

Stratégies d'intervention adaptées aux besoins des jeunes

Résumé du rapport d'évaluation
rétrospective du programme
FOCUS on Young Adults



Document de travail n° 1 sur les jeunes



Stratégies d'intervention adaptées aux besoins des jeunes

Résumé du rapport d'évaluation rétrospective
du programme FOCUS on Young Adults

Document de travail n° 1 sur les jeunes

Bill Finger, Maria Lapetina et Maryanne Pribila, éditeurs

Auteurs du rapport FOCUS : Tijuana James-Traoré,
Robert Magnani, Nancy Murray, Judith Senderowitz,
Ilene Speizer et Lindsay Stewart

Family Health International, Programme de YouthNet

Remerciements

Le présent document récapitule diverses portions du rapport d'évaluation rétrospective du programme FOCUS on Young Adults, paru sous le titre anglais *Advancing Young Adult Reproductive Health : Actions for the Next Decade* et qui a pour auteurs (cités en ordre alphabétique) : Tijuana James-Traoré, Robert Magnani, Nancy Murray, Judith Senderowitz, Ilene Speizer et Lindsay Stewart. Le programme FOCUS (1995-2001), conduit par l'organisme Pathfinder International en liaison avec ses partenaires, le Futures Group International et l'École de santé publique et de médecine tropicale de l'université Tulane, a été financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

Ce résumé est le fruit des travaux d'édition de trois membres du personnel de YouthNet, à savoir Bill Finger, coordonnateur chargé de la dissémination de l'information ; Maria Lapetina, stagiaire ; et Maryanne Pribila, assistante de programme. Nous tenons à remercier en particulier les personnes qui ont révisé, en totalité ou en partie, le document original en anglais : Shanti Conly, Suzanne Fischer, Sarah Harbison, Karen Katz, JoAnn Lewis, Holly McClain, Shawn Malarcher, Robert Magnani, Elizabeth Robinson, Judith Senderowitz, Lindsay Stewart et Nancy Williamson.

YouthNet est un programme quinquennal que finance l'USAID en vue d'améliorer la santé de la reproduction des jeunes et de prévenir le VIH dans cette population. Placée sous la conduite de Family Health International (FHI), l'équipe de YouthNet regroupe aussi CARE USA, Deloitte Touche Tohmatsu Emerging Markets, Ltd., le centre international Margaret Sanger et RTI International. La présente publication est financée par le biais de l'accord de coopération conclu entre l'USAID et FHI en faveur de YouthNet, numéro GPH-A-00-01-00013-00. Les informations contenues dans ce document ne reflètent pas nécessairement la politique de FHI ni celle de l'USAID.

© 2003 Family Health International

ISBN : 0-939704-83-8

Family Health International, Programme de YouthNet

2101 Wilson Blvd, Suite 700

Arlington, VA 22201, États-Unis

703-516-9779 (téléphone)

703-516-9781 (fax)

www.fhi.org/youthnet (site Web)

Stratégies d'intervention adaptées aux besoins des jeunes est disponible en anglais, en français et en espagnol sous forme imprimée et électronique. La forme électronique pourra être consultée au site YouthNet, à l'adresse www.fhi.org/youthnet (cliquer sur YouthNet Publications). Le rapport intégral d'évaluation rétrospective sur FOCUS et d'autres publications sur ce thème sont disponibles aux sites www.fhi.org/youthnet et www.pathfind.org.

Sommaire

Introduction	2
Chapitre 1. Les jeunes au quotidien	3
Chapitre 2. Résumé de la méthodologie	6
Chapitre 3. Créer un environnement positif	8
Chapitre 4. Améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements	10
Programmes en milieu scolaire	
Médias/marketing social	
Programmes communautaires et d'éducateurs de pairs	
Programmes sur le lieu de travail	
Chapitre 5. Accroître le recours aux services de santé de la reproduction	18
Services conviviaux pour les jeunes	
Maisons des jeunes	
Couplage école-dispensaire	
Marketing social/médias	
Extension communautaire	
Secteur privé	
Chapitre 6. Recommandations	23
Références	25

Tableaux

Tableau 1. Etudes comportant une forte composante recherche (1989-2001) : Effet sur les connaissances, les attitudes et les comportements	7
Tableau 2. Etablissements scolaires : Programmes d'éducation sexuelle sur le VIH/sida avec mesure des comportements	11
Tableau 3. Etablissements scolaires : Programmes d'éducation sexuelle sur le VIH/sida sans mesure des comportements	12
Tableau 4. Etablissements scolaires : Programmes d'éducation sur la santé de la reproduction	13
Tableau 5. Programmes médiatiques	14
Tableau 6. Programmes communautaires	15
Tableau 7. Programmes sur le lieu de travail	16
Tableau 8. Services conviviaux pour les jeunes et maisons des jeunes	19

Introduction

Quelles sont les caractéristiques des programmes qui réussissent à encourager la santé de la reproduction des jeunes et la prévention du VIH ? Quels sont les facteurs qui font que certains programmes sont couronnés de succès et d'autres moins ? Les réponses à ces questions revêtent une importance critique, en particulier à la lumière des données qui révèlent que la majorité des jeunes ont leur premier rapport sexuel avant l'âge de 20 ans, qu'ils sont relativement peu nombreux à recourir à une contraception fiable et que jusqu'à la moitié des nouveaux cas de VIH/sida sont enregistrés chez les moins de 25 ans dans de nombreuses régions du monde.

Le présent document fait le point des programmes qui ont aidé des jeunes de pays en développement à pratiquer des comportements à moindre risque, notamment à retarder l'âge de leur premier rapport sexuel, à réduire le nombre de leurs partenaires et à accroître l'utilisation de méthodes de prévention de la grossesse et des infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/sida. Il s'adresse aux planificateurs de programmes, aux administrateurs, aux décideurs et aux bailleurs de fonds désireux de formuler des stratégies et des programmes, ancrés dans des faits démontrés, qui soient à même d'améliorer la santé des jeunes.

Le chapitre 1 présente la vie des jeunes au quotidien, un peu partout dans le monde, et montre à quel point leur santé se ressent des normes culturelles et de celles qui sont liées aux différences entre les sexes. Le chapitre 2 récapitule la méthodologie appliquée dans le cadre du rapport FOCUS. Les chapitres 3, 4 et 5 reprennent les principales conclusions de la recherche et des efforts programmatiques portant sur trois types d'interventions, à savoir : la création d'un environnement dans lequel les jeunes se sentent à l'aise ; l'amélioration des connaissances, des attitudes et des comportements en matière de santé de la reproduction ; et l'accroissement du recours aux services dans ce domaine. Le chapitre 6 présente des recommandations qui découlent de cette recherche.

Le présent document met en relief les résultats de 39 évaluations d'interventions axées sur les jeunes de pays en développement. Le programme FOCUS on Young Adults considère que ces évaluations reposent sur une méthodologie fiable et que les résultats obtenus sont importants. On pourrait dire qu'il s'agit de la première génération de ce genre d'études et de programmes dans le monde en développement. La prochaine génération accordera relativement plus d'importance aux efforts visant à promouvoir l'abstinence et à retarder l'échéance du premier rapport sexuel, à réduire le nombre de partenaires, à toucher les jeunes à un plus jeune âge et à faire participer les parents. Par ailleurs, le rapport consacré au programme FOCUS récapitule d'autres exemples d'études et de projets aux conclusions également positives, encore qu'issues d'une recherche moins rigoureuse, et il décrit des questions opérationnelles fondamentales en insistant notamment sur le renforcement de la capacité, l'élargissement et la viabilité des programmes et la participation des jeunes.

Ce dossier est le premier d'une série de documents de travail produits par YouthNet sur le thème des jeunes. La mission de YouthNet consiste en partie à diffuser le plus largement possible et dans de nombreuses langues tout ce qui touche au programme FOCUS. C'est dans cet esprit que nous nous réjouissons de la parution de ce premier document de travail. Nous espérons qu'il vous sera utile et qu'il contribuera à améliorer la santé de la reproduction des jeunes et à prévenir le VIH/sida parmi eux.

— Mme Nancy Williamson, directrice du programme YouthNet

Chapitre 1. Les jeunes au quotidien

Plus du quart des habitants de la planète, soit 1,7 milliard de personnes, sont âgés de 10 à 24 ans, et leur nombre ne cesse de croître. L'adolescence est une période de changements dynamiques qui correspond à la transition de l'enfance à l'âge adulte et qui est marquée par la maturation affective, physique et sexuelle. Les habitudes qui sont prises pendant l'adolescence sont lourdes de répercussions à l'âge adulte.

À l'échelle mondiale, la puberté apparaît à un âge plus précoce qu'avant chez les garçons comme chez les filles, tandis que les gens tardent davantage à se marier. Dès lors, on voit s'allonger la période de temps pendant laquelle les jeunes adultes sont susceptibles d'avoir des relations sexuelles avant le mariage. La plupart des jeunes du monde entier ont leur premier rapport avant d'avoir 20 ans, qu'ils soient mariés ou célibataires.

Nonobstant la baisse du taux de grossesse des adolescentes observée dans la plupart des pays, plus de 13 millions de jeunes chaque année mettent un enfant au monde dans les pays en développement, et un grand nombre de ces naissances sont imprévues. Les sociétés qui attachent une grande importance à la fécondité encouragent les femmes à avoir un enfant lorsqu'elles sont encore jeunes. La plupart des adolescents qui sont sexuellement actifs ne pratiquent pas la contraception et, quand ils y ont recours, ils se heurtent à un taux d'échec et à un taux d'abandon plus élevés que ceux de leurs aînés. Bien que le préservatif soit une méthode indispensable pour les jeunes, beaucoup d'entre eux y sont hostiles parce qu'il est lié dans leur esprit à un manque de confiance et à une atteinte à l'intimité et au plaisir sexuel.



La grossesse et l'accouchement font courir de gros risques non seulement aux adolescentes, mais aussi à leurs enfants. Les jeunes célibataires sont plus susceptibles que leurs aînées de recourir à l'avortement clandestin ou illégal pour des raisons sociales, financières et juridiques. La maternité peut couper court aux études des jeunes filles et accroître la pauvreté.

Les différences entre les sexes affectent profondément l'adolescence. Pour une minorité importante de jeunes femmes (et pour quelques jeunes gens), l'activité sexuelle précoce est un événement non désiré, voire imposé. Des jeunes femmes pauvres ont des relations avec des hommes plus âgés qu'elles, en échange de quoi elles reçoivent de l'argent ou des cadeaux, en particulier en Afrique subsaharienne. Souvent, les jeunes filles sont censées rester vierges jusqu'au mariage, et se marier tôt, alors que dans beaucoup d'endroits les jeunes gens sont encouragés à être sexuellement actifs et à acquérir une certaine expérience avant le mariage. Ce comportement prédispose les garçons à des problèmes en matière de développement. Il peut être malsain, pour les hommes comme pour les femmes, que la société attende des premiers une attitude dominatrice et agressive.

