose qu'ils subissent et sur lequel ils ont peu de contrôle, ils seront probablement incapables de refuser des rapports sexuels non souhaités ou de demander l'utilisation de préservatifs.
Comment le mesurer	<p>Pour le numérateur, des questions adaptées au contexte culturel sur la perception qu'ont les jeunes de leur aptitude à refuser des rapports sexuels doivent être élaborées ; par exemple, « Si vous ne vouliez pas avoir un rapport sexuel, dans quelle mesure pensez-vous être capable de le refuser ? ». Voici les réponses possibles et les notes correspondant à cette question :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tout à fait incapable (0) ; • plutôt incapable (1) ; • plutôt capable (2) ; • tout à fait capable (3). <p>Lors d'un sondage mené par un enquêteur, ces réponses sont lues à la personne interrogée qui doit en choisir une.</p> <p>Afin de calculer l'indicateur sous forme d'un pourcentage, les réponses « plutôt capable » ou « totalement capable » peuvent être comptées comme un « Oui » et les autres comme un « Non ». La répartition de toutes les réponses peut également être présentée sous la forme de pourcentages totalisant 100 % pour chaque sous-groupe d'intérêt (hommes et femmes, groupes d'âge).</p> <p>Cet indicateur doit être présenté séparément pour les hommes et pour les femmes, réparti par âge dans les groupes suivants : 15-19, 20-24 et 15-24 ans (six catégories).</p>
Atouts et limites	<p>Cet indicateur est utile dans le sens où il mesure un aspect essentiel du contexte dans lequel vivent les jeunes ainsi que la perception qu'ils en ont. Si les jeunes pensent que le contexte ou l'environnement culturel dans lequel ils vivent limite leur capacité à refuser un rapport sexuel ou à imposer l'usage du préservatif lors de l'acte, les efforts de prévention du VIH doivent être adaptés en conséquence et l'évaluation des efforts de prévention existants doit tenir compte de cette limite.</p> <p>Pour obtenir de plus amples informations concernant la nature des relations et des situations relatives à la sexualité des jeunes, cette question peut être élargie, par exemple pour couvrir la capacité à refuser un rapport sexuel avec un partenaire à long terme, avec quelqu'un qui offre de l'argent ou des cadeaux ou avec quelqu'un qui exerce un pouvoir sur la personne interrogée, tel qu'un enseignant ou un employeur. De plus, il est possible de demander aux personnes interrogées si elles pensent être capables de persuader leur partenaire d'utiliser un préservatif. Cette question peut être élargie pour couvrir la capacité à utiliser un préservatif après avoir bu ou consommé des drogues, d'insister sur l'utilisation d'un préservatif même si un partenaire est hésitant et de refuser un rapport sexuel sans l'utilisation d'un préservatif. Le guide FOCUS fournit de plus amples détails sur la façon de formuler de telles questions (7).</p>

4. Perception de l'activité sexuelle des pairs (normes de pairs)	
<i>Priorité : Indicateur complémentaire.</i>	
Définition	Pourcentage de jeunes qui pensent que leurs amis ont eu des rapports sexuels.
Population cible	Personnes âgées de 10-24 ans.
Numérateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 10-24 ans qui pensent que leurs amis ont eu des rapports sexuels.
Dénominateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 10-24 ans.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	Cet indicateur évalue dans quelle mesure les jeunes pensent que leurs amis sont sexuellement actifs. Le fait que les attitudes et les normes des pairs exercent une grande influence sur les comportements des jeunes semble être évident. Il est cependant important de surveiller les attitudes et les normes des jeunes, car des études menées à la fois dans les pays développés et en développement ont démontré que, lorsque les adolescents pensent que leurs amis ont déjà eu des rapports sexuels, ils sont plus susceptibles de déclarer avoir eu eux-mêmes des rapports sexuels (26-33).
Comment le mesurer	<p>Dans une enquête de population générale, la question suivante est posée aux personnes interrogées : « Environ combien de vos amis ont, d'après vous, eu des rapports sexuels ? ». Les catégories de réponses possibles sont lues par l'enquêteur et la personne interrogée doit choisir l'une des réponses suivantes :</p> <p>1. Aucun 2. Quelques-uns 3. Environ la moitié 4. La plupart 5. Tous</p> <p>Les réponses possibles peuvent être présentées sous forme de pourcentages (sur un total de 100 %), ce qui s'avère particulièrement utile si les pourcentages sont calculés séparément pour les principaux sous-groupes d'intérêt (hommes et femmes, groupes d'âge de 10-14, 15-19 et 20-24 ans), les différences de perception entre les différents groupes pouvant ainsi être décelées.</p> <p>Une note peut également être attribuée à chaque réponse (note de 0 à 4 augmentant avec la proportion perçue comme sexuellement active). La somme des notes de toutes les personnes interrogées peut être divisée par le nombre de personnes interrogées afin d'obtenir une note moyenne. Cette moyenne doit aussi être calculée séparément pour les hommes et pour les femmes, ainsi que pour les différents groupes d'âge (10-14, 15-19 et 20-24 ans).</p> <p>Généralement, plus la personne interrogée pense avoir un grand nombre d'amis sexuellement actifs, plus la probabilité pour qu'elle déclare avoir eu des rapports sexuels augmente. Cet indicateur doit par conséquent être interprété conjointement avec ceux mesurant l'activité sexuelle déclarée (Chapitre 5).</p>
Atouts et limites	<p>Cet indicateur est particulièrement pertinent pour les populations de jeunes qui n'ont pas encore eu de rapports sexuels. Des recherches théoriques et empiriques démontrent un lien entre les normes des pairs en matière de comportement sexuel et l'activité sexuelle effective. Par conséquent, les interventions telles que les programmes d'éducation par les pairs ont souvent pour objectif de changer les normes.</p> <p>Cependant, étant donné la nature transversale de la plupart des études qui ont analysé l'influence sur le comportement des individus de la perception du comportement sexuel de leurs amis, la causalité n'est pas clairement établie. Par exemple, il se peut que les adolescents imitent le comportement réel ou supposé de leurs pairs ou qu'une fois que les adolescents ont eu un premier rapport sexuel, ils sont plus susceptibles de croire que leurs pairs sont également actifs sur le plan sexuel que si cela n'avait pas été le cas.</p> <p>Néanmoins, cet indicateur apporte un éclairage essentiel sur la perception qu'ont les jeunes de la prévalence de l'activité sexuelle de leurs pairs. Cela est essentiel car les jeunes surestiment souvent la proportion de leurs pairs ayant des rapports sexuels (34-36). Dans ce cas, les normes des pairs constituent un facteur de risque pouvant contribuer à une activité sexuelle précoce. Cependant, les normes des pairs peuvent aussi avoir un effet positif : les adolescents qui pensent que leurs pairs ont utilisé des préservatifs ont été plus enclins à en utiliser eux-mêmes (36).</p>

5. Liens avec un parent ou un prestataire de soins primaires	
<i>Priorité : Indicateur complémentaire.</i>	
Définition	Pourcentage de jeunes qui se sentent liés à leurs parents et/ou à leurs prestataires de soins primaires.
Population cible	Personnes âgées de 10-19 ans.
Numérateur	Nombre de jeunes âgés de 10-19 ans dans chacune des trois catégories de liens (faible, moyen et fort).
Dénominateur	Nombre de jeunes âgés de 10-19 ans.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	<p>Cet indicateur mesure le pourcentage d'adolescents âgés de 10-19 ans qui se sentent liés à leurs parents ou à leurs prestataires de soins primaires. C'est l'un des aspects fondamentaux de l'environnement dans lequel vivent les jeunes. Le « lien » est mesuré en termes d'intensité des relations entre les adolescents et les parents ou les prestataires de soins primaires.</p> <p>Les adolescents qui pensent que leurs prestataires de soins les soutiennent, selon les techniques de mesure de cet indicateur, présentent des niveaux de bien-être statistiquement plus élevés et des niveaux de comportements à risque plus faibles (ex. 37, 38). Les adolescents qui vivent dans une famille à conflit ont plus de risques de faire une dépression et de consommer des substances illicites (39). Le VIH est en dernier lieu dû à un comportement individuel ; cependant, le contexte dans lequel les jeunes grandissent et prennent des décisions, y compris des décisions d'ordre sexuel, contribue en grande part aux types de décisions prises (comme adopter un comportement à risque). Les liens décrivent un aspect de ce contexte, dans ce cas le contexte familial, ainsi que leur rôle dans la santé et le développement de l'adolescent.</p> <p>Un ensemble d'éléments ont été regroupés à partir d'un examen attentif de travaux théoriques et empiriques ainsi que de programmes existants dans de nombreux pays développés et en développement (38). L'indicateur représente par conséquent une évaluation complète des comportements d'aide de la part des prestataires de soins qui favorisent la création de liens positifs avec les adolescents. Il se limite bien évidemment aux perceptions qu'ont les adolescents de l'occurrence de ces comportements, qui peuvent correspondre ou non avec la façon dont les prestataires de soins évaluent ces mêmes comportements.</p>
Comment le mesurer	<p>Cet indicateur se mesure en calculant les proportions ou une note moyenne obtenue à partir de 15 éléments relatifs à l'attitude dans une enquête incluant des jeunes. Les éléments destinés à mesurer les liens ont été testés et validés dans 12 environnements culturels différents. Les 15 énoncés qui composent l'indicateur des liens portent sur les relations du jeune avec ses parents ou les prestataires de soins primaires.</p> <p>Les personnes interrogées doivent choisir parmi une liste d'adultes, par exemple la mère, le père, les grands-parents, l'oncle/la tante et le tuteur, celui avec lequel elles passent le plus de temps. Elles doivent choisir une réponse pour chaque énoncé sur une échelle de type Likert en trois points, précisant si le prestataire de soins primaires agit conformément à chaque énoncé (I) pas du tout, (II) parfois ou (III) souvent, les notes étant respectivement de 1, 2 et de 3. Voici les énoncés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Me soutient et m'encourage. 2. M'accorde de l'attention et m'écoute. 3. M'exprime de l'affection. 4. Me complimente. 5. Me reconforte. 6. Respecte mon besoin de liberté. 7. Me comprend. 8. Me fait confiance. 9. Me conseille et m'oriente. 10. Subvient à mes besoins. 11. Me donne de l'argent. 12. M'achète des choses.

	<p>13. Communique ouvertement avec moi. 14. Passe du temps avec moi. 15. M'aide dans mon travail scolaire (sans objet si la personne interrogée n'est pas scolarisée).</p> <p>Les résultats sont calculés sous forme de proportions de jeunes qui se sentent peu, moyennement ou très liés à leurs parents ou leurs prestataires de soins. L'échelle ne disposant que de trois points, les résultats peuvent être divisés en trois catégories (faible, moyen et fort).</p> <p>Par ailleurs, le résultat peut être corrélé avec le comportement en matière de santé ou l'impact sur la santé, comme la première expérience sexuelle ou l'utilisation de préservatifs. Cela permet de mesurer l'importance de liens positifs entre les jeunes et les parents ou les prestataires de soins primaires et leurs effets sur le comportement et sur les résultats en matière de santé.</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentages séparés pour les hommes et pour les femmes, répartis par âge dans les groupes suivants : 10-14, 15-19 et 10-19 ans (six catégories). En cas d'indisponibilité des données appropriées, cet indicateur ne doit pas être notifié.</p> <p>REMARQUE : cet indicateur est particulièrement pertinent pour le groupe d'âge des plus jeunes (10-14 ans), les relations parentales tendant à avoir plus d'influence au début de l'adolescence. Dans de nombreux pays, l'âge de 18 ans est considéré comme l'âge légal de la majorité, auquel cas l'indicateur peut s'avérer plus utile pour les jeunes âgés de 17 ans ou moins.</p>
<p>Atouts et limites</p>	<p>Il est souvent difficile de traiter les facteurs contextuels par des programmes. Les liens avec les parents sont cependant l'un de ces facteurs ayant fait l'objet de programmes, généralement axés sur l'amélioration de la communication entre les parents et les adolescents, notamment sur des questions sensibles telles que la santé sexuelle et reproductive, à travers des campagnes d'information et de communication ciblées sur les parents et des efforts au niveau de l'école afin d'impliquer les parents plus activement dans la communication avec leurs enfants. Bien que les liens soient composés de différents aspects de la relation parent-enfant, une communication libre et positive est un aspect majeur des relations, aspect qui peut être amélioré avec succès à travers des interventions. Lorsque le niveau des liens est faible, il peut s'avérer souhaitable d'avoir des programmes pour les parents ou les prestataires de soins primaires ou de fournir des mentors de substitution. Dans un tel programme, les chercheurs peuvent utiliser cet indicateur comme indicateur des résultats intermédiaires afin de mesurer les progrès de l'environnement social des jeunes de la population ciblée par le programme.</p> <p>REMARQUE : cet indicateur doit être interprété conjointement avec la mesure du contrôle parental du comportement des adolescents (voir l'indicateur suivant), axé sur la connaissance des actions des adolescents par les parents, aspect du contrôle parental lié aux structures et aux limites, notamment en matière de comportements des jeunes. Des preuves, récemment publiées, ont montré que des liens positifs associés au contrôle exercé par les parents et les prestataires de soins contribuaient très efficacement à des résultats positifs en matière de santé et de développement des jeunes.</p>

6. Contrôle du comportement des jeunes par un parent ou un prestataire de soins primaires <i>Priorité : Indicateur complémentaire.</i>	
Définition	Pourcentage de jeunes qui déclarent un niveau faible, moyen ou élevé de contrôle de leurs comportements par leurs parents ou leurs prestataires de soins primaires.
Population cible	Personnes âgées de 10-19 ans.
Numérateur	Nombre de jeunes âgés de 10-19 ans dans chacune des trois catégories de contrôle (faible, moyen et élevé).
Dénominateur	Nombre de jeunes âgés de 10-19 ans.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	<p>Cet indicateur mesure le pourcentage des adolescents âgés de 10-19 ans qui déclarent un niveau élevé pour l'un des aspects du contrôle par leurs parents ou leurs prestataires de soins primaires. Le « contrôle » est constitué des attentes (notamment en matière de comportement et de travail scolaire), de la surveillance du comportement des adolescents et de l'application de limites au comportement. Cet indicateur se limite à l'aspect lié à la surveillance, notamment à la propre perception qu'ont les jeunes du degré de connaissance de leurs parents ou de leurs prestataires de soins primaires de leurs comportements.</p> <p>Un indicateur qui mesure les trois aspects du contrôle est en cours d'évaluation et remplacera l'indicateur actuel dès qu'il sera disponible. L'indicateur de ce guide, quoique limité, porte néanmoins très nettement sur un aspect du contrôle. Il a été validé dans 12 environnements culturels différents et se révèle aussi précis que d'autres indicateurs qui posent des questions plus directes sur le contrôle du comportement et l'application de limites au comportement.</p>
Comment le mesurer	<p>Cet indicateur se mesure par le calcul de proportions ou d'une note moyenne obtenue à partir de cinq éléments d'une enquête incluant des jeunes. Les éléments destinés à mesurer le contrôle ont été testés et validés dans 12 environnements culturels différents. Les cinq énoncés composant l'indicateur du contrôle concernent la connaissance du comportement des jeunes adolescents par leurs parents.</p> <p>Les personnes interrogées doivent choisir parmi une liste d'adultes, par exemple la mère, le père, les grands-parents, un oncle/une tante et le tuteur, celui avec lequel elles passent le plus de temps. Elles doivent choisir une réponse pour chaque énoncé sur une échelle de type Likert en trois points, précisant si le prestataire de soins primaires (i) ne sait rien, (ii) en sait peu ou (iii) en sait beaucoup sur chaque énoncé, les notes correspondantes étant respectivement de 1, 2 et de 3. Voici les énoncés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Où sortez-vous le soir ? 2. Où êtes-vous la plupart des après-midi après l'école ? 3. Comment dépensez-vous votre argent ? 4. Que faites-vous de votre temps libre ? 5. Qui sont vos amis ? <p>Il convient de remarquer que le deuxième point doit être modifié ou exclu si la personne interrogée n'est pas scolarisée.</p> <p>Les résultats sont calculés sous forme de proportions de jeunes qui déclarent que leurs parents ou leurs prestataires de soins exercent un contrôle faible, moyen ou élevé.</p> <p>Par ailleurs, le résultat peut être corrélé avec le comportement en matière de santé ou l'impact sur la santé, comme la première expérience sexuelle ou l'utilisation de préservatifs. Cela permet de mesurer l'importance d'un contrôle positif par les parents ou les prestataires de soins et ses effets sur le comportement des jeunes et sur les résultats en matière de santé.</p>

