



LES FILLES, LE VIH/SIDA ET L'ÉDUCATION

Pour chaque enfant
Santé, Éducation, Égalité, Protection
FAISONS AVANCER L'HUMANITÉ

unicef 

LES FILLES, LE VIH/SIDA ET L'ÉDUCATION

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRES

Chapitre 1	Le nouveau visage du VIH/SIDA	1
Chapitre 2	La menace qui pèse sur les jeunes filles et les femmes.....	8
Chapitre 3	Le pouvoir de l'éducation des filles.....	12
Chapitre 4	L'appel à l'action	18

ENCADRÉS

Encadré 1	Engagements	5
Encadré 2	L'éducation assiégée.....	7
Encadré 3	Une école adaptée aux enfants	11
Encadré 4	Le comportement sexuel est fonction du niveau d'instruction.....	17
Encadré 5	Initiatives internationales visant à améliorer l'éducation des filles.....	21
Encadré 6	Une stratégie en faveur de la parité dans le secteur de l'éducation : « 25 d'ici à 2005 »	23
Encadré 7	De nouvelles <i>oportunidades</i> pour les enfants mexicains	25
Encadré 8	Une école soucieuse de la santé des élèves.....	25

FIGURES

Figure 1	Dans 11 pays de l'Afrique subsaharienne, au moins 15 % des enfants étaient orphelins en 2003.....	2
Figure 2	Les orphelins risquent plus de ne pas être scolarisés	3
Figure 3	Les orphelins ont moins de chances de se trouver au niveau d'éducation correspondant à leur âge.....	4
Figure 4	Jeunes femmes (15-24 ans) possédant des connaissances générales correctes sur le VIH	6
Figure 5	Jeunes femmes (15-24 ans) qui ont entendu parler du VIH/SIDA et connaissent trois façons de prévenir l'infection au VIH	13
Figure 6	Jeunes femmes (15-24 ans) qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut transmettre le VIH	13
Figure 7	Jeunes hommes (15-24 ans) qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut transmettre le VIH	13

Figure 8	Jeunes femmes (15-24 ans) qui savent où faire un test de dépistage du VIH.....	14
Figure 9	Femmes mariées (15-49 ans) qui affirment parler du VIH/SIDA avec leur mari ...	14
Figure 10	Femmes (15-49 ans) du Zimbabwe qui estiment que la décision d'une femme de ne pas avoir de rapports sexuels avec son mari est justifiée	15
Figure 11	Femmes (15-49 ans) du Cambodge qui ont cherché à se faire soigner pour une infection transmise de manière sexuelle et qu'elles ont signalée elles-mêmes	15
Figure 12	Jeunes femmes (15-24 ans) qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque.....	16
Figure 13	Jeunes hommes (15-24 ans) qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque.....	16

TABLES

Table 1	Pourcentage de jeunes femmes (15-24 ans) possédant des connaissances générales correctes sur le VIH/SIDA, par niveau d'éducation	27
Table 2	Pourcentage d'hommes jeunes (15-24 ans) possédant des connaissances générales correctes sur le VIH/SIDA, par niveau d'éducation	27
Table 3	Pourcentage de jeunes femmes (15-24 ans) qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut transmettre le virus du SIDA, par niveau d'éducation.....	28
Table 4	Pourcentage d'hommes jeunes (15-24 ans) qui savent qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut transmettre le virus du SIDA, par niveau d'éducation.....	29
Table 5	Pourcentage de jeunes femmes (15-24 ans) qui savent à qui s'adresser pour faire le test du SIDA, par niveau d'éducation	30
Table 6	Pourcentage d'hommes jeunes (15-24 ans) qui savent à qui s'adresser pour faire le test du SIDA, par niveau d'éducation	30
Table 7	Pourcentage de jeunes femmes (15-24 ans) qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque, par niveau d'éducation	31
Table 8	Pourcentage d'hommes jeunes (15-24 ans) qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque, par niveau d'éducation	31

RÉFÉRENCES	32
-------------------------	-----------

LE NOUVEAU VISAGE DU VIH/SIDA

« L'éducation est essentielle au succès contre la pandémie. En fait, l'UNICEF reste convaincu que tant que l'on n'aura pas découvert un remède efficace, l'éducation est un des moyens les plus efficaces d'enrayer la propagation du VIH/SIDA. »

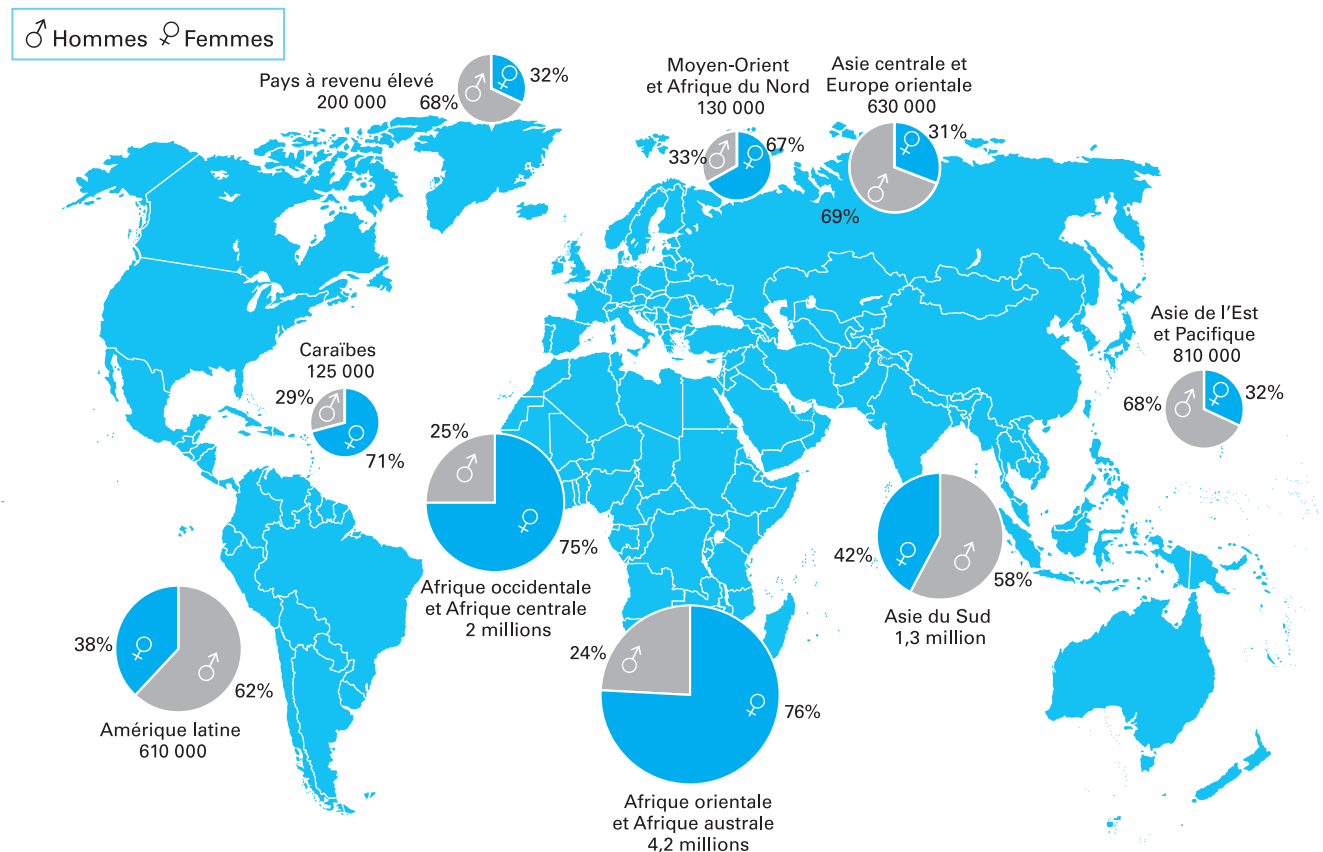
Carol Bellamy
Directrice générale
UNICEF

Pris dans le tourbillon d'un ouragan dévastateur, les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent aujourd'hui plus d'un quart des 38 millions de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA. Les jeunes de moins de 25 ans représentent environ la moitié des 5 millions de nouveaux cas enregistrés en 2003. Dans la majorité des cas, ce sont des jeunes femmes qui ont été contaminées. En effet, pour des raisons qui échappent généralement à leur contrôle, elles sont plus exposées à la contamination par le VIH et pour des raisons qui relèvent des disparités entre les sexes, le fardeau du VIH/SIDA pèse principalement sur leurs épaules.

En Asie, en Europe orientale et en Amérique latine, les jeunes hommes sont la majorité des personnes séropositives, mais 62 pour cent des 15 à 24 ans vivant avec le VIH/SIDA dans le monde sont des femmes (*voir carte ci-dessous*). En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes courent trois fois plus de risques que les jeunes hommes d'être contaminées par le VIH/SIDA. Dans certaines parties de la région, on sait que plus d'un tiers des jeunes femmes sont séropositives.

Mais la pandémie n'est pas une force irréversible de la nature devant laquelle on ne peut que baisser les bras. Sur la base

PLUS DE 10 MILLIONS DE JEUNES (15-24 ANS) VIVAIENT AVEC LE VIH/SIDA À LA FIN 2003



Cette carte ne reflète pas le point de vue de l'UNICEF sur le statut légal des pays ou territoires représentés ou sur la délimitation de leurs frontières. La ligne en pointillé représente approximativement la ligne de contrôle établie à Jammu et au Cachemire consentie par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif de Jammu et du Cachemire n'a pas encore fait l'objet d'un accord final entre les deux parties.

Source : UNICEF/ONUSIDA 2004

d'analyses d'études nationales représentatives réalisées récemment dans 53 pays, il apparaît clairement aujourd'hui que l'éducation, en particulier celle des filles, a le potentiel d'équiper les jeunes des connaissances, des attitudes et des compétences nécessaires pour diminuer les risques. Des données comparées par pays et par régions, et ventilées par niveaux d'instruction, révèlent que les jeunes hommes et femmes plus instruits ont généralement de meilleures connaissances sur le VIH/SIDA, savent mieux comment éviter la contamination et sont plus susceptibles de changer de comportements si ceux-ci les exposent à la maladie.

Il apparaît donc clairement qu'en l'absence de vaccin, donner une éducation de qualité à tous les enfants est l'un des meilleurs moyens de protéger tant les droits que la vie des jeunes menacés par le VIH/SIDA.

LES ENFANTS TOUCHÉS PAR LE VIH/SIDA

L'impact de la pandémie sur les enfants représente un autre aspect de l'évolution des caractéristiques démographiques du VIH/SIDA. Plus de 2 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH mais des millions d'autres, même s'ils ne sont pas séropositifs eux-mêmes, sont mis en position de vulnérabilité lorsque la maladie frappe des membres de leurs familles et d'autres adultes de leur entourage. On retire souvent ces enfants de l'école pour qu'ils s'occupent des malades de leurs familles ou pour qu'ils rapportent un peu d'argent à la maison. Les enfants dont les membres de la famille sont malades ou mourants sont traumatisés et souvent abandonnés à leur chagrin à cause de l'isolement et de l'opprobre liés au VIH/SIDA.

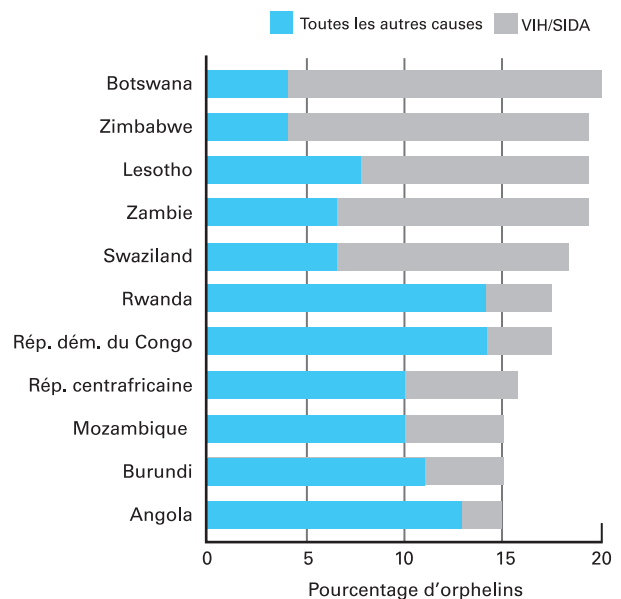
La pandémie de VIH/SIDA a créé une génération d'orphelins. Sur l'ensemble de la planète, le nombre d'orphelins dont les parents ont été emportés par le SIDA est passé de 11,5 millions en 2001 à 15 millions in 2003. Le VIH/SIDA est une maladie aux conséquences particulièrement catastrophiques car elle emporte généralement les deux parents. Les systèmes traditionnels de soins sont menacés par l'augmentation du nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents. Certes, beaucoup de grands-parents ou frères et sœurs plus

âgés s'occupent de ces enfants, mais bien d'autres n'ont pas de proches vers lesquels se tourner et sont souvent confrontés à la faim, la pauvreté et la discrimination.