De surcroît, l'éducation, la famille et la culture influencent la santé de la reproduction des jeunes et leur risque de contracter le VIH/sida. Dans l'ensemble, les filles instruites sont moins sujettes que les autres à l'infection par le VIH, et plus susceptibles de retarder l'échéance de la grossesse et d'avoir une famille moins nombreuse et en meilleure santé. L'urbanisation et la modernisation ont eu des effets inégaux sur la santé des jeunes. Les jeunes en milieu urbain se ressentent

davantage de l'influence de facteurs extérieurs à la famille et à la communauté, ce qui peut favoriser les comportements sexuels à risque. En revanche, certains de ces facteurs encouragent le recours au système de santé et à des comportements à

moindre risque qui sont protecteurs sur le plan de leur vie reproductive. Si certaines pratiques traditionnelles peuvent s'avérer positives (par exemple, le fait que des membres plus âgés de la famille se chargent de l'éducation sexuelle des jeunes), d'autres se révèlent néfastes (telles les excisions féminines, qui compromettent la santé des filles). Il y a des adolescents qui perdent tout contact avec leur famille et vivent en marge de la société, souvent à la rue, ce qui les rend particulièrement vulnérables à l'exploitation sexuelle.

Les facteurs ci-après concourent à prédisposer les jeunes aux grossesses imprévues et aux IST, dont le VIH/sida. Dans de nombreux endroits, jusqu'à la moitié de tous les cas de VIH surviennent chez les moins de 25 ans, les filles étant particulièrement sujettes à cette infection.

Facteurs de risque et de protection

Les faits que l'on commence à observer aux États-Unis et dans les pays en développement indiquent qu'un certain nombre de facteurs influencent les comportements des adolescents en matière de sexualité et de prise de risques. Ces facteurs peuvent accroître les risques, offrir une protection accrue aux jeunes ou parfois remplir ces deux fonctions. Ils se ventilent comme suit :

- caractéristiques individuelles des jeunes, tels le niveau de connaissances, les attitudes, les convictions, les valeurs, les motivations et les expériences vécues
- pairs et partenaires sexuels des jeunes
- famille et adultes dans la communauté
- institutions : établissements scolaires, lieu de travail et organisations religieuses pour la jeunesse, par exemple
- communautés par le biais desquelles sont transmises les attentes de la société en ce qui concerne les rôles dévolus aux deux sexes, le comportement sexuel, le mariage et l'enfantement.

Dans le souci de mieux comprendre l'influence de ces facteurs de risque et de protection, FOCUS a effectué une enquête dans les 10 pays suivants : Afrique du Sud, Brésil, Chili, Ghana, Jamaïque, Paraguay, Pérou, Togo, Zambie et Zimbabwe. À partir de cette recherche, FOCUS s'est employé non seulement à cerner les principaux éléments qui influencent le début de l'activité sexuelle et le port du préservatif, mais aussi à suggérer des interventions programmatiques.

Répercussions sur le début de l'activité sexuelle

Sept conclusions se dégagent de l'étude des facteurs influençant l'initiation à l'activité sexuelle :

- Dans la plupart des pays, les garçons sont plus jeunes que les filles au moment du premier rapport sexuel. Dès lors, les programmes doivent aborder plus tôt la question des normes sexuelles et des comportements masculins en les intégrant aux règles sociales.
- Les filles scolarisées sont nettement moins susceptibles que les autres d'avoir des rapports sexuels. Si de nombreux facteurs affectent le comportement sexuel des filles, le fait est que les politiques nationales et les normes communautaires propres à encourager l'instruction pourraient bien concourir à retarder l'initiation à l'activité sexuelle.
- Dans les deux pays où l'enquête s'était penchée sur cette question, l'accroissement des connaissances sur la santé de la reproduction n'était pas associé au relèvement du niveau de

Dans le présent document, sauf indication contraire, les jeunes dont il est question sont tous âgés de 10 à 24 ans.

l'activité sexuelle. Quatre des études discutées au chapitre 4 révèlent que l'éducation sur la santé de la reproduction ou le VIH/sida a pour effet de retarder le premier rapport. Ces observations indiquent la nécessité de renforcer ces programmes d'éducation, qui n'accroissent pas l'activité sexuelle.

- On constate une haute corrélation entre la pratique d'autres comportements à risque rapportée par les jeunes, par exemple la consommation de tabac, d'alcool ou de drogue, et le fait d'avoir eu des rapports sexuels, même après ajustements pour tenir compte du facteur « âge ». Les programmes de santé de la reproduction se révéleraient peut-être plus efficaces s'ils étaient liés à des interventions visant à encourager l'adoption d'autres comportements sains par les jeunes.
- La perception que leurs amis sont sexuellement actifs et qu'ils ont de l'expérience semble influencer le comportement des jeunes. Comme on le verra au chapitre 4, les jeunes pairs-éducateurs auraient peut-être d'autant plus de succès que leur profil en matière d'expérience sexuelle correspondrait à celui de leur public visé.
- Le niveau de pauvreté de la famille est fortement associé à une initiation précoce à l'activité sexuelle chez les filles, mais ce phénomène est moins net chez les garçons. Les éducateurs de santé gagneraient à collaborer avec les programmes axés sur le recul de la pauvreté et auxquels il conviendrait de rajouter des composantes sur la santé de la reproduction des jeunes.
- Les jeunes qui ont une relation positive et soutenue avec un adulte, un enseignant par exemple, seraient peut-être moins susceptibles que les autres d'avoir eu des rapports sexuels. Bien que déficiente sur ce point, la recherche donne à penser que les programmes de mentorat par les adultes pourraient présenter une certaine utilité. Il convient de noter que les résultats pourraient varier selon le type d'adulte choisi comme mentor (enseignant, chef d'unité de scouts, ecclésiastique, etc.). Le suivi minutieux des programmes s'impose de façon à permettre l'évaluation des effets du mentorat.

Répercussions sur le port du préservatif

Trois conclusions se dégagent au sujet des facteurs qui influencent l'emploi du préservatif :



- Phénomène quasiment universel, les garçons sont plus susceptibles que les filles de dire qu'ils ont utilisé un préservatif au cours de leur rapport sexuel le plus récent. Les programmes doivent encourager les garçons à recourir systématiquement à cette méthode et aider les filles à acquérir les compétences voulues pour en négocier l'emploi.
- Les jeunes semblent être bien disposés pour utiliser le préservatif, ce qui constitue un facteur d'influence a priori solide. Cette attitude n'a été mesurée chez les garçons que dans deux pays, et chez les filles dans un seulement. Les programmes devraient intervenir auprès des jeunes qui sont sexuellement actifs et chercher à améliorer leur attitude face au port du préservatif et à mieux comprendre les risques ainsi qu'à renforcer leurs connaissances pratiques sur l'utilisation de cette méthode.
- Le fait de pouvoir parler de la sexualité avec leurs pairs et leurs partenaires sexuels semble exercer une influence positive importante sur le port du préservatif, en particulier parmi les garçons. Si la relation de cause à effet n'est pas claire (la décision d'utiliser un préservatif pourrait être à l'origine de l'amélioration de la communication, ou inversement), le fait est que l'amélioration de la communication avec les partenaires sexuels et les pairs semble avoir un effet bénéfique sur l'emploi de cette méthode.

Chapitre 2. Résumé de la méthodologie

L'évaluation faite par FOCUS de l'efficacité des programmes de santé de la reproduction et de prévention du VIH/sida a identifié 39 études comportant une composante « recherche » relativement solide et mettant en jeu un groupe d'intervention et un groupe de contrôle. C'est la conception de l'évaluation, et non la solidité de l'intervention ou la qualité de la mise en œuvre du programme, qui servait de critère d'inclusion. Si le nombre de ces évaluations a augmenté ces dernières années, l'ensemble des preuves accumulées dans ce domaine reste très modeste.

En outre, l'évaluation faite par FOCUS citait des observations complémentaires et anecdotiques. Les études complémentaires ont apporté des statistiques qui attestaient l'évolution des résultats obtenus par divers programmes en matière de santé de la reproduction, mais elles ne comportaient pas de groupes de contrôle. Ces études font l'impasse sur la possibilité que des éléments autres que le programme lui-même soient la cause de la modification des indicateurs de performance. Les indications anecdotiques tirées des observations, des groupes de discussion dirigée ou des études de cas peuvent nous aider à comprendre le comportement des jeunes et le fonctionnement des programmes mais, considérées de manière isolée, elles ne sauraient nous permettre de formuler des conclusions valides sur l'effet du programme en question. Jusqu'à un certain point, tous les schémas des études ont leurs limites : c'est vrai qu'il s'agisse des études qui comportent des groupes d'intervention et des groupes de contrôle, des études quantitatives dépourvues de groupes témoins ou de celles qui s'appuient sur des données anecdotiques ou qualitatives. Ceci dit, ces trois formules présentent de l'intérêt pour l'évaluation des programmes et des politiques.

Les programmes semblent mieux réussir à influencer les connaissances et les attitudes qu'à changer les comportements.



Tableau 1. Etudes comportant une forte composante recherche (1989-2001) : Effet sur les connaissances, les attitudes et les comportements

Type de programme	Nombre d'études	Amélioration des connaissances et attitudes †	Amélioration d'au moins un comportement parmi certains participants †
Tous les programmes	39	32/35	22/29
Etablissement scolaires	21	17/19	9/14
Education sur le VIH/SIDA	13	11/12	6/7
Education sur la SR* en général	8	6/7	3/7
Grands organes d'information	6	5/6	5/5
Médias seulement	1	1/1	1/1
Médias + marketing social	5	4/5	4/4
Communauté	4	4/4	4/4
Epanouissement des jeunes	1	1/1	1/1
Education par les pairs	3	3/3	3/3
Lieu de travail	4	4/4	2/2
Etablissements sanitaires	4	2/2	2/4
Services conviviaux pour les jeunes	3	1/1	2/3
Maison des jeunes	1	1/1	0/1

* SR = santé de la reproduction. † Nombre qui dénote un effet marquant/nombre total.