	<p>Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentages séparés pour les hommes et pour les femmes, répartis par âge dans les groupes suivants : 10-14, 15-19 et 10-19 ans (six catégories). En cas d'indisponibilité des données appropriées, cet indicateur ne doit pas être notifié.</p> <p>REMARQUE : cet indicateur est particulièrement pertinent pour le groupe d'âge des plus jeunes (10-14 ans), les relations parentales tendant à avoir plus d'influence au début de l'adolescence. Dans de nombreux pays, l'âge de 18 ans est considéré comme l'âge légal de la majorité, auquel cas l'indicateur peut s'avérer plus utile pour les jeunes âgés de 17 ans ou moins.</p>
<p>Atouts et limites</p>	<p>Cet indicateur, quoique limité à la mesure de la connaissance des comportements des adolescents par leurs parents, renseigne indirectement sur le contrôle parental. Les adolescents vivant dans un environnement social garantissant de bonnes relations, encourageant la libre expression et apportant une structure et des limites sont moins susceptibles d'avoir leur premier rapport sexuel à un âge précoce, de souffrir de dépression et d'utiliser des substances psychoactives que les autres adolescents. Le contrôle est une mesure de la structure et des limites positives nécessaires à un développement en bonne santé (attentes, surveillance et fixation de limites).</p> <p>Comme mentionné dans la section 5, le VIH est en dernier lieu dû au comportement sexuel de l'individu et le contexte dans lesquels les jeunes grandissent et prennent des décisions, notamment les décisions relatives au sexe, contribue en grande partie aux types de décisions prises (adoption d'un comportement à risque). Le contrôle décrit un aspect de ce contexte, dans ce cas le contexte familial, et sa contribution à la santé et au développement de l'adolescent.</p> <p>Il est souvent difficile de traiter les facteurs contextuels dans des programmes. Le contrôle exercé par les parents est cependant un facteur contextuel qui a fait l'objet de programmes, le plus souvent à travers des campagnes d'information et de communication ciblées sur les parents et des efforts au niveau de l'école afin d'impliquer les parents plus activement dans la prise de décision et dans les activités de leurs enfants. Dans les environnements où le niveau de contrôle est faible, il peut s'avérer souhaitable d'avoir des programmes pour les parents ou les prestataires de soins primaires ou de fournir des mentors de substitution, comme des conseillers expérimentés et dignes de confiance. Dans un tel programme, les chercheurs peuvent utiliser l'indicateur comme indicateur des résultats intermédiaires afin de mesurer les progrès de l'environnement social des jeunes de la population ciblée par le programme.</p> <p>REMARQUE : cet indicateur doit être interprété conjointement avec la mesure des liens (voir l'indicateur précédent). L'indicateur des liens mesure le degré de relation entre les jeunes et leurs parents ou leurs prestataires de soins. Des preuves récemment publiées ont démontré que des liens positifs associés au contrôle exercé par les parents et les prestataires de soins contribuaient très efficacement aux résultats positifs en matière de santé et de développement des jeunes.</p>

7. Soutien des adultes à l'éducation sur l'utilisation des préservatifs pour la prévention du VIH/SIDA chez les jeunes Priorité : Indicateur de base.	
Définition	Pourcentage d'adultes favorables à l'éducation des jeunes en matière d'utilisation des préservatifs destinée à prévenir le VIH/SIDA.
Population cible	Adultes (personnes âgées de 18 ans et plus).
Numérateur	<p>Nombre d'adultes qui sont d'accord avec l'idée d'apprendre aux jeunes âgés de 12-14 ans à utiliser des préservatifs afin de prévenir le VIH/SIDA.</p> <p>REMARQUE : La version EDS de cet indicateur a limité la question aux enfants âgés de 12-14 ans. Les pays peuvent par conséquent souhaiter conserver cette limite. De plus, dans la plupart des environnements, ce groupe d'âge est susceptible de représenter des jeunes avant leur premier rapport sexuel, moment propice pour démarrer l'éducation sur la sexualité. Ce groupe d'âge particulier peut néanmoins être ajusté aux situations locales en fonction de l'âge médian du premier rapport sexuel.</p>
Dénominateur	Tous les adultes (personnes âgées de 18 ans et plus).
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	La manière dont les adultes perçoivent les programmes de prévention du VIH pour les jeunes est indispensable au succès du programme en raison du rôle clé que des adultes dans la détermination des attitudes et des perceptions des adolescents. Si les parents et les adultes de la communauté désapprouvent un programme, leur absence de soutien influence souvent les attitudes et le comportement des jeunes.
Comment le mesurer	<p>Cet indicateur est basé sur les questions existantes posées dans les EDS. Il évalue le niveau général du soutien des adultes envers les programmes d'informations et d'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne centrés sur les adolescents. Dans une enquête à domicile, il est demandé aux adultes si les jeunes doivent recevoir une éducation sur l'utilisation des préservatifs afin de prévenir le VIH/SIDA.</p> <p>Les parents et les adolescents sont manifestement le groupe le plus important et, selon l'enquête, les données peuvent être ventilées afin de fournir des informations qui leur sont spécifiques. Cependant, les opinions de l'ensemble des adultes ont une influence sur les programmes et les services fournis aux jeunes et, par conséquent, une connaissance des attitudes générales des adultes se révèle utile.</p> <p>Afin d'obtenir des informations encore plus détaillées sur le soutien, ou l'absence de soutien, pouvant être attribuées au type d'adulte, il est possible de mesurer les mêmes informations issues d'entretiens avec des informateurs clés sélectionnés. De tels entretiens peuvent permettre une connaissance plus approfondie du niveau du soutien des adultes (ou leur hostilité) aux programmes de prévention du VIH pour les jeunes et peuvent révéler les différences de soutien des programmes entre les adolescents les plus jeunes et les plus vieux.</p>
Atouts et limites	<p>Afin de garantir le succès des programmes axés sur les adolescents, il est essentiel d'évaluer le soutien des adultes envers ces programmes. De nombreuses interventions qui bénéficient en dernier ressort aux jeunes sont ciblées non pas sur les jeunes mais sur les adultes dont les valeurs influencent fortement les adolescents. Par exemple, le soutien des parents ou des enseignants aux programmes de prévention du VIH dans les écoles peut influencer de manière positive l'acceptation des jeunes et leur intérêt pour les programmes. De plus, le soutien d'un important dirigeant politique, religieux ou autre peut influencer positivement la perception des adultes.</p> <p>L'importance de la perception et du soutien des adultes a été démontrée dans une étude récemment menée en Zambie selon laquelle les tendances en matière d'utilisation des services de santé reproductive par les adolescents étaient fortement liées à l'acceptation par les adultes de la fourniture de tels services aux jeunes plutôt qu'aux caractéristiques mêmes des services (40).</p> <p>Lorsqu'il est intégré à une enquête de population générale, cet indicateur ne distingue pas les différents types d'adultes exerçant une influence, tels que les parents, les enseignants et les agents de santé. Il évalue plutôt le niveau général du soutien chez les adultes aux programmes d'information et d'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne axés sur les adolescents. Lorsqu'il est collecté sur la durée, il peut fournir d'importantes données sur les tendances en matière d'opinion ou de soutien chez les adultes vis-à-vis des programmes pour les jeunes, surtout en cas de suivi qualitatif.</p>

CHAPITRE 5

INDICATEURS COMPORTEMENTAUX

Présentation

Les comportements individuels ont un impact à la fois direct et indirect sur la propagation de l'infection à VIH. Le comportement sexuel contribue directement à l'infection à VIH et partout dans le monde, la plupart des infections à VIH se font par voie sexuelle. Le partage d'aiguilles est un autre mode de transmission courant du VIH, en particulier en Asie du Sud-est et en Europe de l'Est. La majorité des programmes de prévention du VIH tente donc de réduire l'occurrence des comportements sexuels ou de l'injection de drogues à risque pouvant transmettre l'infection à VIH dans une population donnée.

Les principaux facteurs déterminants de la propagation du VIH dans toute population proviennent probablement de l'alliance complexe du degré et de l'étendue du multipartenariat sexuel. Certains comportements sexuels à haut risque, comme la pratique de rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe ou la pratique de rapports sexuels anaux avec différents partenaires chez les jeunes hommes, méritent une attention particulière. Neuf indicateurs des comportements sexuels sont présentés dans ce chapitre.

Dans le domaine de la santé publique, une expérience considérable a été acquise en matière de collecte d'indicateurs comportementaux. Les Enquêtes démographiques et sanitaires et les Enquêtes de surveillance comportementale ont permis de rassembler des données sur les comportements sexuels dans plusieurs pays pendant de nombreuses années. Ce chapitre s'appuie sur les leçons tirées de l'expérience et dépasse les mesures comportementales classiques en introduisant un indicateur composite qui dresse un tableau plus complet des comportements à risque chez les jeunes (indicateur 3).

L'indicateur composite offre une image exhaustive des différentes caractéristiques des comportements sexuels à risque des jeunes, auparavant analysés indépendamment. Le graphique le plus pratique pour les représenter est l'histogramme empilé qui range chaque personne interrogée de l'enquête dans l'une des six catégories fondées sur des critères clés du risque de VIH. En combinant de divers éléments d'information, cet indicateur illustre deux points clés qui ne sont pas toujours clairs si on les examine individuellement : la modification de la taille d'une catégorie de risque par rapport à une autre, et la taille de chaque catégorie par rapport à la population totale. Ces points sont pourtant essentiels à l'interprétation des données. D'importants changements de comportement au sein d'une partie de la population peuvent être négligeables si le groupe en question ne représente qu'une infime proportion de la population totale. À l'inverse, de légers changements du comportement à risque au sein d'un grand groupe peuvent avoir un impact majeur sur la capacité de propagation de l'infection à VIH. Quoique complexe, cet indicateur offre donc une meilleure compréhension des tendances comportementales à l'origine de l'épidémie de VIH et permet d'améliorer la planification des interventions et l'évaluation de leurs effets.

De plus, certains des principaux facteurs aggravants du risque sont présents chez des jeunes pouvant être sous l'influence de l'alcool ou de drogues. Une accumulation de situations à risque peut se produire, par exemple si des CDI ont des rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe. Ce chapitre présente deux indicateurs relatifs à ces situations (N° 7 et 10).

Enfin, le comportement en matière de dépistage du VIH chez les jeunes est un facteur comportemental de protection essentiel, mesuré par l'indicateur n°8.

Indicateur	Outil de mesure	Priorité Épidémie généralisée	Priorité Épidémie concentrée/de faible niveau
1. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	B	B
2. Utilisation du préservatif chez les jeunes ayant eu des rapports sexuels à plus haut risque au cours de l'année précédente	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	B	B
3. Comportements sexuels sans risque chez les jeunes (indicateur composite)	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	B	B
4. Rapports sexuels forcés chez les jeunes	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	B	B
5. Rapports sexuels avec des partenaires de différents âges chez les jeunes femmes	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	B	C
6. Rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe chez les jeunes	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	B	B
7. Rapports sexuels chez les jeunes intoxiqués	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	C	C
8. Utilisation de préservatifs lors de rapports sexuels anaux chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH)	• Enquêtes spéciales auprès des HSH	C	B
9. Pratiques sans risque chez les jeunes consommateurs de drogues injectables (CDI)	• Enquêtes spéciales auprès des CDI	C	B
10. Utilisation du préservatif chez les professionnel(le)s du sexe	• Enquêtes spéciales auprès des professionnel(le)s du sexe	B	B
11. Comportement en matière de dépistage du VIH chez les jeunes	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	B	C

C = complémentaire

B = de base

La majorité des indicateurs concerne le groupe d'âge des 15-24 ans. Néanmoins, dans de nombreux cas, il est possible d'obtenir une vision plus claire des tendances en analysant séparément les indicateurs correspondant aux groupes d'âge 15-19 ans et 20-24 ans. Cela n'est possible que si les tailles d'échantillons sont assez importantes pour permettre une mesure précise de ces groupes d'âge.

Pour mettre les indicateurs proposés en perspective, il est important de connaître la proportion de jeunes ayant des pratiques à plus haut risque. Il est par exemple utile de connaître les proportions de jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, de jeunes ayant des rapports sexuels rémunérés, de jeunes ayant plusieurs partenaires et de jeunes consommant des drogues injectables. Ces indicateurs contextuels permettent aux responsables des programmes de fixer un ordre de priorité approprié à l'importance des changements des indicateurs décrits dans ce chapitre.

1. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	
<i>Priorité : Indicateur de base.</i>	
Définition	Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de personnes interrogées déclarant avoir eu leur première expérience sexuelle avant 15 ans.
Dénominateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	<p>Cet indicateur fournit des informations sur la prévalence d'un premier rapport sexuel précoce chez les jeunes.</p> <p>Les rapports sexuels sont considérés comme plus risqués lorsqu'ils sont pratiqués à un jeune âge plutôt qu'à un âge plus avancé. L'appareil génital féminin est plus exposé aux infections à VIH avant l'âge adulte, et il est fréquent que les jeunes aient des relations plus courtes et probablement moins formelles que des personnes plus âgées. De plus, ils sont moins susceptibles de vivre avec leurs partenaires sexuels, ce qui entraîne souvent l'un des partenaires à fréquenter simultanément d'autres partenaires, augmentant ainsi le risque d'infection.</p> <p>Cette période de relations sexuelles moins stables peut être plus longue pour les personnes ayant leur premier rapport sexuel à un jeune âge que pour les personnes retardant le moment de leur première expérience. En outre, les personnes plus âgées sont moins susceptibles d'être brutalisées ou exploitées sexuellement.</p>
Comment le mesurer	<p>Cet indicateur est établi à partir des réponses à une question sur l'âge des personnes interrogées lors de leur premier rapport sexuel avec pénétration, qu'elle soit vaginale ou anale. Généralement la question précédente cherche à savoir si les personnes interrogées ont déjà eu des rapports sexuels.</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentages séparés pour les hommes et pour les femmes et doit être ventilé par groupes d'âge : 15-19 ans et 20-24 ans. Il est difficile de surveiller les changements de cet indicateur sur une courte période car seuls les individus appartenant au groupe, c'est-à-dire ceux âgés de moins de 15 ans au début de la période pour laquelle la tendance doit être évaluée, peuvent influencer sur le numérateur. Si l'indicateur est mesuré tous les deux à trois ans, il vaut souvent mieux se concentrer sur les modifications de niveaux pour le groupe d'âge 15-17 ans. S'il est mesuré tous les cinq ans, il est possible de prendre en considération le groupe 15-19 ans</p>
Atouts et limites	<p>L'avantage d'utiliser les déclarations sur l'âge du premier rapport sexuel est que cela permet de tirer le meilleur parti des données déjà collectées. Auparavant, on mesurait l'initiation sexuelle en calculant l'âge médian du premier rapport sexuel. Il existait trois méthodes différentes pour calculer cette valeur, chacune ayant ses propres limites et donnant des résultats différents. Le calcul ci-dessus est simple et permet de comparer aisément différentes échéances.</p> <p>Le dénominateur peut être facilement défini car tous les membres de l'échantillon de l'enquête contribuent à cette mesure. Pour une majorité de personnes, le premier rapport sexuel représente un événement important dont elles se rappellent certainement sans trop de difficulté. Elles peuvent néanmoins avoir des hésitations quant à l'âge exact.</p> <p>Les réponses des jeunes des deux sexes peuvent être influencées par la vision de la sexualité des jeunes qu'a la société dans laquelle ils vivent. Néanmoins, une analyse de la déclaration de l'âge des premiers rapports sexuels a montré que l'occurrence, l'étendue et l'orientation biais de déclaration et de rappel sont imprévisibles.</p>