L'Afrique subsaharienne abrite environ 12,3 millions d'enfants qui ont perdu l'un de leurs parents ou leurs deux parents morts du VIH/SIDA, d'après les estimations. Dans 11 des 43 pays de la région, au moins 15 % des enfants sont orphelins¹ (voir figure 1 ci-dessous). Dans 5 de ces 11 pays, le SIDA est la cause du décès des parents dans plus de 50 % des cas². D'ici à 2010, plus de 18 millions d'enfants de la région auront perdu l'un de leurs parents, ou les deux, à cause de la maladie³.

Comme les parents ne sont plus en mesure de prodiguer les soins et la protection habituels et que leurs familles se heurtent à des difficultés économiques accrues, les enfants vulnérables – et notamment les orphelins – risquent de ne pas avoir accès à l'éducation. Les enfants absents de l'école n'entendent peut-être pas parler du VIH/SIDA et ne sauront pas comment éviter l'infection. Ces enfants seront aussi plus

FIGURE 1
DANS 11 PAYS DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE, AU MOINS 15 % DES ENFANTS ÉTAIENT ORPHELINS EN 2003



Source : ONUSIDA, UNICEF et USAID, *Enfants au bord du gouffre 2004*, juillet 2004

exposés que les autres aux mauvais traitements et à l'exploitation, ce qui accroît encore le risque de contracter la maladie.

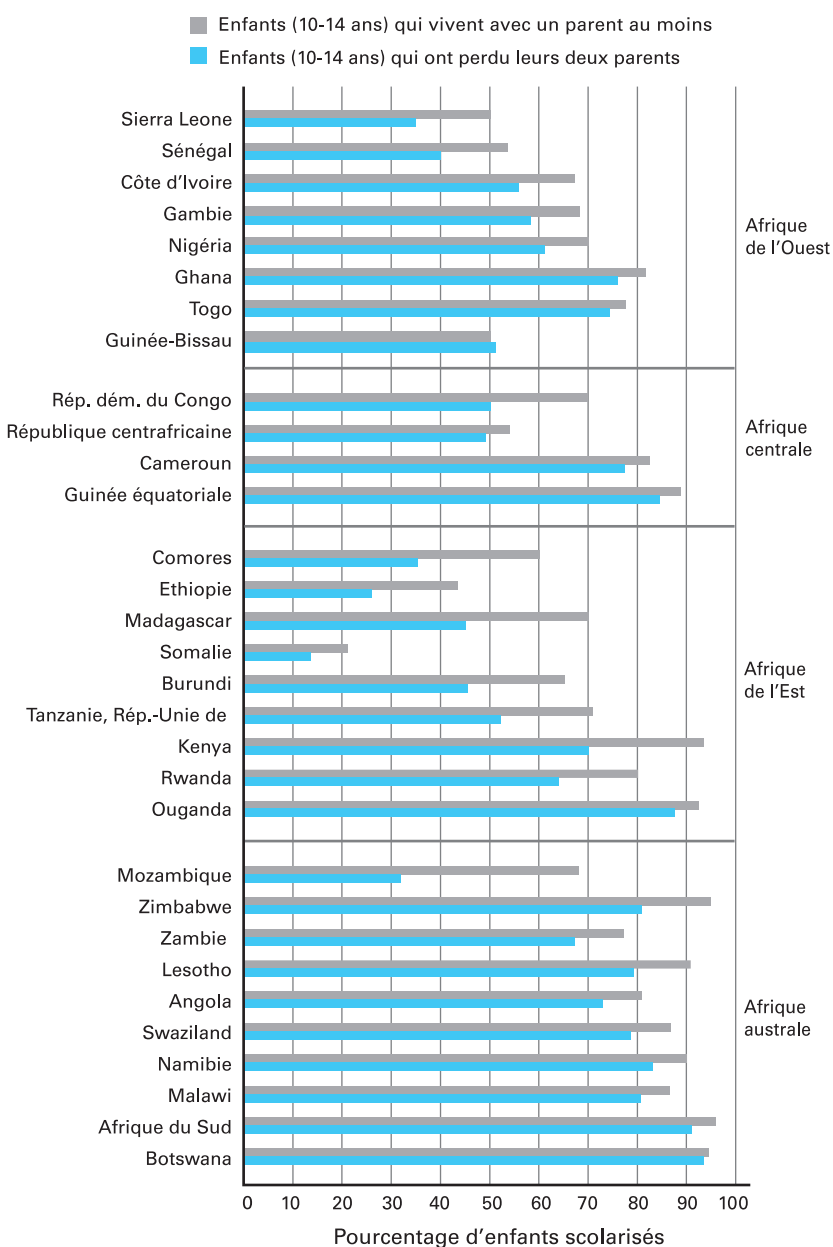
Des données réunies récemment en Afrique subsaharienne ont révélé que les chances d'être scolarisés des enfants de 10 à 14 ans qui avaient perdu leurs deux parents diminuaient par rapport à leurs camarades qui vivaient avec au moins l'un de leurs parents (voir figure 2). Des études réalisées au Kenya, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie ont révélé que même lorsque les orphelins fréquentaient l'école, ils étaient moins souvent que les autres enfants dans la classe correspondant à leur groupe d'âge (voir figure 3, page 4). Paradoxalement, donc, les orphelins sont souvent privés d'une éducation de qualité alors que c'est ce dont ils ont le plus grand besoin pour se prémunir contre le VIH.

UN ENGAGEMENT INTERNATIONAL

Face à ces défis, la communauté internationale s'est employée à élaborer des stratégies et à rechercher des moyens d'action pour combattre le VIH/SIDA. La Déclaration d'engagement adoptée en 2001 par 189 gouvernements lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU sur le VIH/SIDA, fixe des objectifs en matière de prévention et les échéances à respecter afin d'inverser la pandémie d'ici à 2015 (voir encadré 1, page 5).

L'un des objectifs clés qui concernent les jeunes – à savoir l'accès aux informations et aux connaissances pratiques dont ils ont besoin pour limiter le risque de contracter la maladie – est mesuré en fonction des connaissances des jeunes femmes et hommes sur le VIH/SIDA. Sur les 47 pays disposant de données pour cet

FIGURE 2
LES ORPHELINS RISQUENT PLUS DE NE PAS ÊTRE SCOLARISÉS



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), 1997-2001

indicateur, aucun ne semble en mesure d'atteindre la première étape qui consiste à faire en sorte que 90 % des 15 à 24 ans possèdent des connaissances générales correctes sur le VIH/SIDA d'ici à 2005. Dans la majorité des pays, ceux qui sont le moins bien armés pour faire face au VIH sont inévitablement ceux qui ont le niveau d'instruction le plus faible (voir figure 4, page 6).

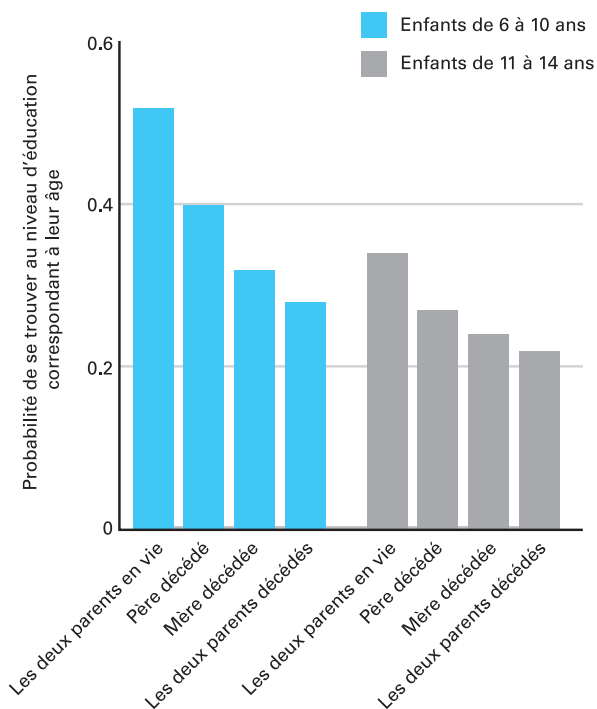
LA RESPONSABILITÉ DES ÉDUCATEURS

Les données sur le lien entre le niveau d’instruction et le VIH/SIDA confirment ce que tout le monde présentait – l’éducation est l’une des meilleures défenses contre l’infection par le VIH. Pour modifier le cours de la pandémie, une éducation de base de qualité et des cours de prévention du VIH/SIDA axés sur l’acquisition d’aptitudes pratiques doivent être à la portée des filles comme des garçons. Les initiatives couronnées de succès en faveur du respect du droit des filles à l’éducation doivent être élargies.

Jamais auparavant, le rôle d’une éducation de qualité n’a été aussi déterminant pour échapper à l’étreinte d’une épidémie meurtrière. Les enseignants ont l’occasion sans précédent – et la responsabilité – de fournir aux enfants et aux jeunes un espace sécurisé qui leur permettra de comprendre un monde marqué par le VIH/SIDA et de faire face à la réalité. L’éducation représente la meilleure chance, non seulement de faire passer des informations cruciales sur le VIH/SIDA, mais aussi de battre en brèche l’ignorance et la peur, ainsi que les attitudes et les pratiques qui perpétuent l’infection. Mais l’éducation elle-même a été fragilisée (voir encadré 2, page 7).

FIGURE 3 LES ORPHELINS ONT MOINS DE CHANCES DE SETROUVER AU NIVEAU D’ÉDUCATION CORRESPONDANT À LEUR ÂGE

PROBABILITÉ DE SETROUVER AU NIVEAU D’ÉDUCATION CORRESPONDANT À LEUR ÂGE AU KENYA, EN RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE ET AU ZIMBABWE, 1998 ET 1999



Source : Bicego, G., S. Ruthstein et K. Johnson, 'Dimensions of emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa', *Social Science and Medicine*, vol. 56, no.6, mars 2003, pp.1235-1247.

ENGAGEMENTS DE LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE

Objectifs du Millénaire pour le développement concernant le VIH/SIDA, l'éducation et les filles (septembre 2000)

- Assurer l'éducation primaire pour tous – Donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires.
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes – Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015, au plus tard.
- Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Stopper la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance actuelle. Maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle.

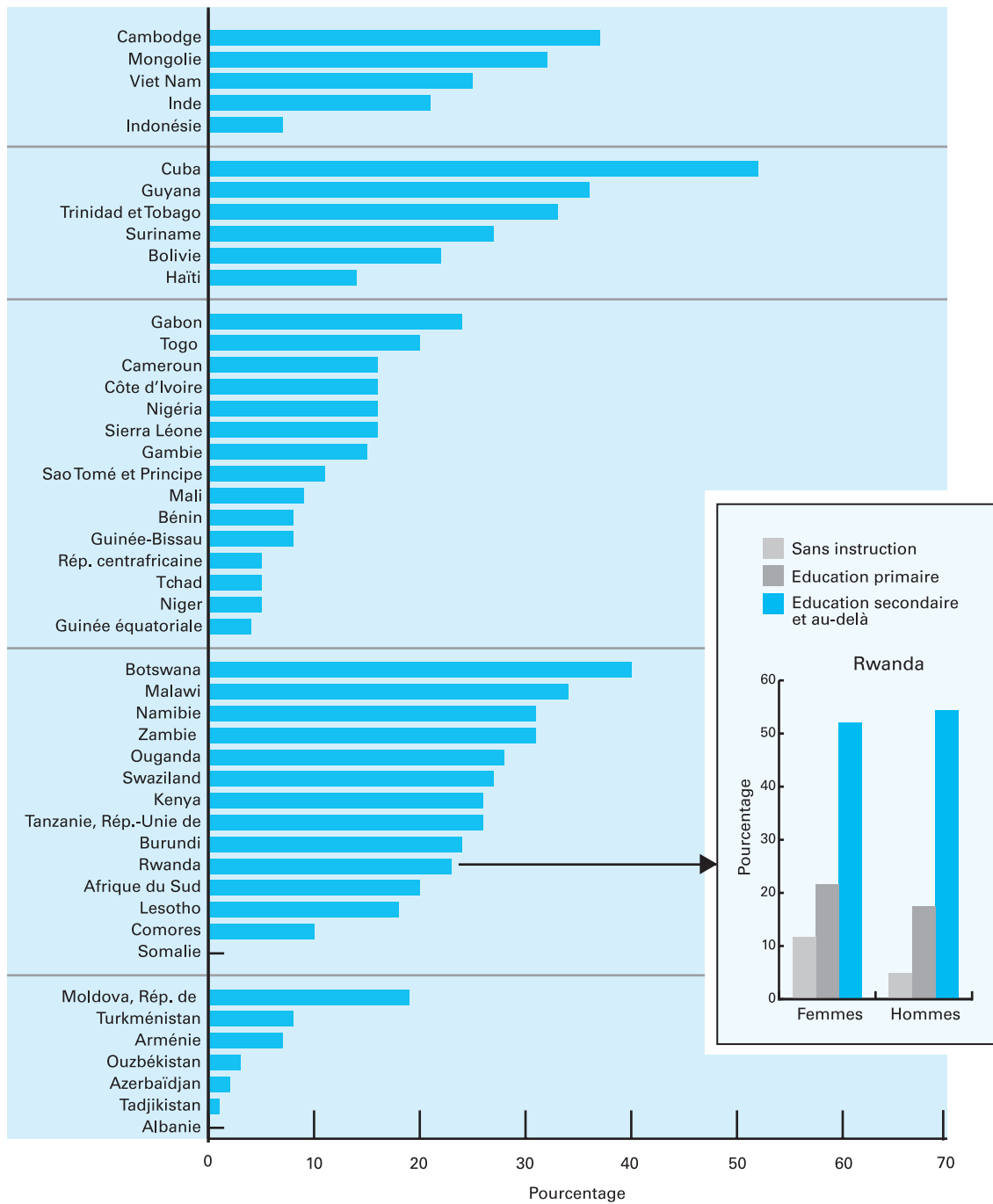
Cadre d'action de Dakar, objectifs concernant l'éducation des filles (avril 2000)

- Faire en sorte que d'ici à 2015 tous les enfants, notamment les filles et les enfants en difficulté et appartenant aux minorités ethniques, aient la possibilité d'accéder à un enseignement primaire obligatoire et gratuit de qualité et de le suivre jusqu'à son terme.
- Répondre aux besoins éducatifs de tous les jeunes en assurant un accès équitable à des programmes adéquats ayant pour objet l'acquisition de connaissances ainsi que de compétences nécessaires dans la vie courante.
- Éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici à 2005 et instaurer l'égalité dans ce domaine en 2015 en veillant notamment à assurer aux filles un accès équitable et sans restriction à une éducation de base efficace et de qualité.