Les conclusions citées dans le rapport FOCUS (Chapitre 6) accordent le plus de poids aux 39 études qui apportent des preuves relativement convaincantes. Le Tableau 1 récapitule les conclusions de ces études selon le type de programme auxquelles elles correspondent et leur incidence sur les connaissances, les attitudes et les comportements les plus importants. Leur examen fait ressortir trois grandes catégories de conclusions :

- Les programmes semblent mieux réussir à influencer les connaissances et les attitudes qu'à changer les comportements. Ce résultat reflète probablement la difficulté qu'il y a de modifier les comportements susceptibles d'être influencés par un grand nombre de facteurs, et dont beaucoup dépassent le cadre des simples connaissances et attitudes liées à la santé de la reproduction.

La conception de l'évaluation, et non la solidité de l'intervention ou la qualité de la mise en œuvre du programme, servait de critère d'inclusion dans le groupe d'études.

- Les évaluations rigoureuses ne sont pas suffisamment nombreuses pour que l'on tire de solides conclusions sur les stratégies des programmes. Certaines démarches prometteuses n'ont pas encore été rigoureusement évaluées dans les pays en développement. Parmi les études les plus fiables, la plupart se sont concentrées sur les interventions en milieu scolaire ; une poignée seulement ont évalué le recours aux services de santé ; et aucune n'a examiné l'effet qu'aurait sur les comportements la création d'un environnement dans lequel les jeunes se sentiraient soutenus. On ne connaît pas grand-chose des effets à long terme sur les comportements ni sur l'élargissement des programmes ou leur évaluation à long terme.
- Au vu du petit nombre d'évaluations rigoureuses qui ont été effectuées, des variations des périodes d'observation et des comportements étudiés et de l'absence de la duplication des études dans de multiples sites, il n'est pas possible d'affirmer que certains modèles de programmes sont supérieurs à d'autres.

Chapitre 3. Créer un environnement positif

Les politiques, les normes sociales et les pratiques culturelles déterminent les facteurs de risque et de protection qui influencent la santé de la reproduction des jeunes adultes.

Politiques

Les politiques regroupent les directives officielles (dispositions constitutionnelles, lois ou règlements, par exemple) de même que les pratiques normatives et les lignes directrices officielles. Les politiques peuvent déjouer les obstacles à la satisfaction des besoins des jeunes en matière de santé de la reproduction en autorisant la prestation des services nécessaires et en améliorant l'accès aux informations et aux services de qualité.



Une centaine de pays se sont dotés d'une politique nationale de la jeunesse à caractère général et de mécanismes de coordination. Un petit nombre de ces politiques concernent les questions de santé de la reproduction, y compris l'intégration de l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Des conventions et déclarations internationales placées sous le parrainage de l'Organisation des Nations unies ont validé ce genre de mesures, mais le manque de volonté politique et les difficultés de la coordination intersectorielle des politiques ont souvent ralenti leur formulation et leur application.

Il convient de recueillir des informations supplémentaires sur les modalités d'application de ces politiques et de déterminer si elles ont une incidence positive sur la santé de la reproduction des jeunes adultes. Les programmes visant à améliorer les politiques n'ont pas fait l'objet d'évaluations rigoureuses. Pour autant, les observations tirées des enquêtes et de l'expérience des programmes sur ce thème ont permis de dégager plusieurs leçons importantes.

- Les pays qui ont formulé et appliqué une politique de la jeunesse ont coordonné des activités intersectorielles, notamment dans le domaine des sports et des loisirs, du travail, de la justice, de la santé et de l'éducation. Les faits le prouvent : les groupes multi-sectoriels au niveau tant national que local peuvent assurer la coordination des démarches pourvu qu'un secteur jouisse d'une crédibilité manifeste et qu'il ait l'autorité voulue pour donner le ton. L'assistance technique et les concours financiers peuvent fournir l'élan nécessaire à l'appui de l'application de la politique nationale par paliers. En Bolivie, par exemple, l'assistance technique offerte au ministère de la santé a facilité la formulation et la mise en œuvre de directives nationales d'une rigueur accrue en ce qui concerne la prestation de services en faveur des jeunes.
- Les responsables à l'échelon local et les associations s'appuient sur les forces culturelles d'un pays donné. Les personnalités influentes et les coalitions qui défendent les intérêts des jeunes peuvent contribuer à persuader les décideurs de haut niveau de se rallier à une politique positive de la jeunesse et à calmer les controverses. Ainsi des réseaux « jeunesse » au Kenya, en Afrique du Sud, en Bolivie et en République dominicaine ont-ils réussi à mettre en valeur la situation des jeunes face au VIH/sida en œuvrant par le biais de commissions nationales, de ministères et de groupes de pression qui ont plaidé leur cause auprès de parlementaires.

- Il est important de faire participer les jeunes à la planification et à l'application des politiques, puisque ce sont eux qui peuvent le mieux se faire les champions du changement. En se faisant remarquer par les médias, dans le cadre de réunions avec des responsables du gouvernement et par le biais d'autres stratégies encore, des jeunes du Mali, du Brésil et d'ailleurs ont montré à quel point leur contribution était précieuse lorsqu'ils prenaient position sur le VIH/sida et les questions de santé de la reproduction.
- Les responsables ne sont pas indifférents aux projections démographiques basées sur des variantes de la politique retenue, ni aux données sur les coûts et les avantages des programmes en faveur des jeunes ni aux informations sur la menace que le VIH/sida pose pour ces derniers.
- La participation des bailleurs de fonds internationaux peut aider à attirer l'attention du public et du secteur privé sur la nécessité d'investir dans les programmes axés sur la santé de la reproduction des jeunes.

Normes sociales et pratiques culturelles

Par « normes », on entend l'ensemble des règles de comportement ainsi que les sanctions (positives ou négatives), coûts et avantages associés à leur respect ou à leur infraction. Le contexte social dans lequel les jeunes grandissent et deviennent adultes influence leurs choix et leurs comportements sur le plan de la santé de la reproduction.

Certaines normes risquent de compromettre la santé de la reproduction : la discrimination liée au sexe, le peu d'importance attaché à l'éducation, les restrictions placées à la mobilité des filles, l'encouragement de l'activité sexuelle à un jeune âge, le mépris du préservatif et les attentes culturelles quant à l'âge auquel il est bon de se marier et d'avoir des enfants. Le rapport parents-enfants peut influencer le poids des normes sociales.

Des programmes ont appliqué plusieurs stratégies pour tenter de changer les normes sociales et les pratiques culturelles. Ils ont surtout misé sur les médias, la communication interpersonnelle, l'influence des chefs traditionnels et des ecclésiastiques et l'apprentissage participatif renforcé par des actions elles-mêmes participatives (technique d'évaluation des besoins qui permet au public ciblé de contribuer à la formulation

des plans d'action, et donc aux jeunes d'exprimer leur créativité).

Une expérience tentée au Paraguay à l'aide d'interventions médiatiques a permis d'accroître la part des jeunes qui considèrent que les filles font preuve de maturité lorsqu'elles demandent à leurs partenaires de mettre un préservatif (Magnani, Tableau 5). La communication interpersonnelle encouragée dans le cadre de campagnes de mobilisation communautaire s'est révélée efficace, à en juger d'après les résultats d'un programme mené au Bangladesh et qui avait organisé une série d'assemblées communautaires sur le thème de la santé de la reproduction des jeunes. Les efforts déployés en vue de mettre fin aux excisions des jeunes Africaines ont été porteurs de résultats lorsqu'ils ont su recruter les gardiens de ces traditions et en faire des partenaires actifs. Des projets réalisés en Zambie et au Cambodge portent à croire que l'évaluation des besoins par le biais de l'apprentissage et de l'action à caractère participatif avait aidé les agents de santé adultes à dépasser les stéréotypes sur les jeunes et facilité la mise en place d'une plus vaste gamme d'interventions programmatiques.

Les interventions médiatiques et les activités de mobilisation de la communauté peuvent potentiellement influencer les normes sociales et modifier certaines croyances personnelles liées à la santé de la reproduction des jeunes. Toutefois, il importe d'attacher une plus grande attention à la modification des normes à l'échelon national par le biais de campagnes d'information, d'éducation et de communication.

Il est important de faire participer les jeunes à la planification et à l'application des politiques, puisque ce sont eux qui peuvent le mieux se faire les champions du changement.

Chapitre 4. Améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements

Devenir adulte, c'est devoir s'armer des connaissances, des attitudes et des compétences qui permettent de participer à la vie du foyer, du quartier et de l'ensemble de la communauté. Les adolescents ont donc besoin d'acquérir de l'expérience en ce qui concerne la prise de décisions rationnelles, l'évaluation des risques et des conséquences de leurs décisions et de leurs actions, les interactions avec leurs pairs, leurs partenaires sexuels et les adultes, et la communication avec eux.



Compte tenu du large éventail de facteurs de risque et de protection qui sont susceptibles d'influencer la santé de la reproduction des jeunes, les programmes en faveur des adolescents gagneraient à se concentrer non seulement sur la sexualité et les comportements sexuels, mais aussi sur les facteurs contextuels non liés au sexe. La discussion ci-après des programmes éventuellement à même d'améliorer les connaissances, les attitudes, les compétences et les comportements des jeunes s'organise autour de quatre types de sites, à savoir les établissements scolaires (y compris ceux qui sont couplés avec des dispensaires), les médias, les communautés et le lieu de travail.

Programmes en milieu scolaire

Les programmes scolaires sont potentiellement en mesure de toucher un grand nombre d'adolescents dans les pays où le taux de scolarisation est élevé. (En règle générale, la fréquentation de l'école est en hausse à travers le monde.) Le cadre structuré qu'offre un établissement scolaire se prête bien à la communication de messages éducatifs aux jeunes, lesquels forment un auditoire captif dont les programmes sur la sexualité et la santé de la reproduction gagneraient à tirer parti.

Vingt-et-un établissements scolaires de pays en développement ont fait l'objet d'évaluations relativement solides, dont 13 bénéficiaient de programmes axés sur le VIH/sida et les IST, tandis que les 8 autres visaient la santé de la reproduction en général. Presque tous les programmes scolaires étudiés avaient un effet bénéfique sur les connaissances et les attitudes. Des 14 études qui ont évalué la modification des comportements, 9 ont révélé une amélioration d'au moins un comportement (Tableau 1). Toutefois, les changements s'inscrivaient généralement

Terminologie utilisée dans les tableaux 2 à 8

Conception. Les conceptions expérimentales sont celles dans lesquelles les sujets sont affectés de manière aléatoire aux groupes d'intervention et de contrôle. Les conceptions quasi-expérimentales sont celles dans lesquelles le groupe de contrôle est choisi au moyen de méthodes non aléatoires. Dans les études quasi-expérimentales, les groupes de contrôle sont constitués de manière à être aussi semblables que possible aux groupes d'intervention, souvent par le biais de l'appariage des caractéristiques qui passent pour être des précurseurs importants des résultats recherchés par le programme.