2. Utilisation du préservatif chez les jeunes ayant eu des rapports sexuels à plus haut risque au cours de l'année précédente Priorité : Indicateur de base. (Indicateur SSAGNU et indicateur des Objectifs du millénaire pour le développement)	
Définition	Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels à plus haut risque au cours de l'année écoulée et ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à plus haut risque.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans
Numérateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire qui n'est ni leur concubin(e), ni leur époux(se) au cours des 12 derniers mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un tel partenaire.
Dénominateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire autre qu'un(e) concubin(e) au cours des 12 derniers mois.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	<p>Cet indicateur montre dans quelle mesure les jeunes qui ont des rapports sexuels non réguliers utilisent des préservatifs.</p> <p>L'interprétation des tendances de cet indicateur doit prendre en compte le fait que les modifications peuvent refléter des variations du nombre de personnes ayant des rapports sexuels à plus haut risque et pas nécessairement des variations de l'utilisation des préservatifs lors de ces rapports. L'indicateur doit donc être analysé avec attention. Cela signifie de tenir compte de l'évolution de la proportion de jeunes ayant des rapports sexuels à plus haut risque (avec un partenaire non cohabitant) afin de comprendre ses conséquences au niveau du programme.</p>
Comment le mesurer	<p>Il est d'abord demandé aux personnes interrogées si elles ont déjà eu un rapport sexuel. Il est ensuite demandé à celles qui déclarent en avoir déjà eu de répondre à des questions sur leurs trois derniers partenaires. Les informations sur le type de partenaire (par exemple l'époux/se, le/la concubin(e), le/la petit(e) ami(e), une connaissance ou un(e) professionnel(le) du sexe) servent à déterminer si elles ont eu des rapports sexuels à plus haut risque au cours des 12 derniers mois (rapports sexuels avec tout autre partenaire que l'époux/se ou le/la concubin(e)) et si elles sont incluses dans le dénominateur. Il est également demandé aux personnes interrogées si elles ont utilisé un préservatif avec leurs trois derniers partenaires au cours des 12 derniers mois. Si elles ont eu des rapports sexuels à plus haut risque et qu'elles ont utilisé un préservatif avec leur dernier partenaire sexuel à plus haut risque, elles sont incluses dans le numérateur.</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentages séparés pour les hommes et pour les femmes dans les groupes d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans. Lors de la notification des progrès accomplis dans le cadre des objectifs SSAGNU, les résultats des personnes vivant à la ville et à la campagne doivent être donnés séparément pour le groupe d'âge 15-24 ans.</p>
Atouts et limites	<p>Cet indicateur est mesuré au sein des jeunes ayant eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels avec un partenaire avec lequel ils ne vivent pas ou avec lequel ils ne sont pas mariés. Ce groupe fournit le dénominateur le plus pertinent pour cet indicateur car l'utilisation du préservatif y est primordiale.</p> <p>Des mesures visant à réduire le risque de l'infection à VIH des personnes non infectées existent pour l'ensemble de la population. Le report du premier rapport sexuel, l'abstinence sexuelle et la réduction du nombre de partenaires peuvent réduire la propagation de l'infection à VIH. L'utilisation du préservatif est néanmoins la meilleure mesure de prévention pour le groupe déjà identifié comme ayant des rapports sexuels à plus haut risque.</p>

	<p>L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à plus haut risque est une bonne mesure parce qu'elle renvoie à une occasion précise et que le rapport sexuel le plus récent peut être remémoré avec une très grande précision. Ces données doivent donc être moins sujettes aux biais de déclaration et de rappel que les autres types de données sur l'utilisation du préservatif. Néanmoins, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à plus haut risque ne permet pas d'évaluer la régularité de l'utilisation de préservatifs. Dans une certaine mesure, une utilisation plus régulière du préservatif dans l'ensemble de la population signifie l'augmentation de l'utilisation lors du dernier rapport. Toutefois, le type de partenaires et la fréquence à laquelle ceux-ci se succèdent peuvent entrer en ligne de compte, en particulier si les préservatifs sont plus souvent utilisés avec de nouveaux partenaires que dans des relations plus suivies. Si les nouveaux partenaires se succèdent rapidement et que le préservatif n'est utilisé que lors du premier rapport et non lors des rapports suivants, la prévalence longitudinale de la déclaration de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel peut augmenter alors que la fréquence d'utilisation reste la même. Si elle est positive, l'augmentation de la prévalence de l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel ne signifie pas pour autant que les personnes interrogées sur l'utilisation des préservatifs n'aient pas couru le risque d'être infectées par le VIH à tout moment au cours des 12 derniers mois.</p>
--	---

Indicateur composite : note explicative

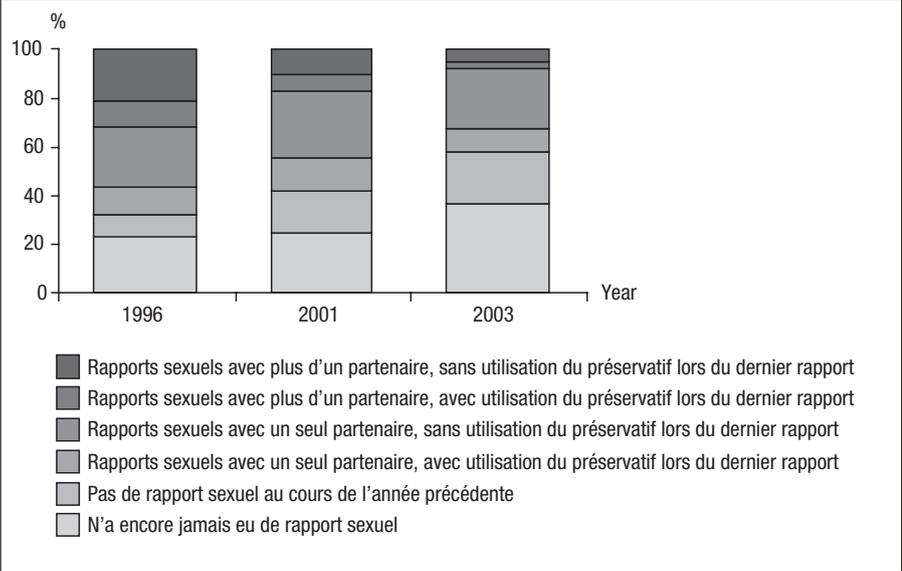
L'indicateur suivant est un indicateur composite. Il s'éloigne des axes d'étude habituellement appliqués aux comportements pris indépendamment. Les comportements sexuels sont interdépendants, ce qui rend difficile l'interprétation individuelle de tout élément isolé. Les avantages de cette nouvelle approche sont les suivants :

- Elle rassemble un éventail de comportements étroitement liés plutôt que de se concentrer sur un aspect précis.
- Elle met en évidence les fractions de la population totale se situant dans les différentes catégories de risque.

3. Comportement sexuel sans risque chez les jeunes

Priorité : Indicateur de base.

Définition	Indicateur composite du comportement sexuel sans risque chez les jeunes.	
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans.	
Numérateur	Partie 1	Nombre de personnes interrogées n'ayant jamais eu de rapports sexuels.
	Partie 2	Nombre de personnes interrogées ayant déjà eu des rapports sexuels mais pas au cours des 12 derniers mois.
	Partie 3	Nombre de personnes interrogées ayant eu des rapports sexuels avec un seul partenaire au cours des 12 derniers mois et ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport.
	Partie 4	Nombre de personnes interrogées ayant eu des rapports sexuels avec un seul partenaire au cours des 12 derniers mois et n'ayant pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport.
	Partie 5	Nombre de personnes interrogées ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport.
	Partie 6	Nombre de personnes interrogées ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois et n'ayant pas utilisé de préservatif lors du dernier rapport.
Dénominateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans. REMARQUE : Ce dénominateur doit être utilisé pour chaque partie du numérateur.	
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.	
Ce qu'il mesure	<p>Cet indicateur établit la proportion de personnes n'ayant eu aucun partenaire ou en ayant eu un ou plusieurs pendant 12 mois, ainsi que la prévalence de l'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel chez celles ayant eu un seul ou plusieurs partenaires.</p> <p>Ces différents comportements sont ici appréhendés simultanément car ils s'influencent mutuellement et forment une gradation en terme de comportement à risque. Les responsables des programmes sont donc encouragés à prendre en considération tous les aspects du comportement sexuel afin de comprendre quelle partie de la population est vulnérable au VIH. De plus, on peut s'attendre à ce que les changements de cet indicateur composite au fil du temps soient bien plus significatifs que ceux d'un indicateur simple.</p> <p>L'exemple précédent montrait que certains changements dans le temps entraînaient une diminution de la part de la population située dans la catégorie de risque la plus élevée. Les rapports sexuels avec un seul partenaire ont connu une première hausse entre 1996 et 2000, suivie par une augmentation du nombre de personnes déclarant avoir pratiqué l'abstinence ou n'ayant pas eu de rapports sexuels lors de l'année précédente entre 2000 et 2003.</p>	

<p>Comment le mesurer</p>	<p>Il est d'abord demandé aux personnes interrogées si elles ont déjà eu des rapports sexuels. Il est ensuite demandé à celles qui déclarent en avoir déjà eu de répondre à des questions sur leurs trois derniers partenaires. Des informations sur le type de partenaires (par exemple l'époux/se, le/la concubin(e), le/la petit(e) ami(e), une connaissance ou un(e) professionnel(le) du sexe) et sur l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel sont demandées pour chacun des trois derniers partenaires au cours des 12 derniers mois. (Les informations sur le type de partenaires sont utilisées pour calculer l'indicateur précédent).</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous la forme d'un histogramme empilé, séparément pour les hommes et les femmes, dans les groupes d'âge 15-19 ans, 20-24 ans et 15-24 ans.</p>  <table border="1"> <caption>Approximate data from the stacked bar chart (in %)</caption> <thead> <tr> <th>Year</th> <th>N'a encore jamais eu de rapport sexuel</th> <th>Pas de rapport sexuel au cours de l'année précédente</th> <th>Rapports sexuels avec un seul partenaire, avec utilisation du préservatif lors du dernier rapport</th> <th>Rapports sexuels avec un seul partenaire, sans utilisation du préservatif lors du dernier rapport</th> <th>Rapports sexuels avec plus d'un partenaire, avec utilisation du préservatif lors du dernier rapport</th> <th>Rapports sexuels avec plus d'un partenaire, sans utilisation du préservatif lors du dernier rapport</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1996</td> <td>22</td> <td>10</td> <td>30</td> <td>10</td> <td>15</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>2001</td> <td>25</td> <td>15</td> <td>25</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>2003</td> <td>35</td> <td>10</td> <td>20</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Year	N'a encore jamais eu de rapport sexuel	Pas de rapport sexuel au cours de l'année précédente	Rapports sexuels avec un seul partenaire, avec utilisation du préservatif lors du dernier rapport	Rapports sexuels avec un seul partenaire, sans utilisation du préservatif lors du dernier rapport	Rapports sexuels avec plus d'un partenaire, avec utilisation du préservatif lors du dernier rapport	Rapports sexuels avec plus d'un partenaire, sans utilisation du préservatif lors du dernier rapport	1996	22	10	30	10	15	13	2001	25	15	25	10	10	15	2003	35	10	20	10	10	10
Year	N'a encore jamais eu de rapport sexuel	Pas de rapport sexuel au cours de l'année précédente	Rapports sexuels avec un seul partenaire, avec utilisation du préservatif lors du dernier rapport	Rapports sexuels avec un seul partenaire, sans utilisation du préservatif lors du dernier rapport	Rapports sexuels avec plus d'un partenaire, avec utilisation du préservatif lors du dernier rapport	Rapports sexuels avec plus d'un partenaire, sans utilisation du préservatif lors du dernier rapport																							
1996	22	10	30	10	15	13																							
2001	25	15	25	10	10	15																							
2003	35	10	20	10	10	10																							
<p>Atouts et limites</p>	<p>Retarder le premier rapport sexuel, limiter le nombre de partenaires et se protéger contre le VIH en utilisant des préservatifs sont les moyens de prévention de l'infection à VIH qui constituent le cœur du message de nombreux programmes de contrôle du SIDA. Cet indicateur décrit dans quelle mesure ce message est compris et mis en pratique. (Dans certains milieux, ces comportements sont aussi appelés « ABC » ou « abstinence, fidélité et utilisation de préservatifs ».)</p> <p>Cet indicateur met l'accent sur l'importance du groupe de personnes ayant des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et n'utilisant pas régulièrement des préservatifs. Il reflète également la prévalence de la monogamie unilatérale et de l'utilisation des préservatifs lors des relations sexuelles. Ces derniers éléments sont importants car la classification de cet indicateur ne se fonde que sur le comportement des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête. En effet, le partenaire d'une personne interrogée peut différer de la personne interrogée. Ainsi, l'unique partenaire d'une personne interrogée peut de son côté avoir d'autres partenaires. L'utilisation des préservatifs chez les personnes déclarant n'avoir qu'un partenaire est donc importante, car ce dernier peut représenter un risque.</p> <p>La fréquentation de plus d'un partenaire en un an peut être courante et ne pas refléter des relations multiples ou simultanées, mais simplement indiquer que la fin d'une relation et le début d'une autre ont eu lieu en moins de 12 mois. Cet indicateur classe dans la même catégorie les personnes ayant plusieurs partenaires en même temps et celles ayant mis un terme à une relation et en ayant entamé une autre dans la même année.</p> <p>La limite de l'évaluation de l'utilisation des préservatifs évoquée pour l'indicateur précédent s'applique également à celui-ci.</p>																												

4. Rapports sexuels forcés chez les jeunes	
<i>Priorité : Indicateur de base.</i>	
Définition	Proportion des jeunes ayant eu des rapports sexuels forcés au cours des 12 derniers mois.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans
Numérateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans déclarant avoir eu des rapports sexuels forcés au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	Les rapports sexuels ne devraient avoir lieu qu'entre partenaires totalement consentants. Les rapports sexuels forcés peuvent avoir différentes conséquences négatives, allant des traumatismes physiques et psychologiques aux grossesses non désirées et à l'infection à VIH. Cet indicateur tente de mesurer la proportion de personnes interrogées ayant eu des rapports sexuels forcés. Ces données sont importantes car elles permettent aux responsables des programmes d'identifier les personnes ayant eu des rapports sexuels forcés afin de cibler et de surveiller les programmes et les interventions de manière appropriée.
Comment le mesurer	<p>Il est difficile de saisir la réalité de la violence sexuelle dans le cadre d'une enquête à domicile. Néanmoins, si les enquêteurs sont bien formés, que les questions sont bien conçues et que les entretiens ont lieu dans un environnement intime, les informations sur la violence sexuelle peuvent apporter des renseignements précieux à la compréhension de la propagation du VIH dans un pays. Une étude très utile sur les questions relatives à la mesure de la violence sexuelle est disponible auprès de l'Organisation mondiale de la Santé (41).</p> <p>Cet indicateur peut être collecté en posant la question suivante à toutes les personnes interrogées : « Au cours des 12 derniers mois, un de vos partenaires sexuels vous a-t-il forcé à avoir des rapports sexuels contre votre gré ? ». Cette question doit être posée à toutes les personnes âgées de 15-24 ans afin de s'assurer que les personnes interrogées n'ont pas déclaré à tort ne jamais avoir eu de rapports sexuels car elles ne comptaient pas les rapports sexuels forcés dans leurs réponses.</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous la forme de pourcentages séparés pour les hommes et pour les femmes dans groupes d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans.</p>
Atouts et limites	<p>Cet indicateur est particulièrement sujet au biais de déclaration et la mesure dans laquelle les personnes acceptent d'admettre qu'elles ont eu des rapports sexuels forcés peut varier dans une grande mesure au sein des pays et entre pays.</p> <p>Ce que l'on entend par « rapports sexuels forcés » peut varier selon les milieux. La conduite d'essais pilotes dans les pays est essentielle car l'expérience de telles questions dans des enquêtes à domicile est encore limitée. Une enquête en Afrique du Sud a par exemple révélé qu'une proportion importante de garçons déclarait avoir eu des rapports sexuels forcés. Un examen des conclusions a néanmoins suggéré que les personnes interrogées avaient pu confondre la pression des pairs exercée par des amis masculins pour avoir des rapports sexuels avec des rapports sexuels forcés (A. Pettifor, communication entre personnes).</p> <p>Il peut donc être souhaitable d'ajouter une question sur la proportion des personnes interrogées ayant déjà eu des rapports sexuels forcés et de présenter les résultats sous forme de tableaux, afin d'apporter des informations supplémentaires sur les rapports sexuels forcés subis par les personnes interrogées à un plus jeune âge.</p> <p>Des informations supplémentaires sur la définition et la conduite de recherches sur les rapports sexuels forcés dans les pays en développement sont consultables sur http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/seasia/seawp16.pdf</p>