Cibles fixées lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (juin 2001) :

- D'ici à 2005, veiller à ce qu'au moins 90 p. 100 et d'ici à 2010 au moins 95 p. 100 des jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, aient accès à l'information, à l'éducation, y compris l'éducation par les pairs et l'éducation concernant le VIH axée sur les jeunes, et aux services nécessaires pour acquérir les aptitudes requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH, en pleine collaboration avec les jeunes, les parents, les familles, les éducateurs et les prestataires de soins de santé.
- Élaborer, d'ici à 2003, et mettre en œuvre, d'ici à 2005, des politiques et stratégies nationales visant à : rendre les gouvernements, les familles et les communautés mieux à même d'assurer un environnement favorable aux orphelins et aux filles et garçons infectés et affectés par le VIH/SIDA, notamment en leur fournissant des services appropriés de consultation et d'aide psychosociale, en veillant à ce qu'ils soient scolarisés et aient accès à un logement, à une bonne nutrition et à des services sanitaires et sociaux sur un pied d'égalité avec les autres enfants; offrir aux orphelins et aux enfants vulnérables une protection contre toutes formes de mauvais traitements, de violence, d'exploitation, de discrimination, de traite et de perte d'héritage.

FIGURE 4
FEMMES ÂGÉES DE 15 À 24 ANS POSSÉDANT DES CONNAISSANCES GÉNÉRALES CORRECTES SUR LE VIH*



*Par connaissances générales correctes, on entend qu'elles peuvent identifier deux méthodes permettant d'éviter la transmission du VIH (nombre limité de partenaires sexuels et usage de préservatifs) et qu'elles savent reconnaître trois idées fausses sur la transmission du VIH.

Sources : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales représentatives, 1998-2003.

L'ÉDUCATION ASSIÉGÉE

La pandémie du VIH/SIDA a dévasté le secteur de l'éducation dans de nombreux pays, privant les écoles de ressources critiques, tant humaines qu'économiques.

Dans les pays durement frappés par le VIH/SIDA, le nombre de places disponibles dans les écoles a chuté. De nombreux enseignants sont souffrants, mourants ou obligés de s'occuper des malades de leurs familles. À la fin des années 1990, par exemple, les décès provoqués par le SIDA ont obligé plus de 100 écoles à fermer leurs portes en République centrafricaine. En 2000, 85 % des 300 décès d'enseignants enregistrés dans ce pays étaient imputables au SIDA⁴.

La qualité de l'éducation a également chuté dans plusieurs régions. La maladie et le décès du personnel qualifié compromettent la gestion du système d'éducation. Les écoles rurales sont souvent à court de personnel parce que les enseignants touchés par le VIH convergent vers les centres urbains pour se rapprocher des hôpitaux et des services médicaux dont eux-mêmes ou les membres malades de leurs familles ont besoin. Au Malawi, par exemple, les maladies liées au SIDA ont beaucoup fait augmenter le ratio élèves/enseignant, qui atteint aujourd'hui 96 élèves par enseignant⁵. La qualité se ressent du surpeuplement des classes, de la pénurie de ressources et du manque de qualification des enseignants et des administrateurs.

Le secteur de l'éducation doit être renforcé pour relever ces défis et dispenser à tous les enfants une éducation de bonne qualité.

LA MENACE QUI PÈSE SUR LES JEUNES FILLES ET LES FEMMES

« Pourquoi les femmes sont-elles plus exposées à l'infection? Pourquoi en est-il ainsi, puisque ce ne sont pas elles qui ont le plus grand nombre de partenaires sexuels en dehors du mariage ou qui sont plus susceptibles que les hommes de s'injecter de la drogue? Habituellement, c'est parce que les inégalités de la société leur font courir des risques – des risques injustes, intolérables. »

Kofi A. Annan
Secrétaire général
des Nations Unies

Les chiffres ne montrent pas comment le VIH/SIDA se propage dans une communauté. Et l'accès à l'éducation ne changera pas le cours de la pandémie, si les filles n'acquièrent pas des moyens d'action et si l'éducation ne garantit pas les droits de chaque enfant, sur un pied d'égalité avec les autres.

Les disparités entre les sexes font partie des facteurs marquants qui exposent davantage les femmes au VIH et font reposer surtout sur leurs épaules le lourd fardeau de la maladie. Les inégalités liées au sexe font que les risques et les conséquences de la séropositivité sont très différents pour les filles et les garçons, les jeunes femmes et hommes, car les facteurs biologiques, sociaux et économiques tissent une toile complexe, une toile que la pauvreté vient encore renforcer.

Comme les filles et les femmes sont souvent plus pauvres et moins instruites que les hommes, elles sont aussi plus souvent dépendantes financièrement et socialement. Ce déséquilibre des pouvoirs limite les choix des femmes dans leurs relations avec les hommes, détermine si et quand elles vont avoir des relations sexuelles et même si ces rapports seront ou non sans danger. En outre, la pauvreté empêche les femmes défavorisées d'avoir accès aux soins médicaux et à une bonne instruction, deux éléments fondamentaux de la prévention du VIH/SIDA.

DES RISQUES PLUS ÉLEVÉS

Le risque de contamination pendant des rapports sexuels sans protection est entre deux et quatre fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes⁶. Pour les jeunes filles, ce risque est encore plus fort. Un appareil génital qui n'est pas encore arrivé à maturité peut se déchirer facilement pendant l'acte sexuel, surtout s'il est commis de force ou avec violence, augmentant ainsi les risques d'exposition aux infections.

Dans plusieurs sociétés, les coutumes et les rôles attribués aux hommes et aux femmes ne permettent pas aux femmes d'avoir accès aux informations qui concernent leur corps et leur santé sexuelle. On leur refuse souvent l'accès aux services médicaux, surtout en matière de santé de la procréation, ce qui les prive du traitement et des informations sur les risques liés au VIH. Par ailleurs, les mœurs encouragent parfois les hommes à

avoir plusieurs partenaires sexuelles, exposant ainsi au VIH des partenaires pourtant fidèles⁷.

DES CONSÉQUENCES PLUS GRAVES

Le déséquilibre des pouvoirs est la pierre angulaire de la violence à l'égard des filles et des femmes, et il vient aggraver encore l'impact du VIH/SIDA sur leur vie. Les jeunes femmes ne sont souvent pas en sécurité même dans leur propre foyer. L'ampleur de la violence familiale, en particulier des sévices sexuels, est difficile à quantifier. Une conspiration du silence fait que les sévices physiques et sexuels perpétrés dans les foyers ne sortent jamais de la maison. Selon les estimations, 40 millions d'enfants sont victimes de sévices chaque année dans le monde⁸. Dans la majorité des cas, on n'en entend jamais parler.

À la maison comme à l'extérieur, les jeunes filles et les femmes sont confrontées à la discrimination et à des dangers. Lors d'une grande étude nationale réalisée dans les écoles secondaires du Kenya, 40 % des jeunes filles sexuellement actives ont affirmé que leur première expérience n'avait pas été librement consentie ou qu'elles « avaient été trompées et entraînées dans des rapports sexuels »⁹. Dans certaines régions, les hommes séropositifs entraînent de force des jeunes filles dans des rapports sexuels, croyant à tort que les rapports avec une vierge guérissent du SIDA.

L'assujettissement et les inégalités font que la femme ne sait pas toujours comment se protéger contre l'infection et, quand elle le sait, elle ne peut pas toujours exiger le port du préservatif ou consulter des services de santé de la procréation. Une étude réalisée au Botswana dans 12 écoles de quatre districts a révélé que 48 % des jeunes femmes sexuellement actives n'avaient jamais utilisé de préservatif¹⁰.

VIOLENCE SEXISTE DANS LES ÉCOLES

L'éducation est un outil important pour combattre le VIH/SIDA. Si la majorité des écoles accueillent tous les enfants, certaines d'entre elles ne leur offrent pas toute la protection dont ils ont besoin pour s'épanouir. En fait, il arrive qu'elles exposent les jeunes – surtout les filles – à la violence.

La culture scolaire peut contribuer à la violence sexiste. Souvent, les stéréotypes sexistes et l'injustice règnent dans les salles de classe, où l'on s'attend à ce que les filles et les garçons aient des comportements et jouent des rôles différents. La violence sexiste dans les écoles prend diverses formes. Le harcèlement sexuel, des avances sexuelles non sollicitées ou agressives, les attouchements, le pelotage, l'intimidation, la violence verbale ou les agressions sexuelles sont des formes explicites de violence sexiste que l'on rencontre en milieu scolaire.

Les écoles qui n'assurent pas la sécurité des élèves ou qui favorisent les disparités sexistes engendrent des inégalités qui perdurent toute la vie. L'apprentissage de la prévention du VIH/SIDA ne porte pas ses fruits dans ces milieux hostiles car le programme prêche une chose que le milieu dément.

Dans un espace pédagogique en Équateur, 22 % des adolescentes ont déclaré avoir été l'objet de violence sexuelle à l'école¹¹. Une étude réalisée par Human Rights Watch sur la violence dans huit écoles d'Afrique du Sud situées dans le KwaZulu-Natal, le Gauteng et au Cap occidental a révélé que la violence et le harcèlement sexuels à l'encontre de filles, tant de la part des enseignants que des autres élèves, étaient endémiques dans plusieurs écoles. Des filles étaient violées dans les toilettes, les dortoirs et des salles de classe vides¹².

Les auteurs d'actes de violence sexiste sont généralement des camarades de classe plus âgés, mais les enseignants ne sont pas en reste. Une étude réalisée en 2003 à Dodowa (Ghana) a révélé que les enseignants étaient responsables de 5 % des agressions sexistes. Par ailleurs, un tiers des 50 enseignants interrogés ont affirmé connaître au moins un collègue qui avait des rapports sexuels avec des élèves¹³.

Des efforts sont déployés pour juguler la violence sexiste dans les écoles. Par exemple, l'Étude sur la violence à l'encontre des enfants, commanditée par le Secrétaire général des Nations Unies, s'appuiera sur les données connues concernant ce phénomène et identifiera les interventions susceptibles d'éliminer cette menace qui pèse sur les jeunes. L'étude s'intéresse à toutes les institutions susceptibles de faciliter le changement, en particulier les écoles et les autres milieux pédagogiques¹⁴.

UNE ÉDUCATION POUR TRANSFORMER LES RELATIONS ENTRE LES SEXES

L'éducation peut soit reproduire les déséquilibres et les inégalités sociales, soit transformer les sociétés.

Si l'on veut mettre fin à la pandémie du VIH/SIDA, la communauté internationale doit, pour commencer, tenir la promesse de l'éducation universelle. Mais elle doit aller encore plus loin que l'accès à l'éducation sur un pied d'égalité et garantir une qualité égale en termes de processus, contenu et expérience pédagogique.

Si les cours sur les aptitudes pratiques sont importants pour enrayer la propagation du VIH/SIDA, encore faut-il que le milieu scolaire soit chaleureux, qu'il soit un exemple d'égalité et d'équité, tout en protégeant les droits de tous les enfants sur un pied d'égalité (*Voir encadré 3, page 11 et chapitre 4, page 18*).

Pour dévier le cours de la pandémie, les jeunes doivent recevoir une instruction de bonne qualité dans un milieu sécurisé – un milieu en relation avec les écoles et les services communautaires. Tous ces ingrédients aideront les jeunes à engranger des connaissances, acquérir des compétences, changer d'attitude et, au bout du compte, à adopter des comportements qui les protégeront contre l'infection.

En retour, les avantages de l'éducation dépasseront les murs d'enceinte des établissements scolaires pour éliminer les disparités sociales qui risqueraient autrement de continuer à exposer les jeunes femmes au danger du VIH/SIDA.