Conclusions. Les conclusions présentées sont significatives d'un point de vue statistique et elles reflètent des différences désirables par rapport aux données initiales.

SIDA. Le mot « sida » s'applique au VIH/sida.

Tableau 2. Etablissements scolaires : Programmes d'éducation sexuelle sur le VIH/SIDA avec mesure des comportements

Année Auteur principal Pays	Taille de l'échantillon Population	Conception (% d'individus perdus de vue pendant le suivi, si disponible)	Intervention (Durée et intensité, si les données sont disponibles)	Conclusions
2000 Harvey Afrique du Sud	Nb.=1.080 H/F, 13-29 ans	Expérimentale, longitudinale, 14 établissements, pré/post-test (35 %)	Education par les arts dramatiques en faveur des enseignants, infirmières et élèves (3 phases)	Port du préservatif en hausse ; meilleure attitude envers les personnes atteintes du sida
1999 Fawole Nigéria	Nb.=433 H/F, âge moyen : intervention 17,6 ans, contrôle 17,8 ans	Expérimentale, longitudinale, 4 étab., sélection aléatoire des élèves, pré/post-test (4 %)	Conférence, film, jeux de rôle, chansons, débats, contes, essais (6 sessions hebdomadaires, 2 à 6 heures chacune)	Baisse du nb. de partenaires et de la proportion des indiv. sexuellement actifs ; connaissances sur le sida accrues, meilleure attitude envers les personnes atteintes du sida
1999/1998 Fitzgerald/Stanton Namibie	Nb.=515 H/F, 15-18 ans	Expérimentale, longitudinale, 10 étab., sélection aléatoire des élèves, prétests/3 post-tests (30 %)	Adaptée à partir d'un programme américain « Focus on Kids » (40 h de formation du facilitateur ; 14 sessions élèves, 2 h/7semaines)	En mieux : initiation à l'activité sexuelle repoussée, port du préservatif masc., intention (femmes) de recourir au préservatif, sentiment de savoir l'utiliser
1997 Antunes Brésil	Nb.=394 H/F, 18-25 ans (Emploi à plein temps + études)	Expérimentale, longitudinale, 4 étab., prétests/2 post-tests (50 %)	But : changement de comportement à partir d'un modèle de réduction des risques de VIH/sida	Réduction des comportements à risque parmi les femmes et meilleure communication avec les partenaires
1994 Thongkrajai Thaïlande	Nb.=2.909 H/F, âges non déclarés	Quasi-expérimentale, longitudinale, 3 étab., pré/post-test (19 %)	Pairs-conseillers formés en IEC* et chargés d'informer les jeunes et de les référer aux disp.	Pas de changements observés
1991 Wilson Zimbabwe	Nb.=84 H/F, âge moyen 23,1 ans (profs et élèves)	Expérimentale, longitudinale, pré/post-test (0 %)	Démonstration de la pose du préservatif, vidéo, jeux de rôle et psychodrame (une session 90 minutes dans l'étab. scol.)	Baisse du nb. de partenaires et des rapports non protégés (30 derniers jrs) ; en hausse : auto-efficacité, connaissances et bon usage du préservatif
(Non publié) Coplan Nigéria	Données non communiquées	Quasi-expérimentale, 12 étab., pré/post-test	Couplage prestataires/pairs-éducateurs, informations sur identification et divulgation des IST, prévention	En hausse : port du préservatif, connaissances et traitement des IST, symptômes IST auto-déclarés et consultations avec des prestataires

*IEC = information, éducation et communication.

dans le court terme, et les effets à long terme sur les comportements étaient plus aléatoires.

Une quantité de questions sur l'éducation sexuelle restent posées. Les programmes varient considérablement entre eux, que l'on prenne pour critères de comparaison ce qui est enseigné, à quel âge, le type de site, le personnel d'encadrement et les moyens de mis en œuvre. Souvent, le financement est minime, la formation des éducateurs laisse à désirer, la participation des parents et des jeunes reste faible, et les

programmes commencent à intervenir au lycée seulement, quand un grand nombre de jeunes sont déjà sexuellement actifs. Malgré ces inconvénients, les programmes en milieu scolaire offrent l'occasion d'atteindre un grand nombre de jeunes et leurs enseignants, d'institutionnaliser l'éducation sexuelle et d'en élargir la portée lorsque les ministères de l'éducation confèrent un caractère officiel à cette discipline.

Dans l'ensemble, les programmes relatifs au VIH/IST semblent avoir plus d'effet sur le

comportement que ceux qui sont axés sur la santé de la reproduction en général. Le Tableau 2 reprend les grandes lignes des sept programmes sur le VIH/IST qui comportaient une mesure du changement des comportements. Les jeunes de la tranche d'âge supérieure étaient les bénéficiaires de la plupart de ces interventions, dont une se déroulait au Brésil dans une école de cours du soir et une autre au Zimbabwe, dans une école normale. Il est à noter qu'un programme intégré à des activités d'art dramatique, en Afrique du Sud, s'adressait aux jeunes dès l'âge de 13 ans. Un programme en Namibie avait adapté une intervention mise en œuvre aux Etats-Unis sous le nom de Focus on Kids.

Les changements de comportement observés dans le cadre de ces études étaient multiples : diminution du nombre de rapports non protégés (filles), échéance plus tardive du premier rapport sexuel (filles), utilisation accrue du préservatif et réduction du nombre de partenaires sexuels.

Le Tableau 3 décrit les six programmes relatifs au VIH/IST qui ne comportaient pas de mesure des changements de comportement. Pour autant, beaucoup de ces programmes ont été associés à l'amélioration des connaissances et des attitudes. La plupart ont identifié des moyens d'améliorer les interventions, par exemple la mise en place de davantage de stages de

Tableau 3. Etablissements scolaires : Programmes d'éducation sexuelle sur le VIH/sida sans mesure des comportements

Année Auteur principal Pays	Taille de l'échantillon Population	Conception (% d'individus perdus de vue pendant le suivi, si disponible)	Intervention (Durée et intensité)	Conclusions
1997/1994 Klepp/Klepp Tanzanie	Nb.=1.063 H/F, âge moyen 13,5 ans	Expérimentale, longitudinale, sélection aléatoire, essai dans la communauté, pré/post-test (23 %)	Education basée sur la théorie <i>ngao</i> (bouclier) (20 h sur 2-3 mois)	Connaissance du sida et communication en hausse sur ce thème ; meilleure attitude envers les personnes atteintes du sida ; jeunes moins enclins à avoir des rapports sexuels
1995 Abolfotoch Arabie saoudite	Nb.=838 H seulement, 14-19 ans	Quasi-expérimentale, 3 élab. groupes d'intervention/ 3 élab. de contrôle (sélection aléatoire), post-test seulement	Un exposé sur le sida à l'occasion de la Journée mondiale du sida en 1992	Peur accrue de contracter le sida
1995 Aplasca Philippines	Nb.=845 H/F, âge moyen 14 ans	Quasi-expérimentale, longitudinale, sélection aléatoire en grappes, 1 classe par niveau, prétest/2 post-tests (5 %)	Basée sur la théorie de l'apprentissage cognitif (2 jrs de formation pour l'enseignant ; 12 cours bimensuels de 40 min. chacun)	Meilleures connaissances sur le sida ; d'accord pour repousser l'âge du 1 ^{er} rapport sexuel ; meilleure attitude vis-à-vis du VIH
1995 Munodawafa Zimbabwe	Nb.=285 H/F, élèves de 3 ^e et de 2 nd e	Quasi-expérimentale, 3 élab. groupes d'intervention/2 élab. de contrôle non équivalents, pré/post-test liés (0 %)	Elèves infirmières formées comme instructrices (5h par semaine pendant 6 semaines ; lycéens : 80 minutes/semaine pendant 7 semaines)	Meilleures connaissances sur 14 des 24 points liés aux sujets suivants : IST, sida, drogue et alcool
1994 Caceres Pérou	Nb.=1.213 H/F, 11-12 ans (en majorité catholiques)	Quasi-expérimentale, longitudinale, sélection aléatoire des jeunes de 14 écoles, pré/post-test (33 %)	Cours théorique (Enseignant : (15 h de formation ; élèves : sessions 2 h par semaine pendant 7 semaines)	Meilleure attitude (préservatif, sexualité, contraception), sida et sexe mieux compris, auto-efficacité féminine en hausse ; moins de discrimination, hommes moins <i>macho</i>
1994 Kuhn Afrique du Sud	Nb.=567 (à faible revenu) H/F, 12-30 ans	Quasi-expérimentale, 2 échantillons à coupe transversale, pré/post-test (15 %)	Méthodes participatives de conception et d'application du programme (2 semaines de travaux intensifs sur le sida)	Connaissance du sida et communication en hausse sur ce thème ; meilleure attitude envers les personnes atteintes du sida

formation pour les enseignants et le fait de prêter une plus grande attention aux problèmes relevant des différences liées au sexe.