5. Rapports sexuels avec des partenaires d'âges différents chez les jeunes femmes	
<i>Priorité : Indicateur de base pour les épidémies généralisées.</i>	
Définition	Proportion de jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire plus âgé qu'elles de 10 ans ou plus au cours des 12 derniers mois.
Population cible	Femmes âgées de 15-24 ans sexuellement actives.
Numérateur	Nombre de femmes interrogées âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un partenaire plus âgé qu'elles de 10 ans ou plus au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Femmes interrogées âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	<p>Cet indicateur évalue la proportion de jeunes femmes ayant des rapports sexuels avec des hommes plus âgés.</p> <p>Les rapports sexuels entre jeunes femmes et hommes plus âgés sont souvent risqués car les jeunes femmes n'ont pas le pouvoir, au sein de la relation, de demander à adopter un comportement sexuel sans risque. Ils représentent également un important facteur de propagation de l'infection à VIH car, pour des raisons physiologiques, les jeunes femmes sont plus susceptibles d'être infectées. Chaque rapport sexuel avec un homme infecté présente un risque d'infection plus important pour une jeune fille ; de plus, les hommes plus âgés sont plus susceptibles d'être infectés que les jeunes hommes. Les programmes de prévention du SIDA tentent parfois d'aborder ce sujet par le biais de campagnes d'IEC visant à rendre la pratique de rapports sexuels avec des femmes plus jeunes socialement inacceptable chez les hommes plus âgés ainsi que par le biais d'initiatives destinées à augmenter l'influence des filles au sein de la relation.</p>
Comment le mesurer	<p>Dans une enquête de population générale, il est d'abord demandé aux personnes interrogées si elles ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Il est ensuite demandé à celles qui répondent affirmativement si l'un de leurs trois derniers partenaires au cours de cette période avait au moins dix ans de plus qu'elles. Le numérateur inclut toutes les personnes interrogées ayant répondu que c'était le cas.</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous la forme de pourcentages séparés pour les groupes d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans. Si possible, il doit également être ventilé en fonction du statut marital actuel.</p>
Atouts et limites	<p>Cette mesure présente deux limites majeures, la première étant que les personnes ne connaissent souvent pas l'âge précis de leurs partenaires sexuels, ce qui est plus souvent le cas des partenaires occasionnels que des époux. Ensuite, la différence d'âge constituant un risque élevé d'exposition au VIH n'est pas connue avec exactitude. Lorsque les personnes interrogées ne sont pas certaines de l'âge de leur partenaire, elles avancent souvent des chiffres concentrés autour de nombres tels 20 et 30, ce qui peut tout à fait fausser l'indicateur. Il faut néanmoins noter que les biais dus aux approximations ou aux erreurs d'évaluation de l'âge sont peu susceptibles de connaître d'importants changements dans le temps et qu'ils n'ont donc que peu de conséquences sur l'étude des tendances.</p> <p>Cette mesure ne permet ni de donner une image exacte des schémas gouvernant le mélange des âges, ni d'identifier de légers changements dans les différences d'âge entre partenaires. En revanche, elle doit pouvoir identifier les changements substantiels entraînés dans ce domaine par les programmes de prévention du VIH et d'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne, car il est peu probable que les femmes confondent un pair et un homme beaucoup plus âgé qu'elles. Si les femmes choisissent de plus en plus d'avoir des rapports sexuels avec leurs pairs plutôt qu'avec des hommes plus vieux, ou si les hommes sont moins enclins à rechercher des partenaires nettement moins jeunes, les changements alors induits seront reflétés par l'indicateur, indépendamment des erreurs de déclaration de l'âge.</p>

6. Rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe chez les jeunes femmes	
Priorité : Indicateur de base.	
Définition	Proportion des jeunes ayant eu des rapports sexuels avec un(e) professionnel(le) du sexe (PS) au cours des 12 derniers mois.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avec un(e) PS au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Personnes interrogées âgées de 15-24 ans.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	<p>Dans les lieux où les PS constituent des sources importantes de nouvelles infections à VIH, réduire le nombre de jeunes ayant des rapports sexuels avec eux est une priorité. Cet indicateur mesure la prévalence des rapports sexuels rémunérés au cours de l'année précédente qui, si elle ne constitue pas une bonne estimation de la prévalence de ce comportement sur la vie, est plus à même d'identifier les changements dans le temps d'un tel comportement.</p> <p>Les tentatives destinées à rassembler et analyser des données à partir d'une définition élargie des rapports sexuels rémunérés, notamment en utilisant des questions du type « Avez-vous donné ou reçu de l'argent ou des cadeaux en échange d'un rapport sexuel ? », n'ont pas permis de recueillir des informations pertinentes. Dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA, les professionnel(le)s du sexe doivent faire l'objet d'une grande attention car ils/elles ont un grand nombre de partenaires et courent donc de grands risques d'être exposé(e)s à l'infection, d'être infecté(e)s et de transmettre l'infection à d'autres. Dans de nombreuses cultures, cela ne concerne qu'une partie de ceux ayant « reçu de l'argent ou des cadeaux en échange d'un rapport sexuel ». Dans les cas où il n'existe pas de terme spécifique pour désigner la prostitution au niveau local, cet indicateur ne sera pas pertinent pour le programme et ne doit pas être utilisé.</p> <p>En incluant tous les jeunes au dénominateur, il devient aisé de décrire et de surveiller la taille d'un groupe de jeunes particulièrement vulnérable à l'infection à VIH. Si le dénominateur était constitué du nombre de jeunes sexuellement actifs, une modification de leur nombre pourrait influencer sur la proportion de jeunes fréquentant des professionnel(le)s du sexe, ce qui compliquerait l'analyse de l'indicateur.</p>
Comment le mesurer	<p>Il est d'abord demandé aux personnes interrogées si elles ont déjà eu des rapports sexuels. Il est ensuite demandé à celles qui déclarent en avoir déjà eu de répondre à des questions sur leurs trois derniers partenaires au cours des 12 derniers mois. Des informations sur le type de partenaires (par exemple l'époux/se, le/la concubin(e), le/la petit(e) ami(e), une connaissance ou un(e) professionnel(le) du sexe sont demandées sur chacun des trois derniers partenaires.</p> <p>L'indicateur doit être présenté sous la forme de pourcentages de tous les hommes déclarant ce comportement dans les groupes d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans. Le cas échéant, il doit également être présenté pour les femmes.</p>
Atouts et limites	<p>Cet indicateur suppose que l'utilisation de préservatifs n'est pas régulière chez les professionnel(le)s du sexe. L'inégalité de pouvoir entre ces derniers et leurs clients indique que cela est souvent le cas. L'indicateur part également du principe que tout rapport sexuel avec un(e) professionnel(le) du sexe comporte un risque. Néanmoins, dans les pays ayant réussi la promotion du préservatif auprès de ces derniers, un indicateur alternatif sur l'utilisation du préservatif lors du rapport sexuel rémunéré semble plus appropriée.</p> <p>Dans les cas d'épidémies concentrées et de faible niveau, les rapports sexuels rémunérés peuvent être un facteur majeur de propagation de l'infection à VIH. Néanmoins, la principale limite de l'indicateur réside dans la difficulté d'établir une définition des rapports sexuels rémunérés transposable partout. Cependant, une fois une fois que les rapports sexuels rémunérés ont été décrits pour un pays, la notion a peu de chance</p>

	<p>de varier au fil du temps. Une fois que la formulation d'une question est satisfaisante, l'indicateur peut être utilisé pour suivre les tendances de la prévalence de ce comportement dans le temps.</p> <p>L'utilisation de cet indicateur est limitée aux épidémies de très haut niveau, car il se peut alors que la différence entre les risques associés aux rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe et ceux liés aux rapports sexuels avec des partenaires occasionnels soit peu élevée.</p>
--	---

7. Rapports sexuels chez les jeunes intoxiqués	
<i>Priorité : Indicateur complémentaire.</i>	
Définition	Proportion des jeunes ayant eu des rapports sexuels alors qu'ils étaient intoxiqués au cours des 12 derniers mois.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans
Numérateur	<p>Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels alors qu'ils étaient intoxiqués au cours des 12 derniers mois.</p> <p>REMARQUE : les substances toxiques doivent être définies et notifiées au niveau du pays (alcool, cannabis, drogues injectables). Les substances les plus appropriées dans chaque pays peuvent par conséquent être utilisées dans cet indicateur.</p>
Dénominateur	Personnes interrogées âgées de 15-24 ans.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qu'il mesure	<p>Les rapports sexuels ayant lieu alors qu'un ou les deux partenaires sont intoxiqués sont moins susceptibles d'être planifiés que dans d'autres circonstances et il est donc moins probable que les couples utilisent des préservatifs. Cet indicateur décrit la prévalence de rapports sexuels dans de telles situations. Afin d'éviter de compter deux fois les deux partenaires inclus dans une enquête, l'indicateur se limite à demander à la personne interrogée si elle était intoxiquée (et non si elle ou son partenaire était intoxiqué).</p> <p>En incluant tous les jeunes au dénominateur plutôt que de se limiter aux jeunes sexuellement actifs, on évite toute complication due à un changement du nombre de personnes sexuellement actives.</p>
Comment le mesurer	<p>Dans une enquête de population générale, il est d'abord demandé aux personnes interrogées si elles ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois. Il est ensuite demandé à celles qui répondent affirmativement si elles étaient intoxiquées, conformément à la définition de l'intoxication dans le pays concerné, au cours de leurs trois derniers rapports sexuels sur cette période.</p> <p>Cet indicateur doit être présenté sous la forme de pourcentage et ventilé par sexe et dans les groupes d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans.</p>
Atouts et limites	<p>Le stade à partir duquel les personnes s'estiment intoxiquées est subjectif. De plus, les effets de l'intoxication dépendent de la substance consommée. L'interprétation de cet indicateur est donc difficile, les substances utilisées variant selon les cultures.</p> <p>Le contexte de la substance utilisée doit être considéré avec attention. L'indicateur peut inclure les rapports sexuels après avoir consommé de l'alcool en société, les rapports sexuels après avoir consommé un sédatif ou les viols perpétrés sur des victimes préalablement droguées.</p> <p>L'utilisation de cet indicateur est optimale dans le cadre d'une comparaison dans le temps au sein d'une population définie. Les informations sur la proportion de jeunes ayant consommé une substance en question au cours de l'année précédant l'enquête peuvent être utiles à l'interprétation de l'indicateur.</p>

8. Utilisation des préservatifs lors de rapport sexuel anal chez les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	
<i>Priorité : Indicateur de base dans les épidémies concentrées, indicateur complémentaire dans les autres types d'épidémies.</i>	
Définition	La proportion des jeunes qui déclarent utiliser un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois.
Population cible	Hommes âgés de 15-24 ans qui ont eu des relations sexuelles avec des hommes (HSH).
Numérateur	Le nombre de jeunes HSH qui déclarent avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils ont eu un rapport sexuel anal avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois.
Dénominateur	Tous les jeunes HSH qui ont eu un rapport sexuel anal avec un homme au cours des six derniers mois.
Outils de mesure	<p>Enquêtes spéciales auprès des HSH.</p> <p>On peut s'attendre à ce que la proportion de la population générale déclarant un comportement HSH soit très faible sauf là où ce comportement prévaut largement. Ainsi, un échantillon particulièrement important est généralement nécessaire dans une enquête de population générale pour fournir une estimation fiable du comportement.</p>
Ce qui est mesuré	Les rapports sexuels anaux non protégés et la multiplicité des partenaires sont tous les deux des facteurs de risque d'infection à VIH plus importants pour les HSH. Cependant, il est primordial de surveiller à la fois la proportion de HSH de la tranche d'âge 15-24 ans qui ont des rapports sexuels anaux protégés et la proportion de ceux qui évitent de multiplier les partenaires. Étant donné que les jeunes hommes sont moins susceptibles de rester avec un seul partenaire, l'indicateur à contrôler en priorité est le rapport sexuel anal protégé.
Comment le mesurer	<p>Dans une enquête comportementale d'un échantillon de HSH, on interroge les personnes sur leurs relations sexuelles avec des hommes des six derniers mois. On interroge les personnes sur la dernière fois où elles ont eu un rapport sexuel anal ou oral et on leur demande si elles ou leur partenaire ont utilisé un préservatif.</p> <p>Cet indicateur doit être fourni sous forme d'un pourcentage et ventilé pour chaque groupe d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans.</p>
Atouts et limites	<p>La période de référence est de six mois parce que la plupart des enquêtes auprès de HSH utilisent une stratégie d'échantillonnage pour approcher les personnes interrogées dans des lieux où les hommes se rassemblent pour rencontrer des partenaires masculins. Ces hommes se situent donc tout en haut de l'échelle des comportements à haut risque et il est également probable qu'ils changent fréquemment de partenaires. La réduction de la période de référence permet de limiter tout biais de rappel lié au nombre de partenaires.</p> <p>Une limite des enquêtes parmi les groupes à haut risque vient de ce qu'il n'est généralement pas possible de déterminer un échantillon de probabilité représentatif, c'est-à-dire qu'il est difficile d'évaluer dans quelle mesure un indicateur basé sur ces données décrit tous les membres d'un tel groupe. De plus, il est difficile de reproduire ce type d'enquête pour étudier les tendances.</p> <p>Cet indicateur ne donne aucune idée du comportement à risque lors de rapports sexuels avec des femmes de la part des hommes ayant des rapports à la fois avec des hommes et avec des femmes. Dans les pays où les hommes de la sous-population interrogée sont susceptibles d'avoir des partenaires des deux sexes, il est nécessaire de tenir compte de la prévalence des rapports entre hommes et femmes tout autant que de la fréquence d'utilisation des préservatifs avec des partenaires des deux sexes.</p> <p>Les déclarations peuvent être biaisées à cause de la stigmatisation associée au comportement homosexuel dans de nombreuses communautés, la conséquence étant une sous-déclaration de la fréquence ou le refus d'admettre un comportement.</p>

9. Pratiques sans risque chez les jeunes consommateurs de drogues injectables	
<i>Priorité : Indicateur de base dans les épidémies concentrées, indicateur complémentaire dans les autres types d'épidémies.</i>	
Définition	Pourcentages de jeunes CDI qui déclarent n'avoir jamais partagé d'équipement d'injection durant le mois précédent et qui déclarent aussi avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.
Population cible	CDI sexuellement actifs âgés de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de personnes interrogées qui déclarent n'avoir jamais partagé d'équipement d'injection durant le mois précédent et qui déclarent aussi avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel pendant ce mois.
Dénominateur	Nombre de personnes interrogées qui déclarent consommer des drogues injectables et avoir eu des rapports sexuels durant le mois précédent.
Outils de mesure	Enquêtes spécifiques auprès des CDI.
Ce qui est mesuré	<p>La consommation de drogues injectables n'expose pas directement un consommateur de drogues à l'infection à VIH. Le risque additionnel pour les consommateurs de drogues provient de la pratique du partage d'aiguilles. Les injections intraveineuses avec des aiguilles utilisées par quelqu'un d'autre constituent un mode efficace de transmission de l'infection à VIH.</p> <p>Le partage d'aiguilles entre CDI est un phénomène variable. La prévalence des CDI ne permet donc pas à elle seule de décrire de manière précise la taille du groupe présentant un risque d'infection à VIH. Cet indicateur montre quelle proportion des CDI a adopté un comportement visant à éviter la transmission du VIH. Les différentes composantes peuvent servir à surveiller les tendances en matière d'utilisation des aiguilles et de rapports sexuels à risque chez les CDI. Les résultats pour les différentes catégories mentionnées ci-dessous doivent être considérés avec attention parce que les variations de l'indicateur peuvent refléter un véritable changement au niveau du comportement, des déclarations ou de la composition globale du groupe.</p> <p>Cet indicateur doit être fourni sous forme de pourcentages séparés pour les hommes et pour les femmes et pour les groupes d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans. Les résultats doivent être comparés à ceux d'autres groupes d'âge à haut risque.</p>
Comment le mesurer	Dans une enquête comportementale auprès des CDI, on demande aux personnes interrogées si elles ont partagé une aiguille à un moment quelconque du mois précédent. On leur demande ensuite si elles ont eu des rapports sexuels durant le mois précédent et, dans ce cas, si elles ont utilisé un préservatif. Il est essentiel de s'assurer que la terminologie locale appropriée est utilisée de manière à collecter des informations correctes.
Atouts et limites	<p>La période de référence de un mois est utilisée parce qu'elle réduit les biais de rappel, qui peuvent être un problème particulier aux CDI. Cette période signifie aussi que l'indicateur donne une certaine perspective quant à la régularité des comportements.</p> <p>Une des limites des enquêtes auprès des groupes à haut risque est qu'il n'est généralement pas possible de trouver un échantillon de probabilité représentatif. Cela signifie qu'il est difficile d'évaluer dans quelle mesure un indicateur basé sur ces données décrit tous les membres d'un tel groupe. De plus, il est difficile de reproduire ce type d'enquête pour étudier les tendances.</p>