ENCADRÉ 3

UNE ÉCOLE ADAPTÉE AUX ENFANTS :

- Est attentive aux différences entre filles et garçons
- Protège les enfants; elle n'admet ni les châtiments corporels, ni le travail des enfants, ni le harcèlement physique, sexuel ou mental
- Propose aux enfants un apprentissage actif et participatif
- Fait participer tous les enfants, familles et communautés; elle se préoccupe tout particulièrement des enfants les plus vulnérables et leur offre une protection
- Présente des garanties d'hygiène; elle a l'eau potable et des sanitaires adéquats, avec des toilettes séparées pour les filles
- Inculque aux enfants des aptitudes pratiques et les informe sur le VIH/SIDA.

LE POUVOIR DE L'ÉDUCATION DES FILLES

« Les études nous ont appris, les unes après les autres, qu'aucun instrument ne sert plus efficacement le développement que l'éducation des filles. Aucune autre politique n'est susceptible de faire augmenter autant la productivité économique, de faire reculer la mortalité infantile et maternelle, d'améliorer la nutrition et de promouvoir la santé – et aussi de contribuer à la prévention de la propagation du VIH/SIDA. »

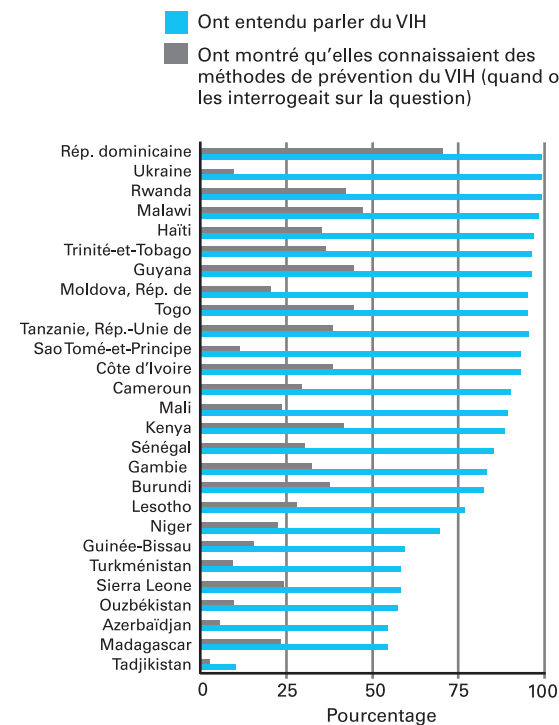
Kofi A. Annan
Secrétaire général
des Nations Unies

ACQUÉRIR DES CONNAISSANCES

Selon le principe qui sous-tend l'éducation concernant la prévention du VIH/SIDA, tout le monde est en droit d'être informé sur la nature du VIH, son mode de transmission et les moyens de prévenir l'infection.

Il est alarmant de constater que la majorité des jeunes des pays en développement savent très peu de choses sur ces trois questions. Si beaucoup de femmes ont entendu parler du SIDA, moins de la moitié des jeunes femmes interrogées dans 26 pays sur 27 pouvaient identifier les trois moyens principaux d'éviter la contamination – l'abstinence, la fidélité des deux partenaires et l'utilisation correcte et systématique du préservatif (voir figure 5, ci-dessous).

FIGURE 5
JEUNES FEMMES (15-24 ANS) QUI ONT ENTENDU PARLER DU VIH/SIDA ET CONNAISSAIENT TROIS FAÇONS DE PRÉVENIR L'INFECTION AU VIH*

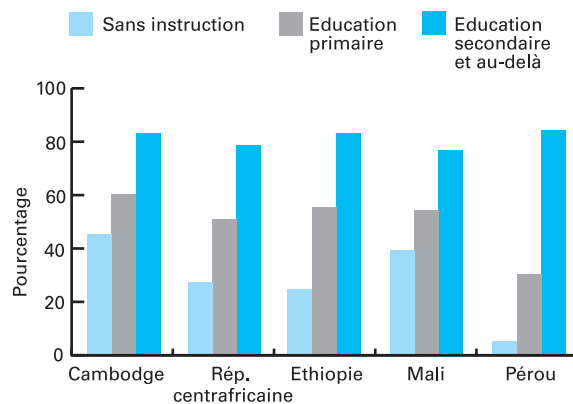


* Abstinence, fidélité et préservatifs.

Sources : Enquêtes démographiques et sanitaires et autres enquêtes nationales représentatives, 2000-2002.

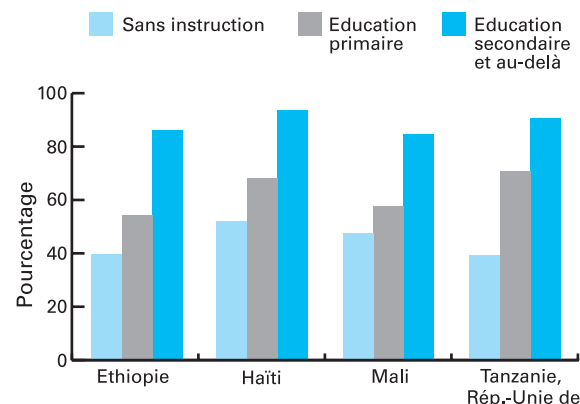
Les données analysées récemment établissent un lien direct entre l'éducation et la solidité des connaissances sur le VIH. En Éthiopie, plus de quatre jeunes femmes instruites âgées de 15 à 24 ans sur cinq savaient qu'une personne qui avait l'air en bonne santé pouvait être séropositive, alors que le taux était de moins d'un quart pour les femmes sans instruction (voir figures 6 et 7 ci-dessous). Les jeunes femmes instruites savaient généralement mieux que les autres à qui s'adresser pour faire le test du SIDA (voir figure 8, page 14).

FIGURE 6
JEUNES FEMMES (15-24 ANS) QUI SAVENT QU'UNE PERSONNE QUI A L'AIR EN BONNE SANTÉ PEUT TRANSMETTRE LE VIH



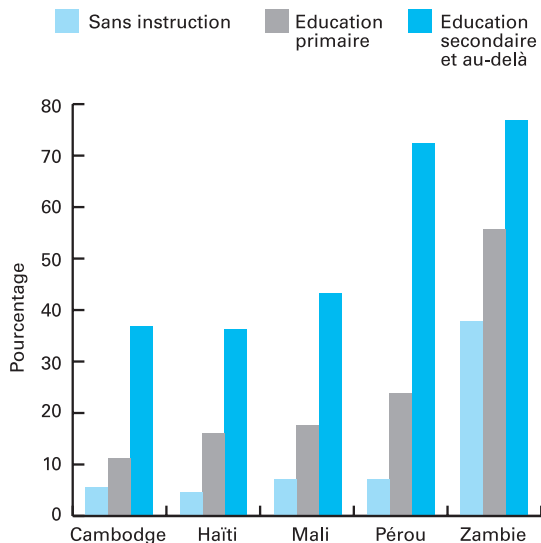
Sources : Enquêtes à grappes à indicateurs multiples, et Enquêtes démographiques et sanitaires, 2000-2001.

FIGURE 7
JEUNES HOMMES (15-24 ANS) QUI SAVENT QU'UNE PERSONNE QUI A L'AIR EN BONNE SANTÉ PEUT TRANSMETTRE LE VIH



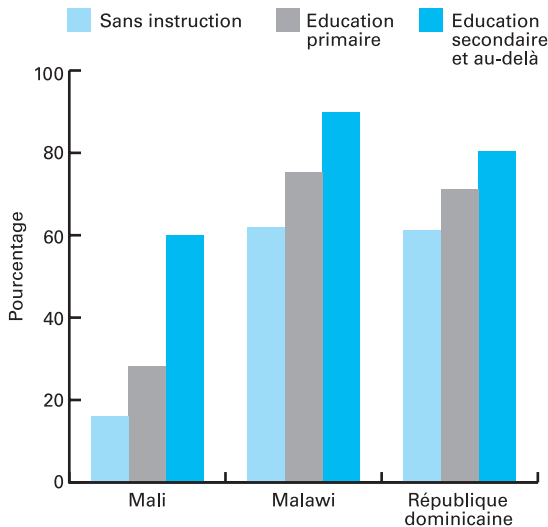
Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 1999-2001.

FIGURE 8
JEUNES FEMMES (15-24 ANS) QUI SAVENT OÙ FAIRE UN TEST DE DÉPISTAGE DU VIH



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 2000-2002.

FIGURE 9
FEMMES MARIÉES (15-49 ANS) QUI AFFIRMENT PARLER DU VIH/SIDA AVEC LEUR MARI



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 2000-2002.

ACQUÉRIR DES APTITUDES ET ADOPTER DE NOUVELLES ATTITUDES

L'information sur le VIH/SIDA ne doit pas être un simple ajout facultatif au programme scolaire. Elle doit faire partie d'un programme global d'éducation sanitaire visant à renforcer les aptitudes pratiques et elle doit être intégrée au programme scolaire. Le strict minimum consiste à inculquer aux jeunes des notions sur le VIH, sa transmission et la manière d'éviter l'infection.

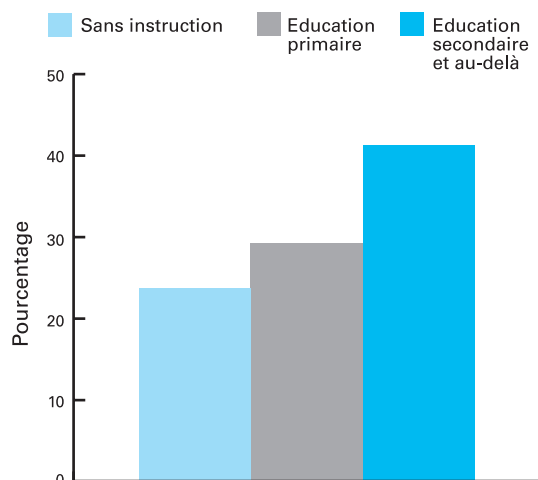
Mais les connaissances ne suffisent pas. Tout programme d'éducation efficace doit aussi promouvoir une pensée critique, les prises de décision, les compétences en matière de communication et d'interaction sociale, autant de compétences qui favorisent l'adoption de comportements sains et la réduction des comportements à haut risque.

La prévention du VIH/SIDA ne se limite pas à la réduction des risques individuels. Encore faut-il s'attaquer aux problèmes plus généraux qui favorisent la propagation de l'infection. L'éducation basée sur les aptitudes pratiques est interactive, elle permet aux jeunes d'analyser leurs convictions culturelles et sociales. Des discussions sur les rôles respectifs des hommes et des femmes, leurs droits et leurs responsabilités, la discrimination, les relations de pouvoir et l'exclusion sociale aident les jeunes à fixer et protéger leurs limites, ainsi qu'à négocier leurs relations avec autrui. Ces discussions subjectives sont aussi importantes que la présentation objective des faits.

Les études révèlent que les femmes mariées instruites discutent plus facilement du VIH avec leurs époux et elles savent qu'elles sont en droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui (voir figure 9, à gauche, et figure 10, page 15)¹⁵.

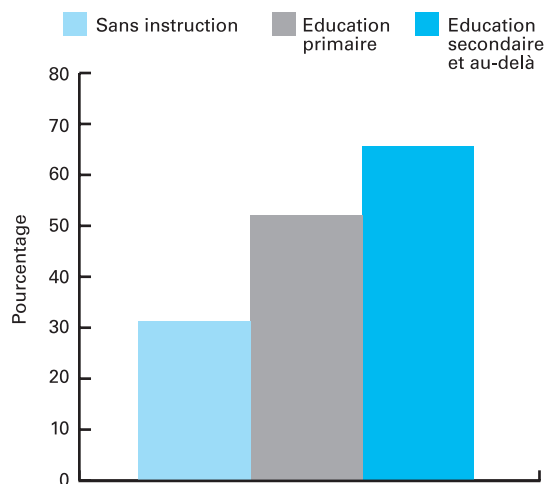
Des enquêtes démographiques et sanitaires réalisées dans 15 pays ont également révélé que les femmes plus instruites étaient plus susceptibles de se faire traiter en cas d'infections sexuellement transmissibles¹⁶. Les maladies sexuellement transmissibles

FIGURE 10
FEMMES (15-49 ANS) DU ZIMBABWE QUI ESTIMENT
QUE LA DÉCISION D'UNE FEMME DE NE PAS AVOIR
DE RAPPORTS SEXUELS AVEC SON MARI EST
JUSTIFIÉE



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 1999.

FIGURE 11
FEMMES (15-49 ANS) DU CAMBODGE QUI ONT
CHERCHÉ À SE FAIRE SOIGNER POUR UNE
INFECTION TRANSMISE DE MANIÈRE SEXUELLE
ET QU'ELLES ONT SIGNALÉE ELLES-MÊMES



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 2000.

préparent le terrain à l'infection par le VIH; le diagnostic et le traitement précoce de ces maladies réduisent considérablement le risque d'infection. Au Cambodge, par exemple, moins d'un tiers des femmes sans instruction s'étaient fait traiter, par rapport à deux tiers des femmes ayant fréquenté au moins l'école secondaire (voir figure 11 à gauche, en bas).