Sur les huit programmes de santé de la reproduction à caractère général qui ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse, quatre ont été associés à des répercussions positives sur les comportements (Tableau 4). Un programme minutieusement

suivi qui a été réalisé à la Jamaïque parmi des garçons et des filles âgés de 11 à 14 ans et sexuellement actifs a ainsi mis en évidence l'utilisation accrue du préservatif à court terme, mais pas dans la durée. De même, des programmes menés au Chili, au Mexique et en Ouganda auprès de jeunes adolescents se sont traduits par la baisse de l'activité sexuelle et l'accroissement du recours aux contraceptifs. Les quatre autres

Tableau 4. Etablissements scolaires : Programmes d'éducation sur la santé de la reproduction

Année Auteur principal Pays	Taille de l'échantillon Population	Conception (% d'individus perdus de vue pendant le suivi)	Intervention (Durée et intensité, si les données sont disponibles)	Conclusions
2000/1998 Eggleston/Jackson Jamaïque	Nb.=945 H/F, 11-14 ans	Quasi-expérimentale, longitudinale, 10 étab., prétest/2 post-tests (24 %)	Cours d'éducation à la vie familiale (une session par semaine pendant un an)	Port du préservatif en hausse ; en mieux : attitudes vis-à-vis du sexe, du fait d'être parent et de la prévention de la grossesse (9 mois seulement)
2000 Gaffikin Brésil	Nb.=4.777 H/F (âges non déclarés)	Pré/post-test, groupe de contrôle apparié, 12 étab. (72 %)	Programme d'éducation sexuelle/SR** dans les disp., services de santé adaptés aux jeunes dans des instal. publiques	Hausse du nb. de jeunes recevant une information SR** de la part du personnel scolaire ou de professionnels de la santé
2000 Murray Chili	Nb.=4.238 H/F, de la 5 ^e à la terminale	Quasi-expérimentale, 5 étab., prétest/3 post-tests (3 %)	Enseignement dispensé dans le cadre d'un couplage école-dispensaire (appliqué sur 2 ans)	En hausse : connaissances sur la reproduction et les IST, recours aux contraceptifs par les femmes
1999 Shuey Ouganda	Nb.=400 H/F, 13-14 ans	Quasi-expérimentale, 38 étab. choisis au hasard, 10 élèves dans chaque, pré/post-test (0 %)	Cours sur la prise de décisions et la communication, avec la participation de la communauté	Baisse de l'activité sexuelle ; meilleure communication sur le sexe, abstinence bien vue
1997/1997 Mbizvo/Rusakaniko Zimbabwe	Nb.=1.689 H/F, âge moyen 14,5 ans	Expérimentale, répartition au hasard, 8 étab., prétest/2 post-tests (6 %)	Education sur la santé : distribution de matériel IEC* et organisation de conférences	En mieux : connaissances sur éjaculation nocturne, menstruation, grossesse et planification familiale
1995 Seidman Chili	Nb.=532 H/F, âge moyen : Contrôle 15,6 ans Intervent. 16,1 ans	Quasi-expérimentale, longitudinale, pré/post-test (0 %)	Cours Teen Star, prise de cs [†] de la fertilité/éducation sexuelle fondées sur les valeurs (18 cours, 8 derniers mixtes)	Prise de conscience accrue de la fertilité ; initiation à l'activité sexuelle en recul
1993 CEDPA, JHU/PCS Nigéria	Nb.=3.194 H/F, âge moyen : 14,3 ans (collège), 17,2 ans (lycée)	Quasi-expérimentale, longitudinale, 18 étab., pré/post-test (31%)	Cours sur la population/éducation à la vie familiale (462 profs formés aux méthodes participatives)	Meilleure attitude envers la monogamie et, chez les hommes, envers la taille de la famille
1989 Pick de Weiss Mexique	Nb.=491 H/F, âgés de 13,4 à 14,9 ans (fourchette)	Quasi-expérimentale, longitudinale, 3 étab., prétest/2 post-tests (15 %)	Cours « Planifier sa vie » (2 jrs de formation des profs, 12 sessions d'élèves, 2 sem. pendant 6 semaines)	En mieux : connaissances générales, auto-efficacité, perception du préservatif et accès à cette méthode

* IEC = information, éducation et communication ; ** SR = santé de la reproduction ; † cs = connaissances.

programmes avaient eu recours à diverses formules, par exemple l'adoption d'un cours officiel au Nigéria et la création de liens entre établissements scolaires et dispensaires au Brésil. Ces interventions ont entraîné un mieux sur le plan des connaissances, mais la fréquentation des dispensaires est restée limitée parmi les adolescents les plus jeunes.

Médias/marketing social

Les grands organes d'information tiennent une place de plus en plus importante dans la vie des jeunes. Ces moyens influents peuvent non seulement informer les jeunes et l'ensemble de la communauté sur la sexualité et la santé de la reproduction, mais aussi façonner leurs attitudes, leurs convictions et leurs comportements.

Tableau 5. Programmes médiatiques

Année Auteur principal Pays	Taille de l'échantillon Population	Conception (% d'individus perdus de vue pendant le suivi, si disponible)	Intervention (Durée, si disponible)	Conclusions
2001/1998 Kim/Kim Zimbabwe	Nb.=1.426 H/F, 10-24 ans	Quasi-expérimentale, 2 échantillons à coupe transversale, 7 sites, pré/post-test (2 %)	Radio, art dramatique, permanence téléphonique, formation de prestataires et de pair-éducateurs (6 mois)	En mieux : recours aux étab. SR*, contraception et préservatifs, refus des rapports, connaissances et discussions SR* ; un(e) seul(e) partenaire sexuel(le)
2000 Magnani Paraguay	Nb.=947 au départ Nb.=1.575 au suivi H/F, 15-19 ans	Quasi-expérimentale, 2 échantillons à coupe transversale, pré/post-test	Campagne médiatique, avec participation de pairs-éducateurs	En mieux : port du préservatif au 1 ^{er} rapport, connaissances et attitudes sur les questions liées à la SR*
Projet SMASH (Marketing social pour la santé sexuelle des adolescents), 4 pays				
1999 Van Rossem Cameroun	Nb.= 1.606 au départ Nb.=1.633 au suivi H/F, 12-22 ans	Quasi-expérimentale, 2 échantillons à coupe transversale, pré/post-test	Pairs-éducateurs, clubs de jeunes ds les étab. scolaires, médias et marketing social du préservatif (13 mois)	Moins de partenaires, initiation sexuelle en recul, 1 ^{er} rapport à un âge plus avancé ; usage du préservatif au moins une fois en hausse (femmes) comportements préventifs mieux compris, discussion de la SR*, perception des risques par les hommes
1999 Van Rossem Guinée	Nb.=2.016 au départ Nb.=2.005 au suivi H/F, 12-19 ans	Quasi-expérimentale, 2 échantillons à coupe transversale, pré/post-test	Pairs-éducateurs, médias, marketing social ciblé, activités récréatives, formation des prestataires (8 mois)	Usage du préservatif en hausse (hommes) et lors du dernier rapport (pas de changement pour les femmes)
1998 Meekers Afrique du Sud	Nb.=430 F, 17-20 ans (échantillon stratifié, données rapportées F seulement)	Quasi-expérimentale, 2 échantillons à coupe transversale, pré/post-test (10 %)	Elaboration de la participation des médias, formation de 70 pairs-éducateurs et parrainage de 300 points de distribution de préservatifs (34 mois)	Prise de connaissance accrue des risques de tomber enceinte, conviction que le préservatif est la meilleure protection contre le sida, usage au moins une fois du préservatif ; meilleures perceptions des barrières
1997 Meekers Botswana	Nb.=1.002 au départ Nb.=2.396 au suivi H/F, 13-18 ans	Quasi-expérimentale, pré/post-test	Points SR* conviviaux pour les jeunes, radio, presse écrite, sessions éducatives, marketing social, extension communautaire et ventes par les pairs (8 mois)	En hausse : auto-efficacité des hommes ; convictions suivantes chez les femmes : préservatif réduit le risque de sida, sida est incurable, relations sexuelles conduisent au mariage, abstinence protège

* SR = santé de la reproduction.

L'examen de six études rigoureusement conçues et d'autres complémentaires a conclu que le recours aux médias se révélait particulièrement efficace quand il était associé à d'autres activités d'appoint, par exemple l'utilisation de matériel éducatif, l'organisation de divertissements et la fourniture de services en matière de santé de la reproduction. De toute évidence, les interventions médiatiques influencent le niveau de connaissances et les attitudes des adolescents, mais les preuves de leur influence systématique et directe sur les comportements en matière de sexualité et de contraception sont moins nettes. Le Tableau 5 récapitule les études rigoureuses qui ont été menées sur ce genre de programmes. Quatre d'entre elles portaient sur un projet de marketing social en faveur de la santé sexuelle des adolescents (connu sous son sigle anglais SMASH) réalisé en Afrique du Sud, au Botswana, au Cameroun et en Guinée. En règle générale, ces études font ressortir la présence de changements au niveau des connaissances, mais

pas tant des comportements (Agha 2002). Le programme Arte y Parte (Paraguay) et Promotion of Youth Responsibility (Zimbabwe) ont abouti aux mêmes conclusions. Nonobstant ces résultats ambigus, les programmes de marketing social ont le potentiel d'atteindre un grand nombre de personnes. (Pour obtenir plus de renseignements sur le marketing social, voir page 20.)

Programmes communautaires et d'éducateurs de pairs

Les programmes communautaires recouvrent toute une gamme d'interventions, depuis les activités de sensibilisation menées à petite échelle aux efforts de mobilisation faisant participer de plus vastes segments de la communauté, jeunes y compris, à l'identification des besoins et à la conception de programmes adaptés. Les programmes communautaires s'attaquent à de nombreux facteurs qui influencent le comportement sexuel et reproductif des jeunes dans la mesure où ils encouragent leur participation et celle des

Tableau 6. Programmes communautaires

Année Auteur principal Pays	Taille de l'échantillon Population	Conception	Intervention (Durée, si disponible)	Conclusions
2001 Speizer Cameroun	Nb.=818 H/F, 10-25 ans	Quasi-expérimentale, pré/post-test, 1 membre par ménage admissible	Formation de pairs-éducateurs, discussions de groupe, référence des jeunes aux services, distribution de matériels de promotion (18 mois)	En hausse : recours aux méthodes modernes, port du préservatif au dernier rapport, connaissances solides de la contraception et des symptômes des IST
2001/2000 Brieger/Speizer Nigéria	Nb.=1.714 au départ Nb.=1.801 au suivi H/F, 12-24 ans	Quasi-expérimentale, longitudinale, pré/post-test, échantillons répartis au hasard : groupes de 100 dans 20 sites	Activités en milieu scolaire et extérieures, dont éducation par les pairs en liaison avec les organisations de la jeunesse (8 mois)	En hausse : recours aux méthodes de protection contre les IST (milieu scolaire slt), connaissances SR* et auto-efficacité (milieu scolaire, hommes), disposition à acheter les contraceptifs
2000 Levitt-Dayal Inde	Nb.=1.693 F, 15-26 ans	Quasi-expérimentale, post-test seulement, 1 site d'intervention/ 1 site de contrôle	Programme Better Life Options : création de revenus sources d'émancipation, éducation à la vie familiale (3 ans)	En hausse : contraception, âge au mariage, études secondaires complètes, accouchement à l'hôpital, capacité de prendre des décisions indépendantes
2000 Magnani Pérou	Nb.=6.962 H/F, 14-15 ans	Mêmes sujets enquêtés lors du prétest et du post-test	Projet pilote de formation de leaders de pairs en milieu scolaire et dans la communauté	Initiation sexuelle des hommes en recul ; recours accru à la contraception (hommes) au dernier rapport, connaissances sur l'ovulation et la grossesse

* SR = santé de la reproduction.

parents, des personnalités dirigeantes de la communauté et d'autres personnes. Les programmes d'épanouissement et les programmes d'éducateurs de pairs sont les deux principaux types d'interventions communautaires qui ont été passés en revue. Ils varient considérablement sur le plan tant de leur conception que de leurs objectifs.