10. Utilisation des préservatifs chez les professionnel(le)s du sexe	
<i>Priorité : Indicateur de base.</i>	
Définition	Pourcentage de jeunes professionnel(le)s du sexe qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client.
Population cible	Professionnel(le)s du sexe âgé(e)s de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de professionnel(le)s du sexe âgé(e)s de 15-24 ans qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un client.
Dénominateur	Professionnel(le)s du sexe âgé(e)s de 15-24 ans qui ont été interrogé(e)s.
Outils de mesure	Enquêtes spécifiques auprès des professionnel(le)s du sexe.
Ce qui est mesuré	<p>Cet indicateur est une mesure du succès des campagnes de promotion du préservatif lors des rapports sexuels rémunérés.</p> <p>Un des objectifs des programmes qui fonctionnent avec les professionnel(le)s du sexe consiste à augmenter le nombre de ces professionnel(le)s qui utilise un préservatif de manière systématique et sont par conséquent protégé(e)s contre une infection à VIH. L'indicateur concerne les hommes et les femmes dont le travail effectif consiste à proposer des rapports sexuels rémunérés (bien que dans de nombreux pays cet indicateur ne soit pertinent que pour les jeunes femmes). Les données peuvent être comparées aux données sur les rapports sexuels rémunérés fournies par les clients.</p>
Comment le mesurer	<p>Dans une enquête spécifique sur les professionnel(le)s du sexe, on a demandé aux personnes interrogées si elles avaient utilisé un préservatif avec leur dernier client.</p> <p>Cet indicateur doit être ventilé par sexe et par groupe d'âge : 15-19, 20-24 et 15-24 ans.</p>
Atouts et limites	<p>Dans des régions où le recours aux rapports sexuels rémunérés est fortement stigmatisé, les clients peuvent hésiter à signaler des visites à des professionnel(le)s du sexe. De plus, les clients peuvent vouloir affirmer qu'ils ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel même si ça n'a pas été le cas, en particulier dans les régions où les programmes ont encouragé l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels rémunérés ou non. L'indicateur cherche des réponses de la part de professionnel(le)s du sexe qui peuvent ne pas avoir les mêmes motivations de donner des réponses socialement désirables et qui offrent une perspective différente.</p> <p>Une des limites des enquêtes auprès des groupes à haut risque est qu'il n'est généralement pas possible de trouver un échantillon de probabilité représentatif. Cela signifie qu'il est difficile d'évaluer dans quelle mesure un indicateur basé sur ces données décrit tous les membres d'un tel groupe. De plus, il est difficile de reproduire ultérieurement ce type d'enquête pour étudier les tendances.</p>

11. Comportement n matière de dépistage chez les jeunes	
<i>Priorité : Indicateur de base dans les épidémies généralisées, indicateur complémentaire dans les autres types d'épidémies.</i>	
Définition	Proportion des jeunes sexuellement actifs qui ont passé un test de dépistage du VIH dans les douze mois précédents et qui connaissent les résultats.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de personnes interrogées âgées de 15-24 ans qui ont passé un test de dépistage du VIH dans les douze mois précédents et qui connaissent les résultats.
Dénominateur	Personnes interrogées âgées de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels dans les douze mois précédents.
Outils de mesure	Enquête de population générale représentative sur le plan national.
Ce qui est mesuré	<p>Cet indicateur vise à donner une idée de la portée des services de dépistage du VIH dans la population générale et du pourcentage de jeunes sexuellement actifs qui connaissent leur statut VIH. Ce sujet est particulièrement important pour les jeunes qui peuvent ressentir des barrières à l'accès et à l'utilisation de nombreux services et établissements, notamment en ce qui concerne les sujets délicats relatifs à la santé sexuelle.</p> <p>L'indicateur peut fournir une mesure de l'efficacité des interventions en faveur du conseil et du dépistage du VIH. Si les interventions visent un sous-groupe spécifique, il peut être approprié de limiter l'indicateur à ce sous-groupe.</p>
Comment le mesurer	<p>Dans une enquête de population générale, on commence par demander aux personnes interrogées si elles ont déjà passé un test de dépistage du VIH. À celles qui répondent par l'affirmative, on demande si ce test a eu lieu au cours des douze mois précédents et, si c'est le cas, si elles connaissent les résultats du test.</p> <p>Cet indicateur doit être présenté séparément pour les hommes et pour les femmes et pour les groupes d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans.</p> <p>L'indicateur peut être affecté par des biais de déclaration parce que les personnes interrogées peuvent ne pas vouloir admettre connaître leur statut par crainte de subir des pressions pour le révéler. L'intimité de l'entretien peut influencer ce point : les personnes interrogées sont plus susceptibles d'être réticentes si les données sont collectées en présence d'autres personnes que si elles le sont dans la plus stricte intimité.</p>
Atouts et limites	<p>Cet indicateur se compose de plusieurs éléments : les jeunes qui ont passé un test et reviennent chercher les résultats doivent se considérer ou considérer leurs partenaires comme risquant d'avoir contracté le VIH, doivent savoir où se faire dépister et se sentir capable de le faire et, après le test, il faut qu'ils veuillent connaître les résultats et qu'ils soient capables de retourner au centre de dépistage pour les chercher.</p> <p>Des facteurs qui pourraient influencer l'accès d'un jeune aux établissements de dépistage sont l'emplacement de ces établissements, la disponibilité des transports, le coût, la perception de la personne quant à la confidentialité du processus et notamment du résultat et la perception de l'attitude du personnel vis-à-vis du jeune. Les variations de cet indicateur peuvent être associées à l'un ou à l'ensemble de ces facteurs.</p> <p>Utilisé seul, cet indicateur ne peut pas montrer si le nombre de personnes qui passent un test de dépistage du VIH est limité par la disponibilité de structures de dépistage ou si ces établissements sont sous-exploités (et la raison pour laquelle elles sont sous-exploitées). Cet élément est essentiel pour la riposte directe par le biais de programmes : dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de mener des campagnes destinées à attirer l'attention sur les disponibilités en matière de dépistage du VIH. Cependant, si la limite du dépistage est due à un manque de tests ou à la mauvaise qualité des programmes de dépistage, de telles campagnes sont inappropriées. Les services qui accompagnent le dépistage sont importants si l'on souhaite obtenir la réussite des interventions et un changement de comportement. Les prochaines recherches sur le comportement en matière de dépistage doivent prendre en considération les services offerts en relation avec le présent indicateur.</p>

	<p>Dans les régions où le VIH est très stigmatisé, les personnes interrogées peuvent refuser d'admettre avoir passé un test de dépistage du VIH, ce qui reviendrait à admettre qu'elles craignent avoir été elles-mêmes infectées. C'est en particulier le cas lorsque la question apparaît au sein d'un questionnaire sur les comportements à risque. Par ailleurs, dans les pays où des campagnes ont fortement mis en valeur le dépistage comme étant un geste responsable, certaines personnes peuvent prétendre avoir passé un test alors qu'il n'en est rien. Malgré l'éventualité de tels biais, l'indicateur donne une idée approximative de la proportion des jeunes susceptibles de connaître leur statut VIH.</p> <p>Dans les épidémies de niveau faible et concentrées, l'indicateur peut fournir des pourcentages extrêmement faibles lorsqu'il est mesuré auprès de la population générale. Si tel est le cas, il peut s'avérer efficace dans des enquêtes de comportement auprès de sous-populations à plus haut risque d'infection. Cependant, les CDI qui ne sont pas sexuellement actifs n'apparaissent pas dans cet indicateur.</p> <p>L'indicateur est limité aux tests effectués dans les 12 mois précédents afin que les responsables des programmes puissent constater les changements dans le temps. Il peut aussi être utile d'établir des tableaux de la proportion dépistée qui peut être un indicateur plus parlant dans des populations où la prévalence de l'infection à VIH est faible.</p>
--	--

CHAPITRE 6

INDICATEURS DE L'IMPACT

Présentation

La meilleure mesure de l'impact à long terme de toutes les activités de prévention du VIH est le taux d'incidence du VIH, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH par an divisé par le nombre d'individus HIV négatifs dans la population au début de l'année. Cependant les données sur l'incidence du VIH sont rares et se réfèrent en général davantage à des petits groupes qu'à des échantillons représentatifs à l'échelle nationale. Il est plus facile de mesurer la prévalence de l'infection à VIH, c'est-à-dire la proportion de la population totale qui est infectée par le VIH.

Le but des programmes de prévention du VIH est de réduire la transmission du VIH. Étant donné que les personnes de moins de 25 ans ont eu relativement peu de temps pour être infectées, la plupart des infections dans ce groupe d'âge sont récentes. La prévalence dans ce groupe peut donc constituer une bonne mesure de la vitesse à laquelle l'épidémie progresse et montrer à quels niveaux les programmes de prévention font une différence. Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les jeunes peut refléter un changement de comportement dans tous les groupes d'âge, les jeunes pouvant être infectés par des partenaires plus âgés. Il est essentiel de pouvoir élaborer une mesure appropriée à la fois de la proportion des jeunes infectés par le VIH et des tendances de la prévalence de l'infection à VIH dans le temps. Des variations de la prévalence du VIH parmi un groupe donné peuvent se produire pour de nombreuses raisons. Il est presque aussi important d'être capable d'expliquer les modifications de la prévalence que de pouvoir les détecter quand elles se produisent.

Cette section définit les indicateurs qui décrivent les niveaux d'infection à VIH chez les jeunes.

Indicateur	Outil de mesure	Priorité Épidémie généralisée	Priorité Épidémie concentrée/de faible niveau
1. Prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes	• Surveillance sentinelle	B	C
2. Prévalence du VIH chez les jeunes dans les enquêtes communautaires	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	B*	C
3. Prévalence du VIH dans les sous-populations de jeunes ayant un comportement à haut risque	• Directives de surveillance de deuxième génération ONUSIDA/OMS (5) • Directives FHI sur l'échantillonnage des sous-populations	C (B**)	B
4. Jeunes atteints d'une infection sexuellement transmissible	• Enquête de population générale représentative sur le plan national	C	C

C = complémentaire

B = de base

B* = de base dans les pays où les niveaux de prévalence sont relativement élevés (supérieurs à 3 %)

B** = de base pour les professionnel(le)s du sexe ; complémentaire pour les autres groupes à haut risque

1. Prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes	
<i>Priorité : Indicateur de base dans les épidémies généralisées, indicateur complémentaire dans les autres types d'épidémies. (Indicateur SSAGNU et indicateur de l'Objectif du millénaire pour le développement.)</i>	
Définition	Proportion des jeunes femmes enceintes pour lesquelles le test de dépistage du VIH s'est avéré positif pendant la surveillance sentinelle dans les dispensaires prénatals sélectionnés.
Population cible	Femmes enceintes âgées de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de jeunes femmes enceintes fréquentant un dispensaire prénatal (ANC) et pour lesquelles le test de dépistage de l'infection à VIH s'est avéré positif lors de la surveillance sentinelle.
Dénominateur	Toutes les jeunes femmes enceintes effectuant un test de dépistage de l'infection à VIH alors qu'elles fréquentaient ANC lors de la surveillance sentinelle.
Outils de mesure	Directives ONUSIDA/OMS pour la conduite d'enquêtes sentinelles de séropositivité à VIH (42).
Ce qui est mesuré	Dans la plupart des pays, les jeunes femmes qui fréquentent les ANC constituent un échantillon assez représentatif des jeunes femmes de la population générale. Les jeunes femmes qui sont enceintes ont eu des rapports sexuels non protégés à un moment donné au cours des 10 mois précédents et ont été par conséquent potentiellement exposées à une infection à VIH. En moyenne, ce groupe n'est pas caractérisé par d'autres comportements à haut risque. Le biais de participation est relativement faible dans cet échantillon parce que le test de dépistage du VIH se fait soit de manière anonyme à partir de sang prélevé de manière systématique sur toutes les femmes enceintes pour d'autres tests de routine, soit dans le cadre d'un test régulièrement proposé par le programme TME. La plupart des infections à VIH chez les jeunes femmes sont récentes. Les tendances de la prévalence du VIH dans ce groupe peuvent ainsi refléter celles de l'incidence des nouvelles infections à VIH.
Comment le mesurer	<p>La prévalence du VIH est estimée à partir de l'examen des échantillons sanguins prélevés de manière systématique sur les femmes enceintes de tous âges aux ANC dans le cadre de la surveillance sentinelle. La qualité des données dépend de la structure du système de surveillance. Un système de surveillance sentinelle idéal comprend des dispensaires choisis pour refléter les spécificités rurales, urbaines, ethniques ou les autres divisions sociogéographiques d'un pays. Toutefois, dans la plupart des pays, les ANC qui participent à la surveillance sentinelle ne sont pas représentatifs à l'échelle nationale, les ANC étant surreprésentés dans les zones urbaines. Les méthodes de surveillance doivent être les mêmes sur tous les sites.</p> <p>L'indicateur doit être fourni sous forme de pourcentages séparés pour les groupes d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans. Il doit aussi être fourni en fonction de la parité des primipares et des multipares chez les 15-24 ans. Si l'échantillon est suffisamment important, les résultats peuvent être ventilés à la fois selon l'âge et la parité. La parité est importante parce que la prévalence chez les femmes enceintes pour la première fois donne une meilleure estimation de l'incidence.</p> <p>La prévalence médiane des dispensaires participant doit être fournie, ainsi que le nombre de données apportées par les dispensaires, le nombre de femmes testées et le nombre de tests positifs à l'infection du VIH. Les données doivent être présentées pour la capitale, les autres zones urbaines et les zones rurales.</p>
Atouts et limites	Dans les pays, où l'épidémie se transmet par des rapports hétérosexuels, cet indicateur donne une assez bonne idée des tendances relativement récentes de l'infection à VIH au niveau national. Il est moins fiable en tant qu'indicateur des tendances globales de l'épidémie dans des zones où la plus grande partie de l'infection à VIH reste confinée aux sous-populations ayant particulièrement des comportements à haut risque. Dans ce cas, c'est un moyen utile de contrôler si l'infection à VIH progresse au-delà de ces sous-populations.

	<p>Afin de pouvoir interpréter les variations dans la prévalence de l'infection à VIH dans les ANC, il est important d'isoler les changements réels dans la proportion de jeunes femmes infectées par le VIH des artéfacts de la surveillance sentinelle. La prévalence du VIH observée chez les jeunes femmes fréquentant les ANC peut changer pour plusieurs raisons qui ne sont pas directement liées avec la prévalence réelle de l'infection à VIH chez les jeunes femmes dans la population générale. Les changements qui affectent le nombre de jeunes femmes qui tombent enceintes, la proportion de celles qui recherchent des soins prénatals, et le stade de la grossesse auquel les femmes se rendent dans un ANC pour la première fois peuvent affecter la prévalence du VIH observée dans les ANC. Certaines de ces variations, comme l'augmentation de l'âge du premier rapport sexuel, peuvent aussi affecter l'incidence des nouvelles infections à VIH chez les jeunes femmes. Pour toutes ces raisons, les tendances de la prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes femmes enceintes doivent être interprétées avec prudence.</p> <p>Lorsque les tendances sont surveillées, la composition de l'échantillon est très importante. La représentativité de l'échantillon des dispensaires est pour le moins aussi valable que les données à partir desquelles le cadre d'échantillonnage a été établi. Des informations précises sur la taille et l'emplacement des dispensaires permettent de traiter les données avec plus de rigueur.</p> <p>L'interprétation est plus facile si le même échantillon de dispensaires est utilisé durant plusieurs tours de surveillance. Quand les changements relatifs aux dispensaires qui constituent le système de surveillance des ANC sont pris en compte, les dispensaires pour lesquels on dispose de données antérieures doivent rester dans l'échantillon afin de permettre une analyse de la tendance.</p> <p>La prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes peut servir à estimer la prévalence du VIH chez les jeunes femmes de la population générale. Un logiciel est disponible (43, 44) pour mettre au point les ajustements nécessaires destinés à rendre les données représentatives de la population générale. Cependant, les précisions sur cette estimation dépassent le cadre du présent guide.</p>
--	--

2. Prévalence du VIH chez les jeunes dans les enquêtes de population générale

Priorité : Indicateur de base dans les épidémies généralisées présentant de hauts niveaux de prévalence (supérieurs à 3 %), indicateur complémentaire dans les autres types d'épidémies.