NOUVEAUX COMPORTEMENTS

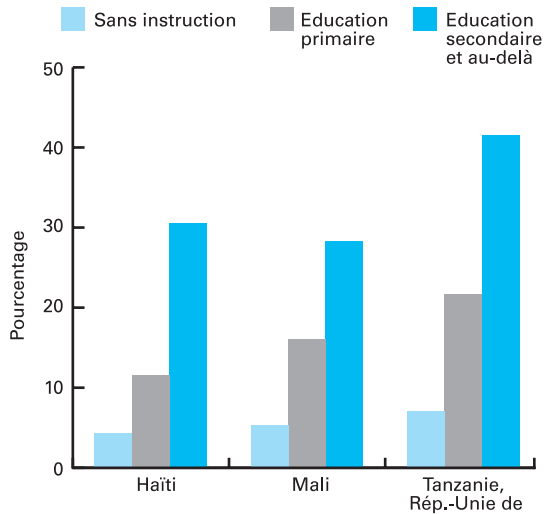
Filles et garçons, dans la plupart des régions du monde, commencent à être sexuellement actifs à la période de l'adolescence; une large proportion des adolescents affirment avoir eu leur première expérience sexuelle avant l'âge de 15 ans. Dans 23 des 43 pays ayant fait l'objet d'une enquête nationale, plus de 10 % des filles âgées de 15 à 19 ans ont affirmé avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans¹⁷.

Tout indique que le seul fait de retarder le début de la sexualité est crucial pour faire reculer l'infection par le VIH/SIDA. L'éducation joue un rôle en encourageant les filles à remettre à plus tard leur première expérience sexuelle. Dans une analyse récente portant sur huit pays d'Afrique subsaharienne, les femmes ayant fréquenté l'école pendant au moins huit ans étaient entre 47 et 87 % moins susceptibles d'avoir des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans que les femmes sans instruction¹⁸.

Il est aussi prouvé que l'éducation améliore les possibilités qu'ont les filles d'utiliser le préservatif ou de s'abstenir de rapports sexuels à haut risque. Des études réalisées dans 21 pays révèlent le lien qui unit les niveaux supérieurs d'instruction et l'utilisation plus fréquente du préservatif lors des rapports sexuels à haut risque (voir figures 12 et 13 page 16 et tableaux 7 et 8 page 31), tandis que les études réalisées en Haïti, au Malawi, en Ouganda et en Zambie établissent un lien entre des niveaux plus élevés d'instruction et un nombre plus limité de partenaires sexuels¹⁹.

Il est frappant de constater que les liens entre les niveaux supérieurs d'instruction et les comportements à plus faibles risques sont constants dans les différentes régions décrites ici.

FIGURE 12
JEUNES FEMMES (15 À 24 ANS) QUI ONT UTILISÉ
UN PRÉSERVATIF LORS DE LEUR DERNIER RAPPORT
SEXUEL À HAUT RISQUE*



*par rapport sexuel à haut risque, on entend des relations sexuelles avec un homme qui n'est ni leur mari, ni leur concubin.

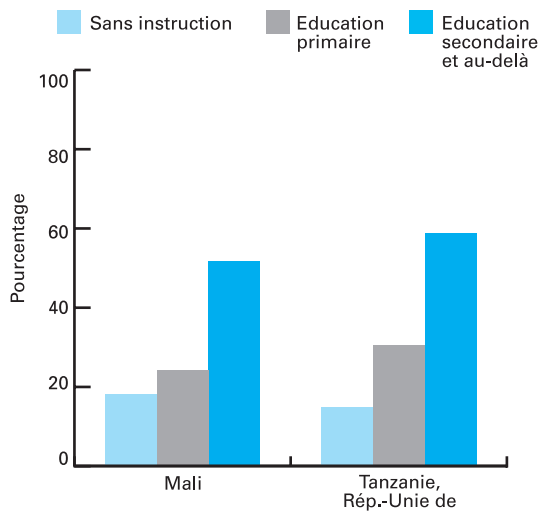
Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 1999-2001.

LE POUVOIR DE METTRE FIN À LA PANDÉMIE

Une éducation de qualité donne des moyens d'action aux individus en leur permettant d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre des décisions éclairées et adopter des comportements qui réduisent les risques d'infection par le VIH. Des informations précises sur la sexualité, la santé de la procréation et le VIH/SIDA, alliées à des aptitudes pratiques et des liens avec les services, font partie intégrante d'une éducation de qualité et renforçant la sécurité.

Une éducation de qualité n'atteindra pas son potentiel si elle n'englobe pas les filles comme les garçons. En fait, le VIH/SIDA ne sera enrayeré que dans la mesure où les droits fondamentaux des femmes et des filles seront au centre de nos initiatives²⁰.

FIGURE 13
JEUNES HOMMES (15 À 24 ANS) QUI ONT UTILISÉ
UN PRÉSERVATIF LORS DE LEUR DERNIER RAPPORT
SEXUEL À HAUT RISQUE*



*par rapport sexuel à haut risque, on entend des relations sexuelles avec une femme qui n'est ni leur épouse, ni leur concubine.

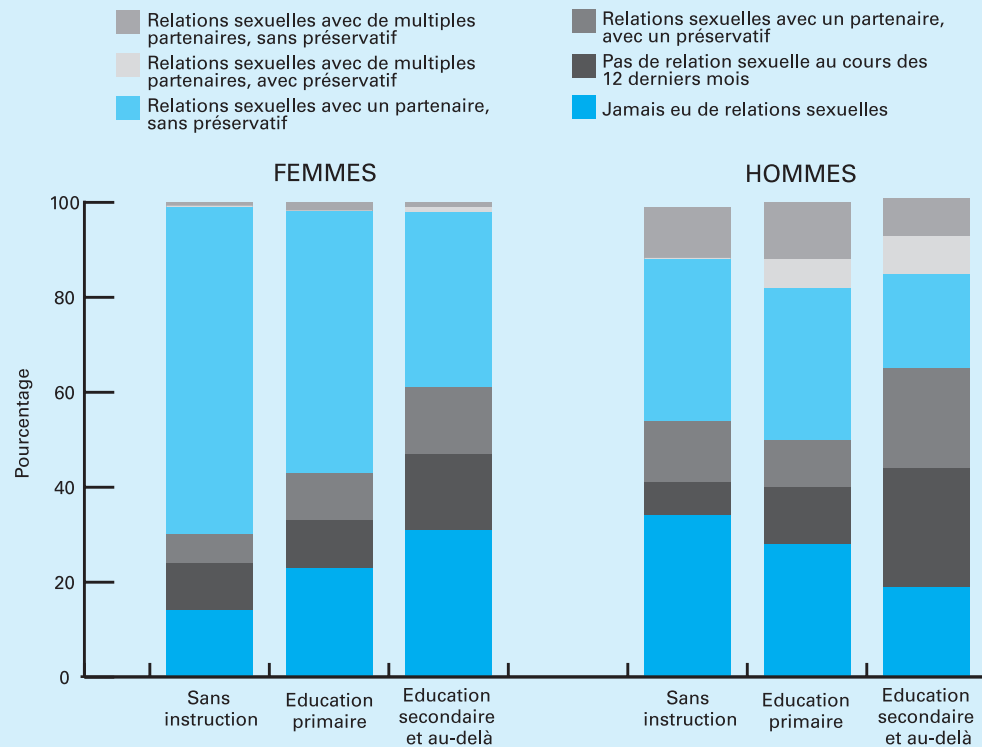
Source : Enquêtes démographiques et sanitaires, 1999-2001.

ENCADRÉ 4

LE COMPORTEMENT SEXUEL EST FONCTION DU NIVEAU D'INSTRUCTION

Dans le diagramme ci-dessous, le comportement le plus dangereux apparaît en haut, tandis que le comportement le moins risqué apparaît en bas du graphique. Les femmes qui ont fréquenté l'école secondaire ou qui ont eu accès à l'enseignement supérieur sont plutôt enclines à avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire et sans préservatif. Les tendances sont moins claires pour les hommes. Les hommes sans instruction ont plutôt tendance à pratiquer l'abstinence, tandis que les jeunes hommes plus instruits préfèrent avoir recours aux préservatifs avec leurs partenaires.

COMPORTEMENT SEXUEL DE FEMMES ET HOMMES (15-24 ANS) EN ZAMBIE



Source : Enquête démographique et sanitaire, 2001.

L'APPEL À L'ACTION

« Au-delà des explications sur la maladie et la façon dont elle se transmet, il importe de remettre en cause les concepts néfastes de la masculinité et notamment la façon dont les hommes adultes envisagent le risque et la sexualité, ainsi que le processus de socialisation qui transforme les garçons en hommes. En même temps, il faut enseigner aux jeunes femmes à reconnaître leur vulnérabilité à l'infection, la responsabilité qui leur incombe de se protéger elles-mêmes, et leur droit à exiger des relations sexuelles sans risque. »

Dr Peter Piot
Directeur exécutif
ONUSIDA

L'éducation, en particulier pour les filles, est essentielle pour faire reculer le SIDA. Les jeunes femmes et les jeunes hommes instruits ont de meilleures chances de savoir ce qu'est le VIH et comment éviter l'infection. Ils sont susceptibles d'adopter des attitudes et d'avoir des connaissances qui leur permettent de résister aux pressions et d'assumer la responsabilité de leur propre vie. Ils sont capables d'utiliser leur savoir et leurs aptitudes pour faire des choix sains, et notamment pour se protéger contre le VIH.

Les trois priorités stratégiques qui aident les écoles à jouer un rôle optimal dans la protection des filles et atténuent l'impact du SIDA sont les suivantes :

- **Scolariser les filles et s'assurer qu'elles n'abandonnent pas l'école**

Beaucoup trop d'enfants – surtout des filles – ne sont pas scolarisés. Dans les pays le plus durement frappés par le VIH/SIDA, la fréquentation scolaire a chuté. En Afrique subsaharienne, par exemple, 40 % des garçons et 44 % des filles ne sont pas scolarisés. En Asie du Sud, 22 % des garçons et 29 % des filles ne vont pas à l'école²¹. Les initiatives visant à scolariser les filles attirent aussi les garçons à l'école.

- **Fournir une éducation basée sur les aptitudes pratiques**

L'éducation doit permettre aux jeunes d'acquérir les aptitudes pratiques dont ils ont besoin pour survivre et pour s'épanouir dans leur contexte local. L'éducation basée sur les aptitudes pratiques inculque aux enfants une pensée critique des techniques de règlement des problèmes, l'autogestion et l'entregent qui permettent aux jeunes d'acquérir des connaissances et attitudes favorables à l'adoption de

comportements sains. Cela est particulièrement important dans la prévention du VIH/SIDA.

- **Protéger les filles contre la violence sexiste à l'école**

L'école et son environnement doivent être sans danger et offrir des conditions propices à une bonne santé. Les écoles accueillantes attirent les enfants tout en rassurant les parents : ils savent que leurs filles et leurs fils y sont en sécurité.

POLITIQUES ET STRATÉGIES NATIONALES

Les gouvernements nationaux doivent appliquer et surveiller continuellement leurs Plans d'action nationaux en faveur de l'éducation pour tous pour s'assurer que l'éducation des filles a la priorité. En collaboration avec la communauté internationale, les gouvernements peuvent mobiliser des ressources et renforcer les capacités en faveur d'un enseignement de qualité, du recrutement et de la formation des enseignants, de l'élaboration et de la révision du programme scolaire, ainsi que de l'éducation à des fins de prévention du VIH/SIDA.

La crise de l'éducation des filles et la nécessité urgente de mettre un terme à la propagation du VIH/SIDA exigent que plusieurs ministères conjuguent leur action avec celle du Ministère de l'éducation. L'eau salubre et des installations sanitaires dans les écoles sont aussi importantes pour attirer les filles et éviter qu'elles n'abandonnent l'école que les pupitres, les manuels et les crayons. Les liens entre les écoles et les services de santé, notamment la santé de la procréation et le test du VIH/SIDA, contribuent à améliorer la qualité de l'éducation et la santé de l'ensemble de la communauté.

INITIATIVES INTERNATIONALES

Les donateurs internationaux, comme la Banque mondiale, investissent dans des stratégies en faveur de la scolarisation des filles et de la lutte contre l'abandon scolaire (*voir encadré 5, page 21*). Les organisations comme l'UNICEF et l'UNESCO préconisent une détermination politique visant à améliorer les taux de scolarisation des filles; elles fournissent une assistance technique afin de faire redémarrer le secteur de l'éducation des filles dans les pays qui risquent de ne pas atteindre les objectifs de l'Éducation pour tous (*voir encadré 6, page 23*).

ABOLITION DES FRAIS DE SCOLARITÉ

L'éducation devrait être gratuite et obligatoire car les frais de scolarité représentent souvent des obstacles insurmontables. Quand les familles pauvres sont confrontées à des choix pécuniaires difficiles, l'école est souvent la première dépense supprimée et ce sont presque toujours les filles qui en font les frais. Les Plans d'éducation nationale devraient viser à éliminer les frais de scolarité et autres coûts « occultes » dans le cadre d'une stratégie soigneusement planifiée de réforme de l'éducation. En adoptant cette mesure, les pays se rapprocheront de l'objectif d'éducation universelle, l'un des Objectifs du Millénaire pour le développement, ainsi que de la parité, en termes de fréquentation scolaire, entre les orphelins et les autres enfants.