Les programmes d'épanouissement se concentrent sur les choix de vie et les compétences, les aspirations scolaires, les possibilités de formation professionnelle et les besoins liés à la maturation psychosociale de l'individu. Qu'ils abordent directement la santé de la reproduction ou non, leurs composantes multiples se conjuguent pour promouvoir un style de vie sain. L'un de ces programmes, le projet Better Life Options mené en Inde (Levitt-Dayal, Tableau 6), appuie l'alphabétisation, la formation professionnelle et diverses autres activités pendant plusieurs années et il semble avoir des répercussions importantes sur maintes aspects de la santé de la reproduction. Il faut cependant noter

que cette étude était potentiellement biaisée parce qu'elle comparait des jeunes désireux d'y participer à d'autres qui ne voulaient pas en faire partie ; dès lors, les résultats positifs pourraient être attribués soit au programme lui-même, soit au biais de sélection. En outre, il faut poursuivre la recherche pour identifier les composantes de ces programmes qui sont susceptibles d'influencer les résultats au sujet de la santé de la reproduction et du VIH/sida.

Les programmes de pairs s'emploient à recruter et à former un groupe de jeunes capables de servir de modèles à émuler et de donner des informations à leurs pairs, de les orienter vers les services nécessaires et de leur fournir des contraceptifs. En règle générale, ces programmes comportent plusieurs éléments qui sont importants pour la promotion et le développement de la santé : forte identification avec l'environnement social et culturel du groupe ciblé, promotion des normes sociales et des valeurs qui s'inscrivent dans le droit fil des attitudes positives et des

Tableau 7. Programmes sur le lieu de travail

Année Auteur principal Pays	Taille de l'échantillon Population	Conception (% d'individus perdus de vue, pendant le suivi, si disponible)	Intervention (Durée, si disponible)	Conclusions
2000 FOCUS, CARE Cambodge	Nb.=1.072 F, âge moyen 20 ans (ouvrières en usine, milieu urbain)	Quasi-expérimentale, groupe de contrôle apparié, pré/post-test	Education SR* avec apprentissage et action à caractère participatif	Davantage de discussion entre amis au sujet du préservatif ; contraception et risques de la grossesse mieux compris
1998 Celentano Thaïlande	Nb.=2.417 (1991) Nb.=1.669 (1993) H, 19-23 ans (appelés thaïlandais)	Cohortes prospectives : 1991, 1993	« Préservatif à 100 % » : programme de distribution dans les maisons closes, interviews, examen sérologique tous les 6 mois (2 ans)	Usage systématique du préservatif en hausse ; recul des comportements à risque (1993), de l'incidence d'IST et de VIH, et du nb. de visites dans les maisons closes
1995 Bhave Inde	Nb.=514 F, 15-25 ans (prostituées)	Quasi-expérimentale, longitudinale, pré/post-test (0 %)	Education des propriétaires de maisons closes et de prostituées au moyen de vidéos, discussions et aides visuelles (6 mois)	Meilleure compréhension du VIH/sida, probabilité accrue d'insister sur le port du préservatif
1995 Cash Thaïlande	Nb.=252 F, 15-24 ans (ouvrières en usine, célibataires)	Quasi-expérimentale, longitudinale, 4 sites, pré/post-test (18 %)	Matériel de prévention du sida ; éducation par des agents de santé et par des pairs-éducateurs	Toutes les interventions ont amélioré les attitudes, les connaissances et l'intention d'adopter des comportements protecteurs

* SR = santé de la reproduction.

comportements bons pour la santé, et participation des jeunes aux programmes qui sont conçus pour eux. Ces programmes misent sur le fait que beaucoup de jeunes préfèrent nouer des contacts avec des gens comme eux et qu'ils disent se tourner principalement vers leurs pairs quand ils ont des questions sur la santé de la reproduction.

Trois programmes de pairs comportaient une forte composante recherche (Tableau 6). Au Pérou, un programme s'est traduit par l'amélioration du niveau des connaissances et des attitudes, la diminution de la proportion des jeunes gens sexuellement actifs et l'utilisation accrue des contraceptifs lors du dernier rapport. Le programme intitulé West African Youth Initiative, mené au Nigéria et au Ghana, a réussi à réduire les comportements sexuels à risque dans la zone d'intervention, son influence s'étant fait sentir beaucoup plus sur les jeunes qui étaient scolarisés que sur les autres. Au Cameroun, le programme Entre Nous Jeunes s'est soldé par le recours accru au préservatif. Dans l'ensemble, les études ont constaté que les programmes avaient un maximum d'effet sur les jeunes qui fréquentaient l'école.

Si ces programmes ont effectivement enregistré des résultats positifs, l'examen de l'ensemble des données disponibles amène à conclure que les programmes de pairs ne se sont pas révélés capables de s'inscrire dans la durée, d'avoir un bon rapport coût-efficacité ni de surmonter le biais de sélection. C'est peut-être sur les éducateurs de pairs, et non sur les jeunes contactés au sein de la population cible, que ces programmes font peut-être le plus d'effet. En outre, les jeunes ont tendance à contacter d'autres jeunes qui leur ressemblent, ce qui signifie qu'il faut recruter les éducateurs de pairs dans divers milieux pour pouvoir atteindre un large éventail de groupes.

Programmes sur le lieu de travail

Les programmes liés au lieu de travail offrent aux jeunes des informations et des services soit sur place, soit accessibles par le biais de leur employeur. Souvent fondés sur le principe de l'éducation par les pairs, ces programmes sont mis en place dans des usines, des services militaires, des hôtels, des plantations, des navires de la marine marchande et des maisons closes. Sous l'effet de conditions causées par la pauvreté

et les ravages du sida qui poussent un nombre croissant de jeunes dans le monde du travail, et maintenant que les employeurs commencent à s'inquiéter davantage de la santé de leurs employés et de leurs clients, les programmes sur le lieu de travail s'avèrent de plus en plus importants. Ils permettent d'atteindre les jeunes non scolarisés, lesquels, étant relativement peu instruits, sont plus susceptibles que les autres jeunes de pratiquer des comportements sexuels à risque. Certains jeunes travailleurs passent pour courir un risque accru de VIH parce qu'ils font de nombreux déplacements professionnels ou que leurs fonctions les amènent à pratiquer des comportements qui leur font courir des risques.

Quatre programmes mettent en évidence des répercussions nuancées sur le niveau de connaissances, les attitudes et les comportements (Tableau 7). Un programme réalisé au Cambodge parmi des couturières, par exemple, a entraîné l'amélioration des connaissances sur les questions de santé de la reproduction. Au vu du nombre élevé de non-réponses à une enquête qui s'insérait dans l'étude, il n'a pas été possible d'évaluer les effets sur le comportement. En Thaïlande, dans le cadre d'un programme national visant à encourager « le port du préservatif à 100 % » dans les maisons closes, un projet parmi de jeunes soldats thaïlandais s'est soldé par la modification substantielle des comportements et les IST sont devenues dix fois moins nombreuses. Une campagne de prévention de ces infections auprès de jeunes prostitué(e)s en Inde a permis de ralentir la progression des cas d'infection à VIH. Exception faite de la Thaïlande, les faits recueillis dans le cadre de ces études n'étaient pas suffisants pour que l'on puisse en tirer de grandes conclusions. Il n'a été possible dans aucune des études, y compris celle faite en Thaïlande, de déterminer la portée des interventions liées au lieu de travail par rapport aux autres facteurs concomitants.

Dès lors, il y a lieu d'approfondir la recherche sur ces interventions de façon à déterminer la meilleure manière d'atteindre les jeunes qui ne fréquentent pas l'école. Les programmes menés sur le lieu de travail se révèlent prometteurs dans les régions où un pourcentage important de jeunes font partie du secteur structuré de l'économie. C'est le cas dans certaines parties d'Amérique latine et d'Asie, ainsi que dans des populations spécialisées, appelés et prostitué(e)s, par exemple. Il faut toutefois noter qu'aucune étude n'a donné la preuve de son efficacité auprès des jeunes en général.

Chapitre 5. Accroître le recours aux services de santé de la reproduction

En règle générale, il s'est révélé difficile d'amener les adolescents des pays en développement, en particulier en Afrique et en Asie, de se rendre dans les dispensaires. Les jeunes sont bien portants la plupart du temps et ils n'ont guère besoin des services qui y sont dispensés. En outre, toutes sortes d'obstacles dissuadent les jeunes, et surtout les célibataires, de s'y rendre : crainte de l'atteinte à leur intimité et au principe de confidentialité, peur et gêne, attitudes et actions des membres du personnel (réprimandes et leçons de morale), coût des services, lois et politiques qui compliquent les prestations de service pour les jeunes, caractère peu pratique des horaires, distance des établissements et médiocrité des moyens de transport.

Pourtant, les jeunes ont des besoins importants en matière de santé de la reproduction et ils optent souvent pour d'autres solutions, par exemple en se tournant vers les pharmacies, les remèdes de bonne femme, les contraceptifs et abortifs traditionnels, les amis et la famille, l'avortement clandestin et les médicaments contre les IST qui sont en vente libre.

Parmi les principaux types de programmes qui cherchent à accroître le recours aux services de santé de la reproduction et produits connexes par les jeunes, trois concernent des établissements sanitaires : ils portent sur les services conviviaux pour les jeunes, les maisons des jeunes et le couplage école-dispensaire. D'autres concernent le marketing social et les médias, les efforts d'extension et les initiatives du secteur privé.

Services conviviaux pour les jeunes

En règle générale, ce terme s'applique aux programmes qui cherchent à améliorer l'accès aux services de santé de la reproduction et leur qualité, plus précisément en les rendant plus acceptables pour les adolescents. En améliorant les services, les programmes espèrent que les jeunes auront envie de se rendre dans leurs établissements.



L'évaluation de l'efficacité des services conviviaux pour les jeunes est limitée. On note trois études rigoureusement conçues qui mettaient en jeu des dispensaires, certains ayant fait l'objet d'interventions et d'autres servant de contrôle (Tableau 8). De ces études, il ressort que les efforts visant à accroître la convivialité des services cliniques pour les jeunes n'ont généralement pas réussi à attirer un nombre croissant d'entre eux, encore que les clients satisfaits semblent revenir dans les dispensaires pour les soins de suivi. Pourtant, nos connaissances anecdotiques suggèrent que les grands programmes non gouvernementaux, bien établis, sont capables de faire venir les jeunes

dans les dispensaires quand ils mettent d'importants moyens en jeu en ce sens. En outre, quand les programmes comportent des activités communautaires ayant pour but de modifier la façon dont les installations et les prestataires sont perçus, les dispensaires semblent parvenir dans une certaine mesure à atteindre les jeunes.