Définition	Proportion des jeunes dont le test de dépistage s'est avéré positif au VIH dans une enquête de population générale.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans.
Numérateur	Nombre de jeunes dont le test de dépistage s'est avéré positif à l'infection à VIH.
Dénominateur	Nombre de jeunes testés.
Outils de mesure	Enquêtes communautaires représentatives sur le plan national ou régional, y compris la collecte d'échantillons biologiques appropriés.
Ce qui est mesuré	<p>Les enquêtes communautaires sont souvent la meilleure source de données sur la prévalence du VIH chez les jeunes dans la population générale (45). Toutefois, elles ne fournissent pas toujours de bonnes estimations concernant les sous-groupes de la population jeune, par exemple les CDI, qui font partie, de par leur comportement, des catégories à haut risque d'infection à VIH, parce que de telles études sont peu susceptibles de trouver suffisamment de personnes dans ces catégories pour fournir des échantillons représentatifs. L'efficacité de ces enquêtes dépend de la prévalence du VIH dans la population générale. Pour des épidémies de niveau faible ou concentrées, le nombre de personnes infectées n'est pas suffisant pour fournir des résultats valides. Même pour les épidémies généralisées, avec un taux de prévalence en dessous de 5 %, les enquêteurs doivent étudier soigneusement l'utilité des mener des enquêtes à l'échelle de la population.</p> <p>Il est moins faisable à terme de collecter des données pour cet indicateur que d'obtenir des données de surveillance des ANC. Ces enquêtes sont coûteuses et complexes et on ne peut les envisager que dans des situations où la qualité de l'enquête peut être garantie. Pour fournir de bonnes estimations des tendances de la prévalence, elles doivent se répéter à intervalles réguliers selon des procédures similaires. Si de telles enquêtes ne peuvent être menées qu'à intervalles espacés, les résultats peuvent être comparés à ceux de la surveillance des ANC.</p>
Comment le mesurer	L'indicateur doit être fourni sous forme de pourcentages pour les hommes et pour les femmes et de groupes d'âge : 15-19, 20-24 et 15-24 ans. La taille des échantillons non pondérés et les taux de non-réponse (en séparant absentéisme et refus) doivent être indiqués pour chaque catégorie. Le protocole du dépistage du VIH doit aussi être indiqué.
Atouts et limites	<p>Les résultats d'une enquête de population générale peuvent être pris en tant que valeur nominale si l'enquête est vraiment représentative de la population où elle a été menée.</p> <p>Les enquêtes de population générale vont à la rencontre des participants tandis que la plupart des autres méthodes de collecte de données reposent sur le fait que les gens viennent d'eux-mêmes sur les lieux où le test de dépistage du VIH est effectué. Ceci signifie que les biais de sélection et de participation sont souvent moins importants dans ces enquêtes. Toutefois, si le cadre d'échantillonnage est mal fait ou si l'enquête est mal menée, certains biais de sélection peuvent subsister.</p> <p>Le biais de participation constitue certainement le problème majeur. L'ampleur du biais de participation est influencée par le thème de l'enquête et par le protocole selon lequel le test est réalisé. Les facteurs à prendre spécialement en compte sont ceux qui peuvent être liés au statut VIH de la personne susceptible d'être interrogée, par exemple le comportement sexuel à haut risque. Si les individus qui sont absents de cette enquête ou ceux qui ont choisi de ne pas participer diffèrent beaucoup au niveau de ces caractéristiques des personnes qui participent, la précision des estimations de la prévalence peut être affectée.</p>

	<p>Dans les pays où le niveau de la prévalence du VIH chez les adultes est relativement faible (de 1 à 3 %), les enquêtes de population générale sous-estiment souvent les niveaux de prévalence. En effet, les personnes les plus exposées au VIH ne seront probablement pas interrogées au cours des enquêtes de population générale, soit parce qu'elles sont automatiquement exclues de l'échantillon (par exemple : forces armées ou de police qui vivent en caserne, professionnel(le)s du sexe travaillant dans des maisons closes), parce qu'elles vivent en dehors de leurs foyers pour des raisons liées à leur comportement à risque (professionnel(le)s du sexe, CDI) ou à cause de leur mobilité (routiers, pêcheurs, autres groupes mobiles). De plus, lorsque la prévalence est faible (de l'ordre de 0-3 %), il est difficile d'observer des changements significatifs de la prévalence dans le temps, à moins qu'un échantillon particulièrement important soit utilisé.</p> <p>Si des informations de base sont collectées auprès des personnes qui ne participent pas à l'enquête ou pas dans son intégralité, des biais de participation peuvent être détectés et ajustés au moment de l'analyse. Les taux de réponse à l'enquête doivent toujours être examinés et présentés.</p> <p>Le manque de continuité est une faiblesse potentiellement grave des données des enquêtes communautaires. À cause de leur coût élevé et du temps qui doit leur être consacré, la portée et la dimension d'enquêtes successives peuvent varier, ce qui introduit une erreur non quantifiable dans les estimations. La collecte de données fiables sur la prévalence du VIH dans le temps nécessite qu'une série d'enquêtes comparables soit menée périodiquement dans la même population.</p>
--	---

3. Prévalence du VIH dans les sous-populations de jeunes ayant un comportement à haut risque	
<i>Priorité : Indicateur de base dans les épidémies concentrées, indicateur complémentaire dans les autres types d'épidémies.</i>	
Définition	Proportion de jeunes membres de sous-populations données à haut risque de contracter ou de transmettre l'infection à VIH dont le test s'est révélé VIH positif.
Population cible	Jeunes ayant un comportement à haut risque âgés de 15-24 ans.
Numérateur	Le nombre de jeunes participant à un comportement à haut risque et ayant fait un test de dépistage qui indique qu'ils sont séropositifs au VIH.
Dénominateur	Le nombre de jeunes gens ayant fait un test de dépistage de l'infection à VIH.
Outils de mesure	Directives de surveillance de deuxième génération ONUSIDA/OMS (5) et directives FHI sur l'échantillonnage des sous-populations (6).
Ce qui est mesuré	<p>Cet indicateur est des plus utile dans les pays où l'infection à VIH ne s'est pas étendue à la population générale mais reste confinée à certains groupes. La prévalence de l'infection à VIH parmi les membres de ces groupes indique que de nombreux groupes et de nombreuses zones nécessitent une intervention. Les tendances de la prévalence peuvent montrer si ces interventions ont un impact ou si d'autres facteurs font augmenter ou baisser la prévalence.</p> <p>Dans le cas d'une épidémie concentrée, les groupes d'intérêts comprennent généralement au moins l'un des cas suivants : CDI, HSH, professionnel(le)s du sexe et clients réguliers de professionnel(le)s du sexe.</p>
Comment le mesurer	<p>Cet indicateur doit être fourni sous la forme de pourcentages pour les hommes et pour les femmes ainsi que pour les groupes d'âge : 15-19, 20-24 et 15-24 ans. Toute donnée disponible sur les jeunes âgés de 10-14 ans peut aussi être fournie. La taille des échantillons doit être indiquée pour chaque catégorie, tout comme le protocole du dépistage du VIH. Il serait approprié de donner des estimations ventilées selon la durée du comportement à haut risque.</p> <p>Dans les enquêtes menées parmi les groupes ayant un comportement haut risque, l'échantillonnage ne doit pas être limité aux jeunes. Cet indicateur doit plutôt se baser sur les données fournies par un sous-ensemble de personnes interrogées. Il est important que les enquêtes auprès de ces groupes couvrent un échantillon suffisamment large pour fournir des estimations fiables pour les jeunes.</p> <p>Si l'échantillon est petit et que par conséquent de tels sous-ensembles devaient mettre en péril l'anonymat ou si des informations sur le statut VIH ne sont pas fournies, il n'est pas nécessaire de fournir les données de prévalence ventilées par catégories d'âge ou de durée du comportement à haut risque. Au contraire, la répartition par âge de groupes entiers doit être fournie, indépendamment du statut VIH. Ces groupes peuvent être décrits dans les groupes d'âge <15, 15-19 et 20-24 ans. La durée médiane du comportement à haut risque, lorsqu'elle est disponible, doit être fournie pour chaque groupe d'âge.</p> <p>Surveiller le VIH dans les sous-populations peut s'avérer difficile sur un plan logistique et éthique, en particulier si les groupes sont marginalisés ou si leurs activités sont illégales. L'échantillonnage et l'estimation de la taille de la population totale sont des éléments clés. Comprendre comment la population étudiée est liée à une population plus large partageant le même comportement à risque est essentiel à l'interprétation de l'indicateur. Pour certains groupes, il est nécessaire d'appliquer des stratégies d'échantillonnage fondées sur la population. Dans d'autres cas, des sites sentinelles sont à disposition. Les sites sentinelles pour ces populations sont en général liés aux services de santé, par exemple un dispensaire pour hommes dans une zone à forte concentration de bars gays ou un centre de réhabilitation pour drogués.</p>

<p>Atouts et limites</p>	<p>Une des limites des enquêtes auprès des groupes ayant un comportement à haut risque, est qu'il n'est généralement pas possible de trouver un échantillon de probabilité représentatif. Au mieux, cet indicateur représente les membres du sous-groupe ayant un comportement à haut risque à partir duquel l'échantillon a été établi et ne représente pas nécessairement toutes les personnes ayant ce comportement. Cela signifie qu'il est difficile d'évaluer dans quelle mesure un indicateur fondé sur ces données décrit la prévalence parmi tous les membres du groupe. Les informations sur la taille des groupes ayant un comportement à haut risque sont nécessaires pour remettre ces données sur la prévalence dans un contexte régional ou national.</p> <p>À cause des difficultés d'accès aux sous-populations, les biais des données sur la surveillance de la séropositivité de ces populations sont souvent beaucoup plus importants et moins prévisibles que ceux concernant les données issues d'une population plus générale, comme les femmes dans les dispensaires prénatals. Lorsque les sites sentinelles fournissent par exemple des services de santé aux sous-populations en question, l'utilisation de ces établissements peut être liée à des problèmes qui sont eux-mêmes liés à l'infection à VIH.</p> <p>Il est particulièrement difficile de limiter les biais liés à l'âge, puisque l'âge de la pratique d'un comportement à très haut risque peut être extrêmement variable. En tenant compte de l'explication des schémas observés, l'âge chronologique est moins important dans les groupes ayant un comportement à haut risque que la durée de ce comportement. Cependant, il est essentiel de collecter et de présenter les données par âge, cette information permettant de cibler les interventions et les politiques.</p> <p>Les variations de la prévalence du VIH dans ces groupes reflètent le succès ou l'échec des tentatives de prévention mais elles peuvent aussi refléter des changements d'intégration et d'exposition, qui n'ont pas de lien avec les efforts de prévention. Cet indicateur doit être étudié conjointement avec les indicateurs comportementaux qui concernent l'appartenance et les activités des groupes ayant un comportement à haut risque, parce que les changements d'intégration au sein de ces groupes peuvent occasionner des changements de la prévalence observée. Celle-ci est également affectée par l'évolution du nombre de nouvelles infections et de la mortalité.</p> <p>Malgré ces difficultés, il est essentiel de surveiller l'infection à VIH chez les personnes ayant un comportement à haut risque dans les épidémies concentrées. Ces informations ne sont pas parfaites mais il est nécessaire de mesurer les progrès ou l'absence de progrès pour maintenir le soutien aux programmes de prévention dans les sous-populations critiques.</p>
---------------------------------	--

4. Jeunes atteints d'une infection sexuellement transmissible	
<i>Priorité : Indicateur complémentaire</i>	
Définition	Proportion de jeunes gens atteints d'infections sexuellement transmissibles détectées lors d'un test de diagnostic.
Population cible	Personnes âgées de 15-24 ans.
Numérateur	<p>Nombre de tests de diagnostic effectués pour les personnes âgées de 15-24 ans confirmant l'existence d'une IST.</p> <p>REMARQUE : Le ou les type(s) d'IST pris en compte dépend(ent) de ce qui est important localement. Si plus d'un type de IST est étudié, il est nécessaire de fournir les résultats séparément et globalement.</p>
Dénominateur	Nombre total de personnes âgées de 15-24 ans ayant subi un test de diagnostic pour les IST.
Outils de mesure	Enquêtes de population.
Ce qui est mesuré	Dans les pays où la prévalence de l'infection à VIH est faible, cet indicateur mesure sa probabilité d'expansion potentielle. De même, la prévalence des IST fournit un moyen de surveiller les niveaux du comportement sexuel à risque.
Comment le mesurer	<p>La prévalence d'une IST doit être déterminée à partir des diagnostics biologiques de l'infection, parce que de nombreuses IST sont asymptomatiques (et ne sont détectées que grâce à des tests de laboratoire) et peuvent avoir des symptômes similaires (ce qui rend difficile l'établissement d'un diagnostic clinique exact). Dans de nombreux pays, l'accès à des équipements de laboratoire adaptés est limité, ce qui réduit les sources de données pour cet indicateur.</p> <p>Les données pour cet indicateur ne doivent pas être collectées auprès des patients qui fréquentent les dispensaires spécialisés en IST ou auprès de personnes pour lesquelles un test est effectué parce qu'elles présentent les symptômes d'une IST. La raison en est que ces personnes constituent un groupe extrêmement sélectionné dans lequel la prévalence de l'infection ne fournit aucune information sur la prévalence de l'infection chez les jeunes de la population générale</p> <p>Cependant, les tests de diagnostic des IST dans une enquête de population sont complexes et coûteux. Pour déceler une infection, il faut obtenir des échantillons de sécrétions génitales, de l'urine ou du sang qu'il faut ensuite transporter dans des conditions adéquates jusqu'à un laboratoire pour effectuer les tests. Ces difficultés constituent un frein, mais ont pu être surmontées avec succès dans plusieurs enquêtes à domicile.</p> <p>Cet indicateur doit être fourni sous la forme de pourcentages séparés d'hommes et de femmes dans les groupes d'âge 15-19, 20-24 et 15-24 ans.</p> <p>Les taux de non-réponse doivent être pris en compte avant de fournir les résultats de ces enquêtes.</p>
Atouts et limites	<p>Alors que le dépistage des IST lors d'une enquête de population générale est coûteuse et complexe, les enquêtes de population générale ont l'avantage de réduire les biais de participation et de sélection et, si elles sont bien menées, elles donnent les meilleures informations possibles sur la prévalence de l'infection au sein de la population générale. Ces études peuvent être complétées par d'autres études auprès de populations spécifiques, par exemple les consommateurs de drogues injectables.</p> <p>Pour plus d'informations, voir les Directives pour la surveillance des IST, section évaluation et suivi de la prévalence (WHO/CHS/HIS/99.2 UNAIDS/99.33E).</p>

ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE

Cette annexe fournit des orientations de base sur les questions liées à la collecte des données pour le suivi et l'évaluation. Un grand nombre des points abordés ici concernent la collecte des données auprès de différentes populations (c'est-à-dire qu'ils ne se limitent pas à la collecte des données auprès des jeunes).

1. Validité, fiabilité et subjectivité

L'une des principales préoccupations concernant la collecte des données sur les jeunes est que ces données soient comparables dans le temps. Lorsque les données sont comparables, les chercheurs et les responsables des programmes peuvent identifier des tendances et des changements de l'épidémie du VIH chez les jeunes. Pour y parvenir, les données doivent être valides, fiables et objectives. Il n'y a aucun moyen de garantir la totale validité des données mais, dans certains cas, les données non valides peuvent être clairement identifiées et rejetées. Beaucoup d'erreurs commises lors de la collecte des données peuvent en affecter la validité : il peut y avoir des erreurs dans la façon de définir les échantillons, de mener l'entretien ou même d'analyser les données. L'un des objectifs de ce chapitre est d'aider les lecteurs à collecter des données valides.

La fiabilité constitue un élément tout aussi important. Pour évaluer la fiabilité, les chercheurs peuvent répéter des questions au cours du même entretien sous une forme parfaitement identique ou légèrement différente ; ils peuvent aussi les répéter lors d'un entretien de suivi (46). Par exemple, si précédemment dans un questionnaire, une personne interrogée déclare qu'elle n'a jamais utilisé de préservatif lors de rapports sexuels et si elle déclare ensuite avoir utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel, ses réponses seraient non fiables et non valides. Si des données non fiables signifient qu'elles sont non valides, des données fiables ne sont pas obligatoirement valides. C'est notamment le cas lorsque les personnes interrogées déclarent de façon systématique et fiable ne jamais avoir eu de rapport sexuel alors qu'en fait, elles en ont déjà eu.