Les pays qui ont éliminé les frais de scolarité, comme le Kenya et l'Ouganda, ont affiché des taux records de scolarisation. Une croissance rapide des taux de scolarisation ne va cependant pas sans problème et risque de surcharger les classes. Pour garantir la qualité de l'éducation, les pays doivent donc planifier ces mesures. L'Ouganda, par exemple, s'est d'abord assuré du soutien d'institutions et de pays donateurs qui ont travaillé main dans la main dans le cadre d'un programme unique d'éducation dirigé par le gouvernement.

DES MÉCANISMES FINANCIERS CIBLÉS

Même quand l'école est gratuite, les enfants défavorisés sont parfois obligés de la quitter pour travailler. Ils doivent rapporter de l'argent à la maison pour arrondir les fins de mois ou s'occuper de leurs frères et sœurs de façon à ce que les deux parents puissent travailler à l'extérieur. L'Amérique latine a eu recours avec succès aux transferts d'argent conditionnels pour inciter les parents à inscrire leurs enfants à l'école. Les familles reçoivent l'argent à condition que leurs enfants fréquentent l'école et viennent aux consultations médicales (*voir encadré 7, page 25*). En outre, des bourses peuvent être directement transférées aux écoles ou aux enseignants. Au Nicaragua, les enseignants reçoivent une petite « prime » pour chaque enfant scolarisé; la moitié de la somme est consacrée aux fournitures scolaires. Au Honduras, les subventions sont versées directement à l'école.

Une étude portant sur les initiatives appliquées en Amérique latine et aux Caraïbes a révélé que les taux de scolarisation avaient augmenté et que la prévention sanitaire s'était améliorée²².

PROGRAMMES DE REPAS SCOLAIRES ET DE NUTRITION

La question de l'alimentation est prioritaire dans les familles frappées par le VIH²³. Il arrive qu'elles retirent les enfants de l'école pour qu'ils puissent chercher de la nourriture. Les programmes de repas scolaires et de nutrition peuvent alléger le fardeau des familles frappées par le VIH et permettre aux filles de poursuivre leur scolarité. Les repas scolaires attirent les enfants, soulagent la faim à court terme, fournissent les micronutriments essentiels et favorisent la participation communautaire. Les programmes scolaires de nutrition sont propices à la scolarisation et contribuent à améliorer les résultats scolaires. On peut soit servir les repas à l'école, soit distribuer des rations alimentaires directement aux familles qui envoient

INITIATIVES INTERNATIONALES VISANT À AMÉLIORER L'ÉDUCATION DES FILLES

L'Initiative de mise en œuvre accélérée de l'Éducation pour tous : cette initiative est un partenariat mondial regroupant des pays en développement, ainsi que des pays et organismes donateurs qui soutiennent les objectifs de l'Éducation pour tous en privilégiant et accélérant les progrès vers la réalisation d'un objectif essentiel : l'achèvement de l'enseignement primaire universel, autant pour les garçons que pour les filles, d'ici à 2015.

L'Initiative des Nations Unies en faveur de l'éducation des filles : le Secrétaire général de l'ONU a lancé l'Initiative des Nations Unies en faveur de l'éducation des filles afin d'améliorer la qualité de l'éducation et d'élargir son accès aux niveaux mondial, régional et national.

La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA : cette initiative, qui regroupe des représentants de gouvernements, des agents communautaires, des militants et des vedettes, vise à lancer des actions concrètes sur le terrain afin d'améliorer la vie quotidienne des femmes et des filles, notamment en déployant des efforts pour éviter de nouvelles contaminations par le VIH, en favorisant un accès égalitaire aux soins et au traitement du VIH, l'accélération de la recherche, la protection des droits des femmes à la propriété et à l'héritage, la réduction de la violence à l'égard des femmes et l'amélioration de l'éducation des filles.

L'UNICEF et ses partenaires prennent des mesures pour satisfaire les besoins spécifiques des filles et des jeunes femmes, des orphelins et des autres personnes que le VIH/SIDA a fragilisées.

leurs enfants à l'école. Selon le Programme alimentaire mondial, la scolarisation des filles a triplé dans certaines régions où des rations alimentaires ont été accordées aux familles qui envoyaient leurs filles à l'école²⁴.

DES ÉCOLES ADAPTÉES AUX ENFANTS ET QUI FAVORISENT LA SANTÉ

Une école adaptée aux enfants s'efforce de les atteindre tous, en déployant des efforts particuliers pour intégrer les filles, les orphelins dont les parents ont été emportés par le VIH/SIDA et d'autres groupes d'enfants exclus. Elle est un espace dynamique pour les élèves comme pour les enseignants, et elle s'efforce d'éliminer les obstacles qui s'opposent à la réussite des enfants. L'école permet tant à l'esprit qu'au corps de s'épanouir. Dans les écoles qui donnent la priorité à l'intérêt supérieur de l'enfant, la santé, la nutrition, l'hygiène et la participation familiale sont aussi importantes que la lecture, l'écriture et l'arithmétique.

Le programme FRESH (Accorder la priorité à un programme efficace de santé scolaire) est un modèle qui favorise la scolarisation des filles, les encourage à ne pas abandonner l'école, tout en améliorant le bien-être général de la communauté. FRESH contribue à créer un cadre accueillant même dans les écoles très démunies. Cette démarche comporte quatre volets : des politiques sanitaires qui garantissent la sécurité de l'enfant et une protection contre les mauvais traitements, le harcèlement sexuel, la violence en milieu scolaire, les brimades et les châtiments corporels; l'approvisionnement en eau salubre et l'assainissement; des services de santé et de nutrition en milieu scolaire; et une éducation sanitaire basée sur l'acquisition de savoir-faire (*voir encadré 8, page 25*).

ÉLARGIR LE RAYON D'ACTION DES ÉCOLES

Ce sont les écoles qui doivent s'adapter aux enfants et non pas le contraire. Des horaires souples conviendront à des jeunes qui risquent de manquer l'école parce qu'ils doivent soigner des membres malades de leurs familles ou parce qu'ils travaillent pour arrondir le revenu familial. Une scolarité souple permet

d'atteindre les jeunes qui ont abandonné le système scolaire traditionnel. Les écoles du BRAC (anciennement Comité bangladais pour le progrès rural) au Bangladesh contribuent avec succès à la scolarisation des filles. Les cours ont lieu par tranches de deux heures par jour, six jours par semaine. L'heure spécifique des cours et le calendrier scolaire sont déterminés localement en fonction des besoins familiaux et communautaires²⁵.

UN ENSEIGNEMENT DE QUALITÉ FONDÉ SUR LES APTITUDES PRATIQUES

Une éducation au VIH/SIDA fondée sur les aptitudes pratiques favorise un comportement qui réduit les risques de contamination par le VIH et s'attaque aux facteurs sociaux et environnementaux qui fragilisent les individus. L'analyse des coutumes et des rôles impartis aux hommes et aux femmes, la remise en question des mythes et des stéréotypes, l'apprentissage de l'affirmation de soi pour se protéger et le travail dans un esprit de coopération tout en ayant accès à des informations précises et complètes sont autant d'outils qui permettent de contrecarrer le VIH/SIDA.

L'éducation visant à renforcer les aptitudes pratiques doit débuter tôt, convenir à l'âge de l'enfant, être progressive, interactive, centrée sur l'enfant et correspondre aux besoins de l'élève et de la communauté. Elle peut être appliquée dans le système scolaire conventionnel, dans les cours de type non scolaire, dans les programmes d'éducation par les pairs et les programmes communautaires – pratiquement partout où des enfants sont regroupés. Il faut faire appel à du personnel rompu aux méthodes d'enseignement centrées sur l'élève qui engendrent la confiance, la communication et le respect.

Une étude sur l'efficacité du programme d'études axé sur les aptitudes pratiques, réalisée dans la Province du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, a révélé que les jeunes qui avaient suivi un tel programme utilisaient plus couramment des préservatifs que les autres. En fait, le taux d'utilisation du préservatif était fonction du nombre d'années d'étude axée sur les aptitudes pratiques²⁶.

UNE STRATÉGIE EN FAVEUR DE LA PARITÉ DANS LE SECTEUR DE L'ÉDUCATION : « 25 D'ICI À 2005 »

L'objectif du Millénaire pour le développement relatif à l'égalité entre les sexes dans le secteur de l'éducation devrait être atteint en 2005. Les initiatives visant à respecter cette date butoir se sont essouffées devant les obstacles à surmonter, et notamment le VIH/SIDA.

L'UNICEF a lancé la campagne « 25 d'ici à 2005 » afin d'aider tous les pays à éliminer les disparités entre les sexes dans le secteur de l'éducation. L'initiative privilégie 25 pays qui risquent fort de ne pas atteindre cet objectif. Au nombre de ces pays, on peut citer Djibouti, l'Éthiopie, l'Inde, le Malawi, le Nigéria, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la République centrafricaine, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie, des pays qui affichent des clivages importants dans le secteur de l'éducation et qui ont été durement frappés par la pandémie du VIH/SIDA.

L'initiative « 25 d'ici à 2005 » identifie et élabore des mesures pratiques afin de scolariser les filles – et les garçons – et de s'assurer qu'ils n'abandonnent pas l'école. Au nombre des interventions, on peut citer le système des classes alternées, le recours aux classes regroupant plusieurs niveaux dans les petites écoles rurales, les cours organisés dans des tentes ou sous des arbres, les écoles mobiles pour les groupes itinérants et nomades, l'élargissement des méthodes d'enseignement de type non scolaire – tout ce qui peut être fait pour que le droit des enfants à l'éducation soit respecté.

Les gens instruits affichent des taux plus faibles d'infection par le VIH. La campagne « 25 d'ici à 2005 », qui a pour but d'éliminer les disparités liées au sexe dans l'enseignement, est devenue une stratégie clé dans la lutte contre le VIH/SIDA.

UN ENVIRONNEMENT SCOLAIRE SÛR

La violence sexiste à l'école constitue toujours un obstacle à l'éducation des filles. Des initiatives visant à renforcer la sécurité dans le milieu scolaire doivent être entreprises à tous les niveaux, y compris dans le cadre de la formation des enseignants, de l'intervention communautaire et des politiques et pratiques ministérielles. Les ministères de l'éducation peuvent indiquer clairement que la violence sexiste dans les écoles ne sera pas tolérée en engageant des poursuites fermes et rapides contre les coupables. La formation des enseignants devrait comporter des messages énergiques sur la conduite et l'éthique professionnelle. Le recours à des experts extérieurs, par exemple de la police, de la protection sociale et des organisations non gouvernementales, permettra d'énoncer clairement ce qui constitue une violation et de proposer des moyens d'action pour y remédier. Les écoles devraient favoriser la représentation et la participation des élèves pour que ceux-ci puissent faire entendre leur voix.

Les enseignants doivent écouter les filles tout autant que les garçons et amorcer un dialogue constructif avec tous. Les approches participatives – comme le théâtre, les médias, l'art, la poésie et la narration – peuvent encourager les jeunes à réfléchir aux rôles des hommes et des femmes, à leurs comportements et à leurs attentes. Le recours à de jeunes éducateurs et conseillers qui peuvent servir de modèles contribue également à renforcer la sécurité dans les écoles. Par ailleurs, les hommes et les garçons doivent être considérés comme faisant partie de la solution plutôt que du problème. Ils doivent donc être intégrés dans les initiatives en faveur de l'égalité entre les sexes et de la solution des conflits.

DES CLASSES QUI OUVRENT TOUT GRAND LEURS PORTES

Parce que la crise du VIH/SIDA s'inscrit sur le long terme, qu'elle affecte une grande partie du monde et qu'elle est complexe, il faut intervenir plus vite, de façon plus originale et plus souple, et ancrer les interventions dans une éducation de qualité pour tous les enfants, surtout les filles.

Les gouvernements, les organismes internationaux, les ONG, les groupes communautaires et surtout les enseignants, doivent être bien conscients du rôle vital qui leur incombe pour inverser le cours de la pandémie.

Les jeunes sont au cœur de la pandémie de VIH/SIDA. Le succès de la lutte menée par la communauté internationale contre le VIH/SIDA dépend en fin de compte des connaissances et des informations dont ils ont besoin et que nous aurons su leur transmettre.

ENCADRÉ 7

DE NOUVELLES OPORTUNIDADES POUR LES ENFANTS MEXICAINS

En 1995, le Mexique ne parvenait pas à satisfaire les besoins nutritionnels quotidiens d'un cinquième de sa population. Près de 10 millions de personnes n'avaient pas accès aux soins de santé même les plus élémentaires et plus de 1,5 million d'enfants n'étaient pas scolarisés. C'est alors que le Programme d'éducation, de santé et de nutrition, Progresa, a lancé le transfert conditionnel d'argent liquide pour aider les familles démunies. On leur versait des allocations mensuelles si leurs enfants fréquentaient l'école et si les membres de la famille se présentaient régulièrement aux consultations médicales pour recevoir des informations sur la nutrition et l'hygiène et pour faire un bilan de santé.