Pour sa part, le projet FOCUS est arrivé à la conclusion suivante : s'il est important de continuer d'améliorer les services cliniques offerts aux jeunes, le fait est que les services conviviaux pour les jeunes les plus prometteurs pourraient bien relever du secteur privé, par exemple des pharmacies. Les retombées des services dispensés en dehors des cliniques méritent d'être étudiées davantage.

Maisons des jeunes

La santé de la reproduction fait souvent partie des nombreux services que proposent les maisons des jeunes. Celles-ci comportent généralement

des composantes loisirs, éducation et parfois formation professionnelle, et elles dispensent aussi dans un cadre convivial une information, un counseling et des services en matière de santé de la reproduction. Dans l'idéal, les maisons des jeunes offrent un environnement positif dans lequel les jeunes ont accès au counseling, aux contraceptifs, à des services cliniques de prévention et à des soins. En outre, elles peuvent mettre en contact des jeunes avec des pairs qui ont une bonne influence, établir un contact entre eux et une institution, et faciliter le mentorat.

Une étude qui comportait un plan de recherche rigoureux a analysé l'incidence d'une certaine maison des jeunes à Lomé, au Togo (Tableau 8). Elle a constaté que celle-ci n'avait guère d'influence sur les connaissances ou les pratiques liées à la santé de la reproduction. A partir d'analyses de situation concernant des maisons des jeunes au Ghana, au Kenya et au Zimbabwe, le Population Council a conclu récemment que

Tableau 8. Services conviviaux pour les jeunes et maisons des jeunes

Année Auteur principal Pays	Taille de l'échantillon Population	Conception	Interventions (Durée, si disponible)	Conclusions
Services conviviaux pour les jeunes et maisons des jeunes				
2001 Institut de la SR Equateur	Clients adolescents (taille d'échantillon non déclarée)	Pré/post-test dans 5 dispensaires d'intervention et 4 témoins	Educations, counseling et services cliniques (1 an)	Augmentation du nombre de clients qui reviennent
2000 Moyo Zimbabwe	Nb.=250 au départ Nb.=606 au suivi H/F, 12-24 ans (célibataires)	Pré/post-test, 2 enquêtes à coupe transversale, autres évaluations	Réunions communautaires, protocoles SCJ [†] dans les disp., formation des infirmières, éducation par les pairs et rénovation d'une maison des jeunes	En mieux : communication sur le thème du sexe et attitudes des femmes vis-à-vis du préservatif ; diminution de la consumma- tion de tabac et de drogues
2000 Nelson Zambie	Nb.=10 installations publiques en milieu urbain et péri-urbain	Série temporelle, 8 dispen- saires d'intervention/2 de côntrole	Protocoles SCJ [†] dans les disp., services, formation des prestataires et des pairs- éducateurs	Recours accru aux services
Maisons des jeunes				
2001 Kouwonou Togo	Nb.=2.083 H/F, 10-24 ans	Prétest/2 post-tests avec possibilité de réapparition des mêmes sujets d'étude	Services cliniques pour les jeunes, counseling, IEC*, enseignement professionnel, cours d'alphabétisation	Accroissement des connaissances sur le préservatif

*IEC = information, éducation et communication. †SCJ = services conviviaux pour les jeunes.

ces établissements étaient principalement fréquentés par les garçons et les hommes en quête de détente et que les hommes et les femmes qui avaient recours aux services de santé de la reproduction avaient tendance à être plus âgés que le groupe ciblé. En outre, l'une des études a révélé que les maisons des jeunes semblaient être une option relativement coûteuse pour dispenser des services de santé de la reproduction parce qu'elles sont surtout utilisées pour les loisirs. De même, l'expérience acquise au Mexique indique que ces établissements sont trop coûteux lorsqu'on cherche à atteindre un grand nombre de jeunes. Dans certains cas, les programmes ont pris des mesures visant à corriger cet état de fait.

Couplage école-dispensaire

Les services de santé de la reproduction sont parfois liés aux établissements scolaires, soit par le biais d'un système de référence qui permet d'orienter les élèves vers les installations sanitaires voulues et d'autres points de service, soit dans le cadre d'antennes installées dans les locaux scolaires. L'introduction de cours sur la santé de la reproduction peut contribuer à surmonter certaines des barrières psychosociales et administratives qui sont associées aux dispensaires. De surcroît, le couplage école-dispensaire fait que les élèves pourraient avoir accès à une gamme plus complète de services (diagnostic et traite-

ment des IST y compris) que s'ils se tournaient vers les pharmacies et les agents des services à base communautaire.

Trois programmes couplés comportaient un plan de recherche rigoureux (Coplan, Tableau 2 ; Gaffikin, Tableau 4 ; Murray, Tableau 4). Ces trois études donnent à penser que les couplages peuvent avoir un effet positif. Un projet mené au Nigéria (Coplan) a formé des médecins du secteur privé dans les quartiers près des écoles pour leur apprendre à parler aux jeunes des IST et à encourager ces derniers à se faire soigner. Dans l'ensemble, cependant, les jeunes n'ont pas afflué vers les dispensaires liés aux établissements scolaires. Il convient d'explorer de manière plus poussée les liens entre les écoles et les systèmes de prestation de services, y compris les liens vers les dispensaires, les praticiens du secteur privé et les sources commerciales ; la distribution de contraceptifs par les pairs ; et d'autres types de points de distribution à l'intérieur même des établissements scolaires.

Marketing social/médias

Par marketing social, on entend les interventions de promotion de la santé qui utilisent des techniques empruntées au monde publicitaire, aux études de marché et aux sciences sociales. Les techniques de marketing social visent à promouvoir



et à accroître le recours aux produits bénéfiques pour la société (tels les préservatifs), à élargir l'accès aux services de santé et à favoriser la modification des comportements et des pratiques en rapport avec la santé. Les médias, qui constituent un important moyen de communication dans la plupart de ces interventions, exercent une influence considérable sur les normes et les valeurs des jeunes. Les campagnes de marketing social qui ont recours aux médias peuvent promouvoir les services et les produits offerts aux jeunes par le biais des pharmacies, des dispensaires et d'autres entités communautaires – et améliorer la disponibilité de ces produits dans tous ces endroits. Avant de mettre en place des interventions visant la communication et le marketing, il faut identifier les groupes qui seront ciblés (par tranche d'âge, sexe, etc.) et le type de messages qui pourrait les amener à modifier leurs comportements.

Deux études consacrées à des programmes de marketing social étaient conçues de manière particulièrement rigoureuse. Les conclusions du projet SMASH se fondent sur les résultats d'études effectuées en Afrique du Sud, au Botswana, au Cameroun et en Guinée (Tableau 5). S'il a réussi à modifier certains chiffres effectifs concernant la santé de la reproduction, ce projet a simplement influé sur l'utilisation du préservatif parmi les jeunes des deux sexes en Guinée. Ce résultat pourrait tenir à plusieurs facteurs : l'évaluation a suivi une brève période d'intervention ; certains pays ont fourni des données à caractère limité ; et les adolescents étaient soucieux de prévenir la grossesse plus que les IST.

L'autre étude rigoureuse (Kim, Tableau 5) vient étayer l'idée que le couplage de services conviviaux pour les jeunes aux activités médiatiques et communautaires serait peut-être une meilleure façon d'accroître le recours aux services que le fait de se contenter de proposer des services conviviaux en l'absence d'activités de soutien.

Ces études, et plusieurs autres moins rigoureuses, apportent des preuves limitées de la capacité qu'ont les programmes de marketing social faisant intervenir les médias d'encourager les jeunes à solliciter des services de santé.

Extension communautaire

Certains programmes ont tenté d'implanter les services de santé de la reproduction et les services connexes liés au VIH dans la communauté pour le bienfait des jeunes au lieu d'essayer de faire venir les jeunes vers les programmes. Les programmes d'extension communautaire revêtent diverses formes : déploiement de travailleurs provenant d'installations sanitaires, couplage avec des programmes communautaires existants en faveur des jeunes et fourniture de services dans un cadre non clinique. C'est une façon de canaliser l'information par le biais d'une myriade d'influences et de stimuli auxquels les jeunes sont sensibles. Les programmes d'extension communautaire peuvent éventuellement atteindre les jeunes qui sont non scolarisés, célibataires, marginalisés ou difficiles à contacter pour d'autres raisons. En outre, ces programmes éliminent l'obstacle que constitue la distance des services et ils peuvent mieux surmonter la méfiance et l'aliénation que ressentent beaucoup de jeunes difficiles à atteindre.

Les campagnes de marketing social qui ont recours aux médias peuvent promouvoir les services et les produits offerts aux jeunes par le biais des pharmacies, des dispensaires et d'autres entités communautaires.



Le projet FOCUS a identifié une seule étude d'extension communautaire qui comportait une solide évaluation, à savoir le projet Better Life Options mené en Inde (Levitt-Dayal, Tableau 6, et discussion page 16). D'autres indications donnent à penser que les efforts visant les jeunes mariés et les étudiants pourraient accroître le recours aux services. Les stratégies d'extension communautaire pourraient bien avoir un effet salubre dans ce domaine, mais la recherche doit continuer.

Secteur privé

Les initiatives relevant du secteur privé mettent en jeu les médecins, le personnel infirmier, les infirmières sages-femmes, les sages-femmes, les pharmaciens et toutes les autres personnes qui dispensent une information et des services aux jeunes en matière de santé de la reproduction. Le secteur privé offre aux jeunes les moyens de recevoir une information et des services de manière relativement anonyme. L'analyse de données recueillies dans le cadre des Enquêtes démographique et de santé (EDS) a confirmé qu'une part importante de jeunes du monde entier se tournaient vers le secteur privé pour recevoir des services liés à la santé de la reproduction (Murray 2003).

L'examen entrepris par FOCUS s'est heurté à la paucité de la recherche concernant les retombées des programmes qui encouragent les prestataires du secteur privé à proposer aux jeunes des services liés à la santé de la reproduction et au VIH, et aucune évaluation rigoureuse n'a été mise en évidence. Quelques exemples d'interventions du secteur privé ont été notées, par exemple la création d'un partenariat en Russie par la société Procter and Gamble et dans le cadre duquel des enseignants étaient formés à la présentation d'information de base sur la santé de la reproduction, après quoi des échantillons de serviettes hygiéniques et de tampons étaient distribués aux jeunes filles. Citons encore l'action menée auprès d'infirmières et de sages-femmes en Zambie, l'établissement d'un réseau de dispensaires à Madagascar, un projet de distribution de bons de service au Kenya et un programme à l'intention des sages-femmes au Ghana.