- **Des données valides** sont des données qui se rapprochent le plus possible de la vérité.
- **La fiabilité** représente la permanence des réponses d'un individu à des questions identiques ou similaires.

Les erreurs concernant les données qui sont systématiques ou suivent un schéma régulier sont appelées biais. Aucune donnée ne peut être totalement dépourvue de biais, mais leur ampleur peut être décelée et minimisée. Plusieurs types de biais peuvent se produire lors de la collecte des données. Un type de biais général, appelé biais d'échantillon, se produit lorsque les personnes interrogées qui participent à une étude (l'échantillon) ne représentent pas convenablement le groupe d'intérêt. Le fait que des personnes se portent volontaires pour participer à une étude ou que des fonctionnaires choisissent les villages ou les provinces sélectionnées pour une enquête sera très probablement à l'origine d'un échantillon différent du reste du groupe d'intérêt. Les biais d'échantillon peuvent également se produire lorsque les personnes ou les unités d'organisation sont choisies pour une enquête mais refusent d'y participer. Certains chercheurs ont désigné cette spécificité de biais d'échantillon biais de participation. C'est le cas lorsqu'il y a une différence de comportement sexuel à risque passé entre ceux qui acceptent un dépistage du VIH et ceux qui le refusent. Afin de minimiser les biais d'échantillon, il est important de sélectionner

des échantillons aléatoires de participants, échantillons que tous les membres de la population ont une chance d'intégrer. Des détails sur l'échantillonnage aléatoire sont fournis aux pages 5-6.

Un deuxième type général de biais est appelé **biais d'information** et se produit dès que les données présentent des différences systématiques au sein de l'échantillon. Les deux principaux types de biais d'information sont le biais dû à l'enquêteur et le biais de rappel. Un enquêteur peut notamment influencer les réponses de nombreuses façons, ne serait-ce que par le ton de sa voix. D'autres caractéristiques, telles que le sexe, l'âge, les origines, l'appartenance ethnique, le niveau d'éducation et les attitudes peuvent également influencer la façon dont un participant à une étude répond aux questions. Les chercheurs ont découvert que les participants étaient généralement plus susceptibles d'accorder leur confiance à des personnes qui leur ressemblent et qu'ils pouvaient par conséquent déclarer un comportement sensible à de tels enquêteurs. Par exemple, la personne la plus appropriée pour interroger une adolescente vivant à la campagne est une jeune femme issue du même milieu.

Une autre forme de biais dû à l'enquêteur intervient lorsque les enquêteurs codent les données différemment, et ce de façon systématique. Par exemple, lorsque les personnes interrogées doivent décrire toutes les méthodes de planification familiale qu'elles ont utilisées par le passé et que certains déclarent « détenir un porte-bonheur », il peut y avoir un biais si un enquêteur code systématiquement cette réponse sous « méthodes locales/traditionnelles », alors qu'un autre le code sous « pas de méthode ». Pour limiter le biais dû à l'enquêteur, il faut s'assurer que tous les enquêteurs sont correctement formés et évalués en matière de compétences nécessaires à la conduite d'une enquête, de protocole de recherche et d'éthique de la recherche. La formation de l'enquêteur doit aussi traiter de l'importance des données valides, des façons de réduire les biais et des objectifs de la recherche afin que les enquêteurs s'approprient et se sentent personnellement plus impliqués vis-à-vis de ces objectifs même en l'absence de supervision (10).

Les biais de rappel peuvent aussi être constatés lorsque les individus donnent de fausses informations sur un événement passé. L'aptitude à se remémorer correctement des événements change en fonction du temps écoulé depuis qu'ils ont eu lieu et de leur fréquence. Par exemple, les données sur l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel peuvent être affectées par les biais de rappel : quelqu'un ayant eu un rapport sexuel il y a longtemps ne se souviendra peut-être plus s'il a utilisé ou non un préservatif. Une personne interrogée ayant eu un rapport sexuel très récemment peut en revanche dire avec certitude si elle en a utilisé. Une technique simple destinée à limiter les biais de rappel consiste à accorder suffisamment de temps aux participants pour réfléchir avant de répondre ; une autre consiste à inciter les participants à parcourir une séquence d'événements de leur vie (47,48).

Un troisième type de biais souvent très courant chez les jeunes personnes interrogées est le biais de désirabilité sociale qui se produit lorsque les participants à l'étude ne répondent pas honnêtement aux questions car ils perçoivent la vérité comme étant socialement inacceptable ou indésirable. Par exemple, une personne peut faussement nier avoir eu une infection sexuellement transmissible par peur de la stigmatisation sociale qui y est associée. Les chercheurs ont découvert que les comportements considérés comme socialement indésirables étaient généralement sous-déclarés plutôt que surdéclarés (11). Cependant, les perceptions de la désirabilité peuvent varier au sein d'une population et ce qui peut être perçu comme inacceptable pour un groupe peut être considéré comme désirable pour un autre. Dans certaines cultures, par exemple, l'abstinence sexuelle des jeunes femmes est hautement considérée, de sorte qu'elles peuvent sous-déclarer le nombre total de leurs partenaires sexuels dans les études de recherche, alors que les jeunes hommes de la même culture peuvent tirer de la fierté de l'expérience sexuelle et ainsi exagérer le nombre total de leurs partenaires (12,13).

Différentes techniques ont été mises au point afin de réduire les biais de désirabilité sociale. L'une consiste à expliquer les objectifs de la recherche avant l'enquête, y compris leur valeur et leur légitimité sociale ainsi que l'importance de déclarations honnêtes. Une autre consiste à garantir l'intimité de l'entretien ainsi que la confidentialité de toutes les informations qui en découlent et à s'assurer que ce soit le plus clair possible pour les personnes interrogées.

- **Le biais dû à l'enquêteur** se produit en cas de différences dans la façon de mener les enquêtes et de coder les données.
- **Le biais de rappel** se produit lorsque les personnes commettent des erreurs systématiques en se remémorant des événements.
- **Le biais de désirabilité sociale** se produit lorsque les participants à l'étude ne répondent pas honnêtement aux questions car ils perçoivent la vérité comme étant socialement inacceptable ou indésirable.

2. Conception et formulation du questionnaire

La conception et la formulation du questionnaire peuvent également être à l'origine de biais. Par exemple, si les personnes sont interrogées sur leur comportement sexuel en début de questionnaire, la désirabilité sociale peut s'avérer plus importante qu'en fin de questionnaire, lorsqu'elles sont plus familières du processus de l'entretien et qu'elles sont plus en confiance. La longueur du questionnaire et la durée de l'entretien peuvent aussi se révéler importantes car si cela prend trop de temps, les personnes interrogées peuvent se lasser, s'énerver et cesser de répondre de manière appropriée (46).

Il existe d'autres cas où l'ordre et le contenu des questions et des réponses peuvent influencer les déclarations de la personne interrogée. Si la formulation de la question suggère une réponse possible, les personnes interrogées peuvent la retenir et la citer lorsqu'elles n'en ont pas d'autres. De même, les premières questions et réponses peuvent suggérer et influencer les réponses aux questions ultérieures (46). Par exemple, si la question « Avez-vous déjà utilisé des préservatifs comme moyen de contraception ? » est posée avant « Nommez toutes les méthodes de planification familiale que vous connaissez », la première question fournit une réponse possible à la seconde à laquelle certaines personnes interrogées n'auraient peut-être pas pensé ou qu'elles n'auraient pas déclaré.

Un autre problème qui entraîne souvent des erreurs de la part du chercheur ou de la personne interrogée concerne la terminologie vague ou relative telle que « souvent » ou « fréquent » (49). Par exemple, si l'on demande aux personnes interrogées la fréquence de leurs rapports sexuels, un jeune homme pourra croire qu'il a des rapports sexuels fréquents avec un rapport par mois, alors qu'un autre pense avoir des rapports peu fréquents avec un rapport par semaine. Le mieux serait que les questionnaires évitent des termes si vagues ou les définissent clairement si nécessaire.

Dans de nombreux pays en développement, les langues principales des chercheurs et des personnes interrogées peuvent différer et la traduction du questionnaire devient une source potentielle d'erreur ou de biais (46,50). Une erreur peut être simplement due à la mauvaise qualité de la traduction mais aussi au fait que beaucoup de termes peuvent ne pas avoir d'équivalents conceptuels dans l'/les autres(s) langue(s) de recherche et/ou correspondre à des significations multiples et non pertinentes. Par exemple, en anglais, le terme « to seduce » signifie réussir à convaincre quelqu'un d'avoir un rapport sexuel, alors que dans une autre langue, l'équivalent conceptuel le plus proche peut simplement suggérer une tentative de séduction (n'aboutissant pas obligatoirement à un rapport sexuel). Si les deux termes sont utilisés indistinctement, les déclarations de tentatives de séduction peuvent être mal interprétées et considérées comme de la séduction qui aboutit sur un rapport sexuel.

La question des mauvaises traductions est particulièrement problématique en matière de recherche sur le comportement sexuel, dont la nature sensible ne facilite pas l'identification de termes appropriés. Dans de nombreuses cultures par exemple, les traductions littérales de « rapport vaginal » sont obscures ou sont considérées comme offensives. En revanche, les euphémismes tels que « faire l'amour » peuvent être répandus et relativement peu offensifs ou au contraire s'avérer ambigus et suggérer d'autres activités aux personnes interrogées, telles qu'un jeu/exploration sexuel(le), un rapport sans pénétration ou un rapport anal.

Lors de la mise au point du questionnaire, plusieurs techniques permettent de réduire la possibilité de biais. Si un projet de questionnaire requiert une traduction, un autre traducteur doit réaliser une contre traduction vers la langue d'origine pour que les chercheurs puissent évaluer les erreurs et les significations non envisagées. Ce processus peut être effectué plusieurs fois lors de la mise au point du questionnaire afin de garantir une traduction de la meilleure qualité possible. Des tests préalables peuvent être réalisés auprès d'un petit nombre de personnes en se concentrant sur des questions spécifiques et en tentant de déceler la présence de zones d'incompréhension. Les tests préalables sont particulièrement utiles afin de clarifier les points problématiques, tels que la terminologie sexuelle appropriée à utiliser au cours de la recherche auprès des jeunes. Une fois que le protocole de l'étude a été rédigé, des tests pilotes (modèles de l'étude même à une petite échelle) peuvent avoir lieu dans un environnement comparable à celui proposé pour l'étude et auprès de personnes similaires à la population prévue de l'étude (46).

Conseils pour la conception du questionnaire :

- Commencer par des questions générales et peu sensibles (éviter de demander si un jeune a déjà eu des rapports sexuels dans les toutes premières questions).
- Utiliser une mise en page et une formulation simples.
- Utiliser un langage familier à la culture et au sous-groupe.
- Éviter les termes ambigus ou, si nécessaire, clairement les définir (pour certaines populations, il peut s'avérer utile de définir la signification de rapport sexuel avant d'inclure le terme dans les questions).
- Éviter toute question qui suggère une réponse à cette question ou à une question ultérieure.

Conseils pour la mise au point et l'évaluation du questionnaire :

- Faire en sorte de disposer d'une série de traductions indépendantes et des contre traductions. Les questionnaires doivent être traduits vers la langue locale de la personne interrogée avant le début de l'enquête. Au cours d'une opération distincte, un autre traducteur doit retraduire les nouvelles questions vers l'anglais (ou vers la langue d'origine) sans consulter le questionnaire original. Cette nouvelle traduction doit correspondre à la version originale.
- Tester le questionnaire préalablement afin d'identifier les points problématiques, les mauvaises interprétations ou les objections culturelles aux questions.
- Réaliser un test pilote du questionnaire lorsque celui-ci est presque terminé auprès de personnes interrogées comparables aux personnes interrogées pour la véritable collecte des données.

3. Méthodes de collecte des données

Un éventail de méthodes de recherche a été utilisé pour la recherche sur les comportements sexuels des adolescents, chaque méthode ayant ses points forts et ses faiblesses en matière de réduction des biais et d'augmentation de la validité des données. Les méthodes **quantitatives** consistent à collecter des données auprès d'un grand nombre de personnes en vue d'une analyse statistique. Pour des raisons pratiques, la grande ampleur des études quantitatives nécessite généralement que les enquêtes soient **structurées** ou suivent un format précis de questions et de réponses. La nature uniforme de ces questions structurées peut permettre de minimiser les biais de l'enquêteur. Par exemple, si un entretien structuré est mené correctement, il y a moins de risques que les enquêteurs utilisent des termes différents pour la même question et suggèrent ainsi une autre réponse possible aux personnes interrogées. Les méthodes **qualitatives** consistent généralement à collecter des informations plus détaillées auprès d'un moins grand nombre de personnes que dans une étude quantitative en utilisant des entretiens peu ou pas structurés. Les entretiens qualitatifs permettent une exploration plus détaillée et plus complexe des sujets qu'un entretien quantitatif et, comme ils sont moins structurés, les chercheurs peuvent s'adapter et réagir à des points qui apparaissent spontanément. Par exemple, une étude axée sur le comportement sexuel ne renferme généralement pas de questions spécifiques sur la violence des relations mais, si une personne interrogée déclare au fil de l'entretien avoir des comportements à haut risque liés à une menace de violence, le sujet peut être approfondi dans un entretien peu structuré.

La méthodologie recommandée pour la collecte des données tout au long de ce guide est **une enquête à domicile** nationale ou régionale de jeunes. **Les enquêtes scolaires** sont aussi parfois utilisées pour collecter des données sur les jeunes. Le coût constitue l'un des principaux avantages des enquêtes scolaires par rapport aux enquêtes à domicile : les enquêtes scolaires sont, dans l'ensemble, beaucoup moins coûteuses à mettre en œuvre. Le moindre coût de ces enquêtes est largement dû à la plus grande accessibilité de l'échantillon (avantage d'avoir un groupe de jeunes dans une école plutôt que de devoir aller à la rencontre de chaque jeune à son domicile) et au fait que la plupart des enquêtes scolaires utilisent des autoquestionnaires (c'est-à-dire qu'il n'y a pas besoin d'un enquêteur pour poser les questions, les jeunes remplissant eux-mêmes le questionnaire).

Autre différence entre ces méthodologies, les enquêtes scolaires ont tendance à produire une prévalence des comportements à risque des adolescents supérieure à celle des enquêtes à domicile (51,52).

Selon la principale hypothèse justifiant cette découverte, c'est l'intimité qui détermine principalement si les jeunes sont disposés à déclarer des comportements à risque (souvent stigmatisés) (Kann et coll., 2002). Cet élément constitue en fait un inconvénient des enquêtes à domicile : elles peuvent rarement garantir l'intimité des personnes interrogées, ce qui peut avoir un impact sur la déclaration des comportements à risque. Cependant, les preuves établissant que la plus haute prévalence constatée dans les enquêtes scolaires est plus proche de la « véritable » prévalence n'ont pas été concluantes ; des preuves suggèrent également que les données issues des enquêtes scolaires sont souvent moins valides que les données issues des enquêtes à domicile (53).

Le défaut majeur des enquêtes scolaires, qui explique aussi principalement pourquoi elles ne sont pas proposées comme moyen de collecte des données dans ce guide, est qu'elles ne sont pas représentatives de la population générale des jeunes. En voici les deux principaux arguments :

- Ce guide recommande la collecte de la plupart des indicateurs auprès de jeunes ayant jusqu'à 24 ans. Dans les pays où la scolarisation est élevée, les jeunes du groupe d'âge supérieur (18 ans et plus) ne vont plus à l'école et sont par conséquent exclus de l'échantillon.
- Dans les pays où la scolarisation globale est faible (et généralement d'autant plus faible que l'âge augmente), une très large proportion de l'ensemble de la population des jeunes n'est pas incluse dans un échantillon basé sur l'école.

Les indicateurs de ce guide ont été regroupés dans le but de suivre et d'évaluer les programmes nationaux et pour surveiller les tendances comportementales et biologiques nationales relatives au VIH. En raison des limites spécifiées ci-dessus, les enquêtes scolaires ne peuvent pas remplacer les enquêtes à domicile.