Des évaluations rigoureuses ont permis d'affirmer que le programme a remporté un immense succès. Le Président Vincente Fox a adopté l'initiative et l'a renommée *Oportunidades*. En 2003, elle touchait 4,2 millions de familles. Près de 60 % des transferts d'argent vont aux familles appartenant aux 20 % les plus pauvres de la population. Les prestations augmentent pour les filles après le niveau primaire, le but étant d'encourager la poursuite de leur scolarisation. Depuis le lancement de l'initiative, la scolarisation est passée de 67 à 75 % pour les filles et de 73 à 78 % pour les garçons. L'autre avantage est le recul du travail des enfants.

ENCADRÉ 8

UNE ÉCOLE SOUCIEUSE DE LA SANTÉ DES ÉLÈVES

- Met tous les moyens disponibles au service de la santé et de l'apprentissage
- Fait participer les responsables de la santé et de l'éducation, les enseignants, les élèves, les parents et les notables à des initiatives visant à promouvoir la santé
- Favorise un milieu scolaire qui soit sain, l'éducation sanitaire et l'accès à des services de santé dans les écoles; elle prévoit aussi des projets et des initiatives de vulgarisation scolaires/communautaires, des programmes de promotion de la santé destinés au personnel, des programmes de nutrition et de sécurité alimentaire, des possibilités de faire du sport et de se divertir, ainsi que des programmes de soutien psychosocial et de promotion de la santé mentale
- Met en œuvre des politiques, des pratiques et autres mesures respectant l'image positive que l'individu a de lui-même, offrant de nombreuses possibilités de succès et rendant hommage aux efforts et aux bonnes intentions, ainsi qu'à la réussite personnelle
- Fait son possible pour améliorer tant la santé des enseignants, des familles et des membres de la communauté que celle des élèves, et coopère avec les notables pour les aider à comprendre comment la communauté contribue à la santé et à l'éducation.

Source : *Preventing HIV/AIDS/STI and Related Discrimination; An important responsibility of health-promoting schools*, Série de l'Organisation mondiale de la santé sur la santé scolaire, Document Six, OMS, Genève 1999.

TABLES

TABLE 1**POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES (15-24 ANS) POSSÉDANT DES CONNAISSANCES GÉNÉRALES CORRECTES SUR LE VIH/SIDA, PAR NIVEAU D'ÉDUCATION***

Indicateur du Millénaire pour le développement 19b

	Sans instruction	Primaire	Secondaire et au-delà	Total	Année/Source	
Afrique du Sud	14,0	9,7	22,2	20,0	1998	EDS
Albanie	-	0,0	0,4	0,2	2000	EGIM
Angola	5,1	11,3	33,5	12,6	2000	EGIM
Arménie	-	-	6,6	6,6	2000	EDS
Azerbaïdjan	-	0,6	2,7	2,1	2000	EGIM
Bénin	3,2	6,6	26,7	8,4	2001	EDS
Botswana	13,1	15,2	31,2	28,0	2000	EGIM
Cambodge	22,0	32,7	61,8	37,1	2000	EDS
Cameroun	5,3	8,3	29,6	16,1	2000	EGIM
Comores	6,6	8,0	17,3	10,0	2000	EGIM
Gabon	2,5	12,5	31,4	23,9	2000	EDS
Gambie	9,0	17,1	29,9	15,4	2000	EGIM
Guinée-Bissau	2,8	14,3	21,9	8,4	2000	EGIM
Guyana	32,4	19,8	37,2	35,5	2000	EGIM
Haïti	1,3	7,9	25,9	14,2	2000	EDS
Kenya	21,0	23,1	38,7	26,4	2000	EGIM
Lesotho	16,3	17,3	34,7	17,6	2000	EGIM
Malawi	23,4	31,9	53,4	34,2	2000	EDS
Mali	5,0	13,1	31,0	9,1	2001	EDS
Moldova, République de	-	14,6	23,0	19,0	2000	EGIM
Nicaragua	4,1	7,9	28,7	18,7	2001	EDS
Niger	2,1	7,8	31,1	4,9	2000	EGIM
Ouganda	9,8	23,4	51,9	28,5	2000	EDS
Ouzbékistan	-	0,0	3,4	3,4	2000	EGIM
République centrafricaine	1,5	4,6	14,2	5,1	2000	EGIM
République dominicaine	-	23,3	43,1	34,2	2000	EGIM
Rwanda	11,7	21,6	52,1	23,4	2000	EDS
Sénégal	6,4	15,0	38,6	13,0	2000	EGIM
Sierra Leone	12,2	15,9	27,2	15,7	2000	EGIM
Suriname	-	10,0	36,2	26,8	2000	EGIM
Swaziland	21,3	21,1	31,6	27,0	2000	EGIM
Tadjikistan	-	0,0	1,0	1,0	2000	EGIM
Tanzanie, République-Unie de	9,6	27,6	51,8	25,5	1999	EDS
Tchad	3,7	3,8	18,1	5,0	2000	EGIM
Togo	14,3	14,5	39,0	20,3	2000	EGIM
Venezuela	2,3	3,0	11,2	9,6	2000	EGIM
Viet Nam	1,1	9,4	32,5	25,4	2000	EGIM
Zambie	10,4	22,3	50,4	30,8	2002	EDS

TABLE 2**POURCENTAGE D'HOMMES JEUNES (15-24 ANS) POSSÉDANT DES CONNAISSANCES GÉNÉRALES CORRECTES SUR LE VIH/SIDA, PAR NIVEAU D'ÉDUCATION**

Indicateur du Millénaire pour le développement 19b

	Sans instruction	Primaire	Secondaire et au-delà	Total	Année/Source	
Arménie	-	-	7,8	7,7	2000	EDS
Bénin	5,9	7,7	25,7	14,2	2001	EDS
Gabon	-	10,3	27,1	22,1	2000	EDS
Haïti	1,8	12,0	42,1	24,3	2000	EDS
Malawi	19,5	37,6	55,1	40,6	2000	EDS
Mali	4,8	13,6	37,7	14,9	2001	EDS
Rwanda	4,9	17,4	54,3	20,0	2000	EDS
Tanzanie, République-Unie de	9,4	29,6	60,7	29,1	1999	EDS
Ouganda	-	31,5	63,3	40,4	2000	EDS
Zambie	-	17,7	54,6	32,5	2002	EDS

- Moins de 25 cas, l'estimation a été supprimée

* Les méthodes préventives sont entre autres, l'usage de préservatifs, la fidélité à un seul partenaire. Parmi les idées fausses : une personne qui a l'air en bonne santé ne peut pas être contaminée par le VIH, le VIH peut être transmis par un moustique, par le partage de nourriture ou des actes de sorcellerie

EDS : Enquêtes démographiques et sanitaires, ORC Macro (www.measuredhs.com)EGIM : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, UNICEF (www.childinfo.org)

N.B. Les notes ci-dessus s'appliquent aux tables 1 et 2.

TABLE 3 POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES (15-24 ANS) QUI SAVENT QU'UNE PERSONNE QUI A L'AIR EN BONNE SANTÉ PEUT TRANSMETTRE LE VIRUS DU SIDA, PAR NIVEAU D'ÉDUCATION

	Sans instruction	Primaire	Secondaire et au-delà	Total	Année/Source
Afrique du Sud	29,1	39,3	56,9	53,5	1998 EDS
Albanie	-	35,8	45,3	40,4	2000 EGIM
Angola	21,2	43,6	86,6	43,3	2000 EGIM
Arménie	-	-	53,1	53,0	2000 EDS
Azerbaïdjan	-	19,4	41,0	35,1	2000 EGIM
Bénin	47,6	58,1	79,8	56,2	2001 EDS
Bolivie	7,4	28,3	77,2	63,7	1998 EDS
Bosnie-Herzégovine	-	52,7	80,2	73,7	2000 EGIM
Botswana	49,6	59,9	82,6	77,8	2000 EGIM
Burkina Faso	34,2	58,5	87,6	42,0	1999 EDS
Cambodge	45,4	60,4	83,2	62,4	2000 EDS
Cameroun	18,1	42,9	83,3	53,7	2000 EGIM
Colombie	-	59,8	89,3	82,4	2000 EDS
Comores	44,3	57,0	69,6	54,9	2000 EGIM
Côte d'Ivoire	50,3	69,5	92,6	64,4	1998 EDS
Ethiopie	24,6	55,5	83,2	38,8	2000 EDS
Gabon	39,5	54,2	83,2	1,6	2000 EDS
Gambie	44,6	52,1	72,4	52,7	2000 EGIM
Ghana	45,2	67,7	79,7	71,0	1998 EDS
Guinée	54,2	69,8	86,2	60,4	1999 EDS
Guinée-Bissau	17,6	41,9	69,3	30,7	2000 EGIM
Guyana	34,4	62,2	87,0	84,3	2000 EGIM
Haïti	49,4	61,8	81,0	67,9	2000 EDS
Indonésie	5,0	21,0	51,3	32,2	2000 EGIM
Kazakhstan	-	-	62,8	62,6	1999 EDS
Kenya	60,2	74,1	82,0	74,6	2000 EGIM
Lesotho	27,9	46,0	85,7	46,1	2000 EGIM
Madagascar	9,3	25,2	50,3	27,2	2000 EGIM
Malawi	71,8	82,6	97,3	83,5	2000 EDS
Mali	39,4	54,3	77,2	45,8	2001 EDS
Moldova, République de	-	73,8	83,7	78,9	2000 EGIM
Nicaragua	34,9	61,6	86,7	72,9	2001 EDS
Niger	16,1	35,2	63,8	22,1	2000 EGIM
Nigéria	15,5	44,3	62,3	45,0	1999 EDS
Ouganda	61,8	73,6	88,8	75,8	2000 EDS
Ouzbékistan	-	7,7	41,3	41,1	2000 EGIM
Pérou	5,1	30,2	84,4	71,7	2000 EDS
République centrafricaine	27,5	50,9	78,6	45,9	2000 EGIM
République dominicaine	-	81,7	96,5	89,8	2000 EGIM
Rwanda	50,5	62,4	91,2	63,7	2000 EDS
Sénégal	37,4	53,2	72,3	46,4	2000 EGIM
Sierra Leone	24,9	45,5	66,1	35,3	2000 EGIM
Suriname	42,6	48,6	82,0	70,4	2000 EGIM
Swaziland	73,5	73,4	86,2	80,5	2000 EGIM
Tadjikistan	-	2,4	8,0	7,9	2000 EGIM
Tanzanie, République-Unie de	39,5	70,0	89,3	65,3	1999 EDS
Tchad	20,8	33,8	60,7	27,7	2000 EGIM
Togo	56,2	65,8	86,4	67,4	2000 EGIM
Venezuela	29,7	56,8	83,2	77,9	2000 EGIM
Viet Nam	9,6	38,6	71,9	60,6	2000 EGIM
Zambie	53,8	69,8	86,6	74,0	2002 EDS
Zimbabwe	-	56,5	82,2	73,5	1999 EDS

TABLE 4 POURCENTAGE D'HOMMES JEUNES (15-24 ANS) QUI SAVENT QU'UNE PERSONNE QUI A L'AIR EN BONNE SANTÉ PEUT TRANSMETTRE LE VIRUS DU SIDA, PAR NIVEAU D'ÉDUCATION

	Sans instruction	Primaire	Secondaire et au-delà	Total	Année/Source
Arménie	-	-	47,6	47,7	2000 EDS
Bénin	60,1	61,8	81,3	68,9	2001 EDS
Bolivie	-	42,8	79,1	73,8	1998 EDS
Burkina Faso	52,1	74,1	91,1	63,6	1999 EDS
Cameroun	14,9	48,2	80,6	62,8	1998 EDS
Côte d'Ivoire	39,7	66,3	91,4	66,9	1998 EDS
Ethiopie	39,6	54,3	86,2	53,8	2000 EDS
Gabon	-	64,9	86,9	80,9	2000 EDS
Ghana	49,8	53,5	85,1	76,9	1998 EDS
Guinée	44,4	51,5	77,7	56,2	1999 EDS
Haïti	2,0	68,2	93,4	78,1	2000 EDS
Kazakhstan	-	68,5	81,6	73,1	1999 EDS
Kenya	-	73,5	93,8	80,2	1998 EDS
Malawi	72,1	88,0	94,2	88,6	2000 EDS
Mali	47,3	57,6	84,6	58,8	2001 EDS
Nicaragua	54,7	73,5	92,1	80,3	1998 EDS
Niger	29,3	42,9	73,4	41,4	1998 EDS
Nigéria	21,8	39,0	60,7	50,8	1999 EDS
Ouganda	-	80,0	89,9	83,2	2000 EDS
Républicaine dominicaine	-	87,3	95,6	91,0	1999 EDS
Rwanda	56,0	67,5	92,8	68,9	2000 EDS
Tanzanie, République-Unie de	39,4	70,7	90,6	8,3	1999 EDS
Togo	45,6	60,8	89,7	72,8	1998 EDS
Zambie	-	62,5	88,9	73,0	2002 EDS
Zimbabwe	-	66,1	89,3	82,6	1999 EDS

- Moins de 25 cas, l'estimation a été supprimée

EDS : Enquêtes démographiques et sanitaires, ORC Macro (www.measuredhs.com)

EGIM : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, UNICEF (www.childinfo.org)

TABLE 5 POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES (15-24 ANS) QUI SAVENT À QUI S'ADRESSER POUR FAIRE LE TEST DU SIDA, PAR NIVEAU D'ÉDUCATION

	Sans instruction	Primaire	Secondaire et au-delà	Total	Année/Source	
Albanie	-	17,1	31,9	24,2	2000	EGIM
Angola	9,6	24,7	57,6	25,0	2000	EGIM
Azerbaïdjan	-	3,5	10,7	8,7	2000	EGIM
Bénin	10,5	17,4	44,7	18,6	2001	EDS
Botswana	24,7	32,9	50,9	47,2	2000	EGIM
Cambodge	5,6	11,2	36,8	15,9	2000	EDS
Cameroun	23,2	49,9	82,4	57,2	2000	EGIM
Colombie	-	51,0	74,6	69,0	1999	EDS
Comores	23,7	28,3	39,9	29,5	2000	EGIM
Gambie	17,3	20,9	42,0	24,2	2000	EGIM
Guinée-Bissau	11,0	25,2	54,7	20,3	2000	EGIM
Guyana	20,2	49,9	70,4	68,1	2000	EGIM
Haïti	4,5	16,1	36,2	22,7	2000	EDS
Indonésie	1,3	17,9	41,6	26,6	2000	EGIM
Kenya	42,8	55,8	70,6	57,9	2000	EGIM
Lesotho	33,7	51,5	75,5	51,4	2000	EGIM
Malawi	52,4	70,5	91,9	71,6	2000	EDS
Mali	7,0	17,5	43,3	12,6	2001	EDS
Moldova, République de	-	46,4	65,9	56,5	2000	EGIM
Nicaragua	10,1	30,5	52,6	40,7	2001	EDS
Niger	6,7	20,0	51,6	11,6	2000	EGIM
Ouganda	19,4	32,3	56,8	36,5	2000	EDS
Ouzbékistan	-	15,4	42,7	42,6	2000	EGIM
Pérou	7,1	23,7	72,3	60,9	2000	EDS
République centrafricaine	10,6	25,9	62,9	26,3	2000	EGIM
République dominicaine	-	76,5	86,0	81,7	2000	EGIM
Rwanda	59,6	67,3	88,6	68,5	2000	EDS
Sénégal	19,2	30,0	50,7	26,3	2000	EGIM
Sierra Leone	4,7	13,0	20,7	8,8	2000	EGIM
Suriname	20,6	38,9	70,4	58,7	2000	EGIM
Swaziland	49,8	47,5	64,6	57,3	2000	EGIM
Tadjikistan	-	2,4	5,7	5,6	2000	EGIM
Tanzanie, République-Unie de	22,2	50,0	74,3	46,1	1999	EDS
Tchad	5,1	12,3	30,0	9,2	2000	EGIM
Togo	12,4	25,0	46,4	25,8	2000	EGIM
Venezuela	29,6	45,6	73,4	68,0	2000	EGIM
Viet Nam	7,7	29,1	61,9	51,2	2000	EGIM
Zambie	37,7	55,6	76,9	61,2	2002	EDS
Zimbabwe	-	27,5	46,6	40,1	1999	EDS

TABLE 6 POURCENTAGE D'HOMMES JEUNES (15-24 ANS) QUI SAVENT À QUI S'ADRESSER POUR FAIRE LE TEST DU SIDA, PAR NIVEAU D'ÉDUCATION

	Sans instruction	Primaire	Secondaire et au-delà	Total	Année/Source	
Bénin	17,6	25,4	54,2	34,4	2001	EDS
Ethiopie	0,0	1,7	4,2	1,5	2000	EDS
Haïti	16,7	22,9	50,0	34,1	2000	EDS
Kenya	-	47,4	79,8	58,3	1998	EDS
Malawi	57,6	75,7	94,6	79,0	2000	EDS
Mali	14,2	24,1	52,4	25,9	2001	EDS
Ouganda	-	43,4	66,9	50,3	2000	EDS
Rwanda	33,5	45,3	80,4	47,8	2000	EDS
Tanzanie, République-Unie de	25,2	55,4	82,6	53,5	1999	EDS
Zambie	-	50,4	82,2	62,5	2002	EDS
Zimbabwe	-	17,3	38,8	32,5	1999	EDS

TABLE 7 POURCENTAGE DE JEUNES FEMMES (15-24 ANS) QUI ONT UTILISÉ UN PRÉSERVATIF LORS DE LEUR DERNIER RAPPORT SEXUEL À HAUT RISQUE, PAR NIVEAU D'ÉDUCATION

Indicateur du Millénaire pour le développement 19a

	Sans instruction	Primaire	Secondaire et au-delà	Total	Année/Source
Afrique du Sud	-	10	21,9	19,8	1998 EDS
Bénin	6,7	16,2	30,3	18,7	2001 EDS
Burkina Faso	27,2	47,5	63,9	41,2	1999 EDS
Cameroun	-	8,2	21,4	16,4	1998 EDS
Colombie	-	19,6	32,6	30,2	2000 EDS
Côte d'Ivoire	14,7	21,7	41,5	24,7	1998 EDS
Ethiopie	11	19,9	25,5	17,1	2000 EDS
Gabon	-	22,9	36,4	32,4	2000 EDS
Guinée	8,4	14,6	34,1	16,7	1999 EDS
Haïti	4,3	11,5	30,5	19,1	2000 EDS
Kazakhstan	-	-	28,7	28,7	1999 EDS
Kenya	-	11,7	20,5	14,1	1998 EDS
Malawi	-	24,7	51,3	31,9	2000 EDS
Mali	5,3	16	28,3	14,2	2001 EDS
Nicaragua	-	10,7	20,2	17	2001 EDS
Ouganda	-	34,2	60,4	44,4	2000 EDS
Pérou	-	5,2	22,4	19,3	2000 EDS
Rwanda	-	17,8	36,1	22,5	2000 EDS
Tanzanie, République-Unie de	7,1	21,7	41,5	21,3	1999 EDS
Togo	6,4	18,5	32,5	21,5	1998 EDS
Zambie	-	25,2	48,1	33,3	2002 EDS
Zimbabwe	-	38,4	43,1	42	1999 EDS

TABLE 8 POURCENTAGE D'HOMMES JEUNES (15-24 ANS) QUI ONT UTILISÉ UN PRÉSERVATIF LORS DE LEUR DERNIER RAPPORT SEXUEL À HAUT RISQUE, PAR NIVEAU D'ÉDUCATION

Indicateur du Millénaire pour le développement 19a

	Sans instruction	Primaire	Secondaire et au-delà	Total	Année/Source
Bénin	25,8	21	52,6	34,5	2001 EDS
Burkina Faso	40,9	53,8	93,4	55,5	1999 EDS
Cameroun	-	30	32,3	31,4	1998 EDS
Côte d'Ivoire	-	53	67,5	55,7	1998 EDS
Ethiopie	-	29,8	77,6	30,5	2000 EDS
Gabon	-	74,5	85	83,3	2000 EDS
Guinée	21,8	29,3	43	32,1	1999 EDS
Haïti	-	15,6	44,4	29,9	2000 EDS
Kenya	-	36,1	53,5	42,9	1998 EDS
Malawi	-	32,2	58	37,7	2000 EDS
Mali	18,1	24,3	51,7	30,3	2001 EDS
Niger	6,7	27,9	63	29,7	1998 EDS
Ouganda	-	54,2	75,3	62	2000 EDS
Tanzanie, République-Unie de	14,8	30,6	58,8	30,7	1999 EDS
Togo	28,4	29,3	50,6	41	1998 EDS
Zambie	-	32,5	57,3	42,3	2002 EDS
Zimbabwe	-	51,9	76	68,8	1999 EDS

- Moins de 25 cas, l'estimation a été supprimée

EDS : Enquêtes démographiques et sanitaires, ORC Macro (www.measuredhs.com)

EGIM : Enquêtes en grappes à indicateurs multiples, UNICEF (www.childinfo.org)

N.B. Les notes ci-dessus s'appliquent aux tables 5 et 6.

RÉFÉRENCES

1. USAID, ONUSIDA et UNICEF, *Enfants au bord du gouffre 2004 : rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*, New York, 2004.
2. Ibid.
3. Ibid.
4. ONUSIDA, *VIH/SIDA and Education: A strategic approach*, International Institute for Educational Planning/UNESCO, Paris, 2003.
5. United States Agency for International Development (USAID), Bureau for Africa, Office of Sustainable Development, *Africa Bureau Brief, No. 2*, Washington, D.C., 2002.
6. Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, 'The devastating facts about HIV/AIDS for women', *Population Reports*, Baltimore, printemps 2002.
7. Groupe de travail du Secrétaire général des Nations Unies sur les femmes, les filles et le VIH/SIDA en Afrique australe, *Facing the Future Together: A Social Revolution: Report of the United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and VIH/SIDA in Southern Africa*, ONUSIDA, Johannesburg, juillet 2004.
8. Organisation mondiale de la Santé, *Prevention of Child Abuse and Neglect : Making the links between human rights and public health*, OMS, Genève, 28 septembre 2001.
[[www.who.int/child-adolescent-health/New Publications/Rights/CRC statement rev. III. htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/Rights/CRC_statement_rev_III.htm)]
9. Mensch, Barbara S. et al., 'Premarital Sex and School Dropout in Kenya: Can schools make a difference?', Population Council, Policy Research Division, Working Paper, No. 124, New York 1999.
[<http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/124.pdf>.]
10. Botswana Gazette, 'Sexual Abuse of Schoolgirls Widespread in Botswana', 15 novembre 2000.
11. Correia, M. et B van Bronkhorst, *Ecuador Gender Review: Issues and recommendations*, Une étude de pays de la Banque mondiale, Washington, D.C., 2000.
12. Human Rights Watch, *Scared at School: Sexual violence in South African schools*, Human Rights Watch, New York, 2001.
13. Afenyadu, Dela et Lakshmi Goparaju, *Adolescent Sexual and Reproductive Health Behaviour in Dodowa, Ghana*, Center for Development and Population Activities, Washington, D.C., 2003.
14. Nations Unies, Rapport d'activités du Secrétaire général sur la question de la violence à l'encontre des enfants, E/CN.4/2004/68, Nations Unies, New York, 27 janvier 2004.
15. Les femmes réagissaient à quatre raisons données dans le sondage pour expliquer le refus de relations sexuelles avec leurs maris : 1) le mari a une maladie sexuellement transmissible, 2) le mari a des relations sexuelles avec d'autres femmes, 3) la femme vient d'accoucher et 4) la femme est fatiguée ou n'a pas envie.
16. HIV/AIDS Survey Indicators Database [www.measuredhs.com/hivdata].
17. Enquêtes menées de 1998 à 2003, Centers for Disease Control and Prevention (USA) Reproductive Health Surveys, et Enquêtes démographiques et sanitaires, ORC Macro.
18. Gupta N. et M. Mahy, 'Sexual Initiation among adolescents girls and boys: Trends and differentials in sub-Saharan Africa', *Archives of Sexual Behavior*, vol. 32, no.1, 2003, pp41-53.
19. Enquêtes démographiques et sanitaires , 2000-2001, HIV/AIDS Survey Indicators Database [www.measuredhs.com/hivdata].
20. Equipe de travail inter-organisations sur les disparités entre sexes et le VIH/SIDA, *Operational Guide on Gender and VIH/SIDA: A rights-based approach, (version finale)*, ONUSIDA, août 2004.
21. UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2005*, UNICEF, New York.
22. Rawlings, Laura B., et Gloria M. Rubio, *Evaluating the impact of conditional cash transfer programs: Lessons from Latin America*, Document de travail 3119 de la Banque mondiale, recherche sur les politiques, Washington, D.C., août 2003.
23. Programme alimentaire mondial, *HIV/AIDS & Children: Bringing hope to a generation, Food aid to help orphans and other vulnerable children*, Programme alimentaire mondial, Rome, 2003.
24. Ibid.
25. UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2004*, UNICEF, New York, 2003
26. Reddy, P., et al., 'Programming for HIV prevention in South African schools', Horizons Research Summary, Population Council, Washington, D.C., 2003.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Publié par l'UNICEF dans le cadre de ses responsabilités de cofondateur d'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Les autres organisations cofondatrices : le Programme alimentaire mondial, le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale.

Pour de plus amples informations :
Section de l'éducation, Division des programmes
www.unicef.org/girlseducation/index.htm

Publié par l'UNICEF
Division de la communication
3 United Nations Plaza, H-9F
New York, NY 10017, Etats-Unis

pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

© Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), New York
ISBN : 92-806-3815-7
Décembre 2004



**La Coalition mondiale sur
les femmes et le SIDA**