Le respect de leur intimité et la confidentialité sont deux choses auxquelles les jeunes tiennent plus que tout et sur lesquelles ils insistent dans le contexte des services de santé de la reproduction. Ils veulent aussi que les fournitures soient faciles d'accès et ils se disent prêts à payer pour en avoir. Beaucoup de jeunes comptent déjà sur le secteur privé pour satisfaire leurs besoins dans le domaine de la santé. A cet égard, la mise en œuvre de nouvelles initiatives revêt une importance certaine parce qu'elle laisse envisager l'élargissement de l'accès des jeunes aux services de santé de la reproduction dans des sites supplémentaires.

Chapitre 6. Recommandations

Dans un monde idéal, les pays seraient dotés de solides politiques d'appoint, de canaux efficaces de communication pour informer et éduquer les jeunes sur la santé de la reproduction et la prévention du VIH/sida, et de toute une panoplie de services afférents qui ménagent les sensibilités culturelles. Cependant, dans un monde où les ressources sont rares, les pays doivent s'en remettre aux leçons tirées des politiques et des programmes efficaces. Bien qu'elle ne cesse de croître, cette base de connaissances demeure insuffisante.

La recherche récapitulée dans les chapitres 3 à 5 fait ressortir six conclusions au sujet des types de programmes de santé de la reproduction qui sont efficaces et qui méritent d'être poursuivis, au vu des ressources limitées qui sont disponibles. Ainsi convient-il :

- *de mener une action continue et de grande envergure en vue d'appuyer les efforts engagés en faveur de la santé de la reproduction des jeunes.* L'évaluation des politiques et leur dissémination dans la population nécessitent un financement et une assistance technique accrus. En outre, il s'agit de favoriser la coordination multisectorielle, laquelle apporte un concours précieux à l'appui de l'adoption de politiques plus solidaires des jeunes (Chapitre 3) ;
- *de dispenser à l'école un enseignement bien conçu sur la santé de la reproduction.* Si la recherche démontre la valeur des interventions en milieu scolaire, des études supplémentaires s'imposent en vue d'affiner la conception de ces stratégies (Chapitre 4) ;
- *d'encourager le port du préservatif par le biais de programmes de marketing social et de programmes médiatiques.* Les programmes de marketing social présentent l'intérêt d'être un outil potentiel de grande valeur pour atteindre les jeunes, d'influencer leur niveau de connaissances et, dans certains cas, semblent même d'avoir une influence sur leurs comportements (Chapitres 4 et 5) ;

Principes de la recherche, des interventions et des politiques

- Faire participer les jeunes adultes de manière constructive au dialogue sur la santé de la reproduction les concernant et aux programmes et politiques sur ce thème.
- Insister sur l'abstinence, la réduction du nombre de partenaires, le port du préservatif et la nécessité d'une double protection contre le VIH/sida et les IST d'une part, et contre la grossesse de l'autre.
- S'attaquer explicitement à la question des différences liées au sexe.
- Identifier l'assortiment de politiques et de programmes le mieux adapté à la population ciblée.
- Concevoir des programmes polyvalents qui tiennent compte de la multiplicité des besoins des jeunes.
- Envisager l'élargissement des projets dès le stade de leur conception.
- Intégrer d'emblée les activités de suivi et d'évaluation.

- *d'entreprendre des initiatives communautaires de grande envergure.* L'encouragement des éducateurs de pairs, la distribution de contraceptifs à base communautaire et d'autres types d'initiatives se révèlent des techniques prometteuses pour atteindre les jeunes, mais il faut approfondir la recherche sur leur rapport coût-efficacité, leurs retombées et la conception des programmes (Chapitres 4 et 5) ;
- *de faire fond sur la promesse des services conviviaux pour les jeunes. Il convient d'élargir le concept de la convivialité des services en y incluant les services du secteur privé, notamment des pharmacies, où les jeunes semblent se sentir plus à l'aise.* D'autres programmes à base communautaire doivent trouver les moyens d'attirer les jeunes vers les services de santé de la reproduction. La recherche est mixte en ce qui concerne l'utilité des moyens mis en œuvre pour attirer les jeunes vers les dispensaires. Il n'empêche pour autant que les tentatives visant à accroître la convivialité de ces établissements pour les jeunes présentent une utilité certaine dans les programmes dotés de solides efforts d'extension (Chapitre 5) ;
- *et de renforcer les programmes d'éducation par les pairs.* Ces programmes, populaires dans de nombreux projets ciblant les jeunes, ne sont peut-être pas rentables ni susceptibles d'être maintenus dans la durée, mais les jeunes comptent beaucoup sur leurs pairs. Une recherche supplémentaire s'impose pour comprendre comment on peut améliorer l'efficacité et la viabilité de ce genre d'interventions (Chapitre 5).

Par ailleurs, FOCUS a cerné d'autres domaines susceptibles de bénéficier de travaux de recherche et d'interventions supplémentaires. Dans tous les aspects des programmes, il convient de prêter une attention accrue à la question des coûts et de la viabilité, à la nécessité d'élargir les projets de petite envergure à l'échelle régionale et nationale ainsi qu'au renforcement de la capacité des organismes de dispenser des services soutenus. A ces recommandations on pourrait ajouter les suivantes : accorder une importance accrue aux liens entre les politiques, aux normes sociales, aux facteurs contextuels, aux programmes en faveur de la jeunesse et à la santé de la reproduction des jeunes (Chapitre 3) ; nouer des contacts entre les programmes de santé de la reproduction et d'autres activités visant également les jeunes (Chapitre 5) ; amener le secteur privé et le secteur commercial à intensifier leur participation aux programmes sur la santé de la reproduction des jeunes, y compris en ce qui concerne les programmes sur le lieu de travail et la prestation de soins de santé dans le secteur privé (Chapitre 5).



Références

Abolfotouh MA. The impact of a lecture on AIDS on knowledge, attitudes, and beliefs of male school-age adolescents in the Asir region of southwestern Saudi Arabia. *J Community Health* 1995;20(3):271-81.

Agha S. A quasi-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in sub-Saharan Africa. *Int Fam Plann Perspect* 2002;28(2):67-70, 113-18.

Antunes MC, Stall RD, Paiva V, et al. Evaluating an AIDS risk reduction program for young adults in public night schools in Sao Paulo, Brazil. *AIDS* 1997;11(Suppl 1):S121-27.

Aplasca MR, Siegel D, Mandel JS, et al. Results of a model AIDS prevention program for high school students in the Philippines. *AIDS* 1995;9(Suppl 1):S7-13.

Bhave G, Lindan CP, Hudes ES, et al. Impact of an intervention on HIV, sexually transmitted diseases, and condom use among sex workers in Bombay, India. *AIDS* 1995;9(Suppl 1):S21-30.

Brieger WR, Delano GE, Lane CG, et al. West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health program. *J Adolesc Health* 2001;29(6):436-46.

Caceres F, Rosasco AM, Mandel JS, et al. Evaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Peru. *J Adolesc Health* 1994;15(7):582-91.

Cash K, Anasuchatkul B, Busayawong W. *Experimental Educational Interventions for AIDS Prevention Among Northern Thai Single Migratory Factory Workers. Women and AIDS Research Program Research Report Series No. 9.* Washington, DC: International Center for Research on Women, 1995.

Celentano DD, Nelson KE, Lyles CM, et al. Decreasing incidence of HIV and sexually transmitted diseases in young Thai men: evidence for success of the HIV/AIDS Control and Prevention Program. *AIDS* 1998;12(5):F29-36.

Centre for Developmental and Population Activities, John Hopkins University/Population Communications Services, Nigerian Educational Research and Developmental Council. *Evaluation of Population/Family Life Education Programme in Secondary Schools in Nigeria.* Washington, DC: Centre for Developmental and Population Activities, 1993.

Coplan P, Okonofua EE, Temin, JT. Sexual behavior and health care-seeking behavior for sexually transmitted diseases among Nigerian youth. Unpublished paper.

Eggleston E, Jackson J, Rountree W, et al. Evaluation of a sexuality education program for young adolescents in Jamaica. *Pan Am J Public Health* 2000;7(2):102-12.

Fawole IO, Asuzu MC, Oduntan SO, et al. A school-based AIDS education programme for secondary school students in Nigeria: a review of effectiveness. *Health Educ Res* 1999;14(5):675-83.

Fitzgerald A, Stantan B, Terrieri N, et al. Use of Western-based HIV risk-reduction interventions targeting adolescents in an African setting. *J Adolesc Health* 1999;25(1):52-61.

FOCUS on Young Adults, CARE International-Cambodia. *Impact of an Adolescent Reproductive Health Education Intervention Undertaken in Garment Factories in Phnom Penh, Cambodia.* Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.

Gaffikin L, Magnani R, Aquino EML, et al. *Evaluation of an Integrated Adolescent Sexuality Education/Health Service Provider Training Pilot Project in Salvador, Bahia, Brazil.* Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.

Harvey B, Stuart J, Swan T. Evaluation of a drama-in-education programme to increase AIDS awareness in South African high schools: a randomized community intervention trial. *Int J STD AIDS* 2000;11(8):105-11.

Institute for Reproductive Health. *Reaching Adolescents at Family Planning Clinics: Applying the Reproductive Health Awareness Model. The Awareness Project Research Update.* Washington, DC: Institute for Reproductive Health, Georgetown University Medical Center, 2001.

Jackson J, Leitch J, Lee A, et al. *The Jamaica Adolescent Study: Final Report.* Kingston, Jamaica and Research Triangle Park, NC: University of West Indies and Family Health International, 1998.

Kim YM, Kols A, Nyakauru R, et al. Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe. *Int Fam Plann Perspect* 2001;27(1):11-19.

Kim YM, Marangwanda C, Nyakauru R, et al. *Impact of the Promotion of Youth Responsibility Project Campaign on Reproductive Health in Zimbabwe.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University/Center for Communication Programs, 1998.

Klepp K-I, Ndeki SS, Leshabari MT, et al. AIDS education in Tanzania: promoting risk education among primary school children. *Am J Public Health* 1997;87(12):1931-36.

- Klepp K-I, Ndeki SS, Seha AM, et al. AIDS education for primary school children in Tanzania: an evaluation study. *AIDS* 1194;8(8):1157-62.
- Kouwonou K, Amegee K. *Evaluation de la Connaissance de l'Attitude et de la Pratique Sexuelle des Jeunes de Lomé: Enquête Evaluation de Centre des Jeunes de l'ATBEF à Lomé, EVACJEUNE2*. New Orleans, LA: FOCUS on Young Adults/Tulane University School of Public Health, 2001.
- Kuhn L, Steinberg M, Mathews C. Participation of