Cependant, les enquêtes scolaires peuvent représenter une précieuse source d'informations complémentaire à utiliser conjointement avec une enquête à domicile afin d'éclairer des questions spécifiques, particulièrement celles relatives aux interventions scolaires. Plusieurs enquêtes scolaires de haute qualité ont été menées dans de nombreux pays :

- The Global Youth Tobacco Survey (sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé et des "Centers for Disease Control") est une enquête sur la consommation de tabac et ses facteurs déterminants chez les élèves âgés de 13-15 ans. Elle a été menée dans 140 pays.
- The Health Behaviour of School-going Children Survey (sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé) est une enquête sur les comportements en matière de santé et leurs facteurs déterminants chez les élèves âgés de 11, 13 et de 15 ans. Elle a été menée dans 29 pays.
- The Global School-based Student Health Survey (sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé en collaboration avec l'UNICEF, l'UNESCO, l'ONUSIDA et les CDC) est une enquête sur les comportements à risques prioritaires en matière de santé et leurs facteurs déterminants chez les élèves âgés de 13-15 ans. Lancée en 2003, cette enquête a, jusqu'à présent, été menée dans 7 pays.

En définitive, le point le plus important est la synergie de méthodes et d'efforts divers en matière de collecte des données destinée à dresser un tableau complet des questions relatives à la prévention et au traitement du VIH/SIDA chez les jeunes. Toutes les enquêtes, qu'elles soient menées à domicile, dans les écoles ou auprès de populations spéciales, doivent inclure une série clé d'indicateurs de base relatifs au VIH et aux jeunes. Ce guide propose une telle série d'indicateurs, avec pour but de contribuer à la comparabilité des données entre enquêtes, entre régions et dans le temps, et d'améliorer ainsi l'ensemble des efforts en matière de collecte des données.

Pour la plupart des indicateurs compris dans ce guide, les données devront être recueillies à travers la réalisation d'une **enquête à domicile** nationale ou régionale de jeunes. Les enquêtes à domicile sont très utilisées pour collecter des données basées sur la population sur l'état de santé et les comportements des adolescents au niveau national et infranational. Les principales enquêtes en cours recueillant les données dans un grand nombre de pays comprennent notamment les Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les Enquêtes de surveillance comportementale (BSS) mises au point par Family Health International et les Enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS). Ces enquêtes s'appuient sur des échantillons d'adultes et la taille de l'échantillon ainsi que les techniques d'échantillonnage doivent être ajustées afin de garantir un nombre représentatif de jeunes au sein de l'échantillon global. Certaines enquêtes à domicile sont également spécifiques aux adolescents, telles que les Reproductive Health and Adolescent Reproductive Health Surveys entreprises par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis. En plus de ces enquêtes « internationales », de nombreux pays effectuent également des enquêtes nationales annuelles ou plus fréquentes (comme des enquêtes trimestrielles sur la main d'œuvre ou l'économie). Le volume et la nature des données sur les adolescents varient considérablement entre ces enquêtes nationales. De telles enquêtes doivent néanmoins retenir notre attention car elles peuvent entraîner l'ajout de questions sur la santé et le développement des adolescents.

Avantages et inconvénients des enquêtes à domicile

Avantages :

- Faisabilité élevée de la collecte de données nationales représentatives sur la jeunesse, à la fois à l'école et en dehors de l'école
- Risque limité de biais d'échantillon
- Expérience considérable liée à l'acceptation de ces enquêtes comme moyen de suivi par la plupart des gouvernements dans le monde
- Normalisation des enquêtes dans tous les environnements relativement aisée, ce qui facilite la comparaison intranationale et internationale

Inconvénients :

- Coût modéré à élevé
- Inefficacité relative dans l'obtention de mesures concernant les sous-populations vulnérables de jeunes (enfants des rues, orphelins sans lieu de résidence fixe) résultant d'un manque de cadres d'échantillonnage appropriés
- Les jeunes étant très mobiles et rarement chez eux, il est difficile de les trouver pour les interroger
- Difficulté à garantir l'intimité et impact que cela peut avoir sur les estimations de la prévalence comportementale

Les différentes enquêtes et méthodes d'échantillonnage des populations de jeunes sont traitées en détail dans le document « Guidelines of sampling of youth » disponible à www.childinfo.org.

4. Échantillonnage

L'échantillonnage est le processus de sélection systématique d'un sous-ensemble de la population totale à étudier. En raison des risques de biais plus faibles qu'elles présentent, les enquêtes fondées sur **les méthodes d'échantillonnage de probabilité** sont le plus souvent privilégiées à celles utilisant **des échantillons de non-probabilité**. Pour collecter des données sur les indicateurs de ce guide, il est essentiel d'utiliser les méthodes d'échantillonnage de probabilité puisqu'elles constituent la seule technique de comparaison des données dans le temps. Les méthodes d'échantillonnage de probabilité supposent que toute personne au sein de la population a une chance d'être sélectionnée pour l'enquête. Toutes les enquêtes internationales à domicile mentionnées précédemment utilisent une forme d'échantillonnage de probabilité, généralement l'échantillonnage en grappes à plusieurs degrés. Au contraire, les méthodes d'échantillonnage de non-probabilité ne reposent pas sur la théorie de la probabilité. Avec ces méthodes, les échantillons ne sont pas choisis au hasard. Les méthodes d'échantillonnage de non-probabilité comprennent notamment l'obtention d'un échantillon de sujets au gré des circonstances (enquêter auprès de tous les jeunes rencontrés dans la rue) ou la sélection d'un échantillon à partir d'autres sujets d'un échantillon (souvent appelée échantillonnage en boule de neige).

Il existe plusieurs types de méthodes d'échantillonnage de probabilité. La plus simple est **l'échantillonnage aléatoire simple** qui consiste à choisir les sujets de manière aléatoire de sorte que chaque élément ait la même chance d'être sélectionné. Par exemple, les sujets d'une enquête sont tirés au sort dans un chapeau ou, mieux, à partir d'un tableau de nombres aléatoires d'un livre de statistiques. Un autre type de méthodes d'échantillonnage de probabilité est **l'échantillonnage stratifié** qui consiste à diviser la population à échantillonner en groupes homogènes établis à partir de caractéristiques importantes pour les indicateurs à mesurer, telles que les jeunes sexuellement actifs. Un échantillon aléatoire simple est ensuite choisi à partir de chaque groupe. Les enquêtes à grande échelle, telles que les EDS et les MICS, sont basées sur **un échantillonnage en grappes à plusieurs degrés**, qui consiste généralement à sélectionner des échantillons aléatoires de grappes (tels que les districts ou les régions d'un pays) puis d'énumérer tous les foyers de ces districts et de prendre un échantillon aléatoire simple de chaque grappe.

La disponibilité d'un cadre d'échantillonnage constitue une exigence essentielle à l'échantillonnage de probabilité. En effet, c'est l'absence d'un cadre d'échantillonnage opérationnel et le coût élevé associé à la création totale d'un tel cadre qui est souvent à l'origine de l'utilisation de méthodes d'échantillonnage de non-probabilité. Pour la population générale des adolescents, des cadres d'échantillonnage opérationnels sous la forme sondages récents, des cadres d'échantillonnage « maître » mis au point par le bureau national des statistiques et/ou d'autres cadres d'échantillonnage utilisés dans d'autres enquêtes de grande envergure devraient être disponibles dans la plupart des pays. Toutefois, il se peut qu'il n'y ait pas de cadres d'échantillonnage opérationnels pour les sous-groupes vulnérables de jeunes (comme les professionnel(le)s du sexe) dans la plupart des environnements et il sera alors nécessaire soit de mettre au point des cadres d'échantillonnage appropriés, soit de recourir à des méthodes de non-probabilité.

Les méthodes d'échantillonnage de probabilité reposent sur **la théorie de la probabilité**, concept mathématique fondé sur des principes statistiques reconnus sur la possibilité de prédire la probabilité statistique qu'un événement aléatoire se produise.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2002 update. Geneva: UNAIDS; 2002 (available at: www.unaids.org).
2. UNICEF, UNAIDS, WHO. Young people and HIV/AIDS: opportunity in crisis. New York and Geneva: UNICEF, UNAIDS, WHO; 2002.
3. UNAIDS. National AIDS programmes: A guide to monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2000.
4. MEASURE Evaluation/WHO/PSI. Compiled Condom Availability and Quality Protocol, retail survey (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/unaids-00.17e/tools/measurecondom.pdf>)
5. WHO, UNAIDS. Initiating second generation HIV surveillances: practical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/HIV/2002.17).
6. Family Health International (FHI). Guidelines for repeated behavioural surveillance surveys in populations at risk of HIV. Arlington (VA): Family Health International; 2000.
7. Adamchak S, Bond K, McLaren L, Magnani R, Nelson K, Seltzer J. A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs, Tool Series 5. Washington DC: FOCUS on Young Adults; 2000.
8. Rehle T, Saidel T, Mills S, Magnani R, editors. Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and care in developing countries: a handbook for program managers and decision makers. Washington DC: Family Health International; 2001 (available at: <http://www.fhi.org>).
9. Webb D, Elliot L. Learning to live: monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people. London: Save the Children; 2000 (available at: <http://www.savethechildren.org.uk>).
10. Bachrach, C. and Newcomer, S. F. 2002. Addressing bias in intervention research: Summary of a workshop. *Journal of Adolescent Health* 31:311-321.
11. Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D. and Coates, T. J. 1990. Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behaviour. *Psychological Bulletin* 108(3): 339-362.
12. Siegel, D. M., Aten, M. J. and Roghmann, K. J. 1998. Self-reported honesty among middle and high school students responding to a sexual behaviour questionnaire. *Journal of Adolescent Health* 23 (1): 20-28.
13. Catania, J. A., Turner, H., Pierce, R., Golden, E., Stocking, C., Binson, D., and Mast, K. 1993. Response bias in surveys of AIDS-related sexual behavior. In *Methodological Issues in AIDS Behavioral Research*. Ostrow, D. G., Kessler, R. C. Plenum Press: New York. 133-162.
14. Robinson K, Telljohan S, Price J. Predictors of sixth-graders engaging in sexual intercourse. *Journal of School Health* 1999;69:369-75.
15. Kinsman SB, Romer D, Furstenberg FF, Schwarz DF. Early sexual initiation: the role of peer norms. *Pediatrics*, 1998;102:1185-92.
16. Romer D, Black M, Ricardo I, Feigelman S, Kaljee L, Galbalth J, et al. Social influences on the sexual behavior of youth at risk of HIV exposure. *American Journal of Public Health*, 1994;84(6):977-85.
17. ONUSIDA. Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base. Genève : Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2002
18. WHO. Adolescent-friendly health services: Making it happen. And Global consultation on adolescent-friendly health services. A consensus statement. Geneva: World Health Organization; 2001 (available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/ADH/WHO_FCH_CAH_02.18.htm).
19. Going for gold: A clinic guide to the National Adolescent Friendly Clinic Initiative. South Africa: NAFCl; 2000.
20. Nelson K., MacLaren L., Magnani R.. Assessing and planning for youth-friendly reproductive health services. FOCUS Tool Series 2. Washington DC: FOCUS on Young Adults Program/ Pathfinder International; 2000.
21. Jessor R, Turbin MS, Costa FM. Risk and protection in successful outcomes among disadvantaged adolescents. *Applied Developmental Science* 1998;2(4):194-208.
22. WHO. Framework for programming for adolescent health and development. Action for adolescent health: towards a common agenda: Recommendations from a joint study group - WHO, UNFPA, UNICEF. Geneva: World Health Organization; 1997 (<http://www.who.int/child-adolescent-health.htm>).
23. UNAIDS, UNICEF. Guide to monitoring and evaluation of the national response for children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS. Upcoming.
24. Meekers D, Calves A. Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon. *African Journal of Reproductive Health* 1999;3(2):51-67.
25. Kanya M, McFarland W, Hudes ES, Ssali A, Busuulwa R, Hearst N. Condom use with casual partners by men in Kampala, Uganda. *AIDS* 1997;11(Suppl.1):S61-6.

26. Kirby D. Emerging answers: research findings on programs to reduce sexual risk-taking and teen pregnancy. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy Task Force on Effective Programs and Research; 2001.
27. Murray N, Zabin L, Toledo-Dreves V. Gender differences in factors influencing first intercourse among urban students in Chile. *International Family Planning Perspectives* 1998;24(3):139-44,152.
28. Magnani RJ, Seiber EE, Gutierrez EZ, Vereau D (2001). Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru. *Studies in Family Planning* 2001;32(1):53-66.
29. Park I, Sneed C, Morisky D, Alvear S, Hearst N. Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents. *AIDS Education and Prevention* 2002;14(1):73-83.
30. Magnani RJ, Karim AM, Weiss LA, Bond KC, Lemba M, Morgan GT. Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. *Journal of Adolescent Health* 2002;30:76-86.
31. Kiragu K, Zabin L. The correlates of premarital sexual activity among school-age adolescents in Kenya. *International Family Planning Perspectives* 1993;19:92-7.
32. Selvan M, Ross M, Kapadia A. Study of perceived norms, beliefs, and intended sexual behavior among higher secondary school students in India. *AIDS Care* 2001;13(6):779-88.
33. Laguna E. On their own: effect of home- and school-leaving on Filipino adolescents' sexual initiation. *East-West Center Working Papers* 2001;108-19.
34. Isarabhakdi P. Factors associated with sexual behavior and attitudes of never-married rural Thai youth. *Journal of Population and Social Studies* 1999;8(1):21-44.
35. Podhisita C, Xenos P, Varangrat A. The risk of premarital sex among Thai youth: individual and family influences. *East West Center Working Papers* 2001;108-5.
36. Bearman P, Bruckner H. Power in numbers: peer effects on adolescent girls' sexual debut and pregnancy. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 1999.
37. Schaefer EW. Children's reports of parental behavior: an inventory. *Child Development* 1965;36:413-24.
38. Barber BK, Olsen JA. Socialization in context: connection, regulation, and autonomy in the family, school, and neighborhood, and with peers. *Journal of Adolescent Research* 1997;12(2),287-315.
39. WHO. Broadening the horizon: balancing risk and protection for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2001 (available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/ADH/WHO_FCH_CAH_01.20.htm)
40. Nelson K, Magnani R. The effects of youth-friendly service projects on service utilization among youth in Lusaka, Zambia. Washington DC: FOCUS on Young Adults Program; 2000.
41. WHO. Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2001(available at: <http://www.who.int/gender/violence/womenfirtseng.pdf>).
42. UNAIDS/WHO Working Group on global HIV/AIDS and STI surveillance. Guidelines for conducting HIV sentinel serosurveys among pregnant women and other groups. (UNAIDS/03.49E.) Geneva, 2003
43. UNAIDS. UNAIDS/WHO Working Group on HIV/AIDS/STI Surveillance. (2003) Estimating the Size of Populations at Risk for HIV: Issues and Methods. Updated July 2003. (UNAIDS/03.36E) (available at www.unaids.org).
44. Futures Group. "Spectrum" Estimation package, available at www.tfgi.com.
45. Boerma et al. Estimates of HIV-1 prevalence from national population-based surveys as a new gold standard. *Lancet* 2003, 362: 1929-1931.
46. Smith, P. G. and Morrow, R. H. 1996. *Field Trials of Health Interventions in Developing Countries: A Toolbox*. Oxford: Macmillan.
47. Auriat, N. 1993. 'My wife knows best': A comparison of event dating accuracy between the wife, the husband, the couple, and the Belgium population register. *Public Opinion Quarterly* 57: 165-190.
48. Bradburn, N. M., Reips, L. J., and Shevell, S. K. 1987. Answering autobiographical questions: The impact of memory and inference on surveys. *Science* 236: 157-163.
49. Bradburn, N. B. and Miles, C. 1989. Vague Quantifiers. In *Survey Research Methods: A Reader*. Eds. Singer, E. and Presser, S. University of Chicago Press: Chicago. 155-164.
50. Bulmer, M. and Warwick, D. P. 1983. Data collection. In *Social Research in Developing Countries: Surveys and Censuses in the Third World*. Eds. Bulmer, M. and Warwick, D. P. John Wiley & Sons: New York. 145-160.
51. Brener, ND; Kann, L.; Smith, TK. 2003. Reliability and validity of the School Health Policies and Programs Study 2000 questionnaires; *J Sch Health*; 2003 Vol. 73, p29-37, 9p.
52. KANN, L.; BRENER, N.D.; WARREN, C.W.; COLLINS, J.L.; GIOVINO, G.A.. 2002 An assessment of the effect of data collection setting on the prevalence of health risk behaviors among adolescents; *J. Adolesc. Hlth*; Vol. 31, p327-335, 9p.
53. Gregson, Simon: "The performance of face to face interviews and self-administered/more anonymous techniques," *Workshop on Measurement of Sexual Behaviour in the Era of HIV/AIDS*. London, 4th to 6th September 2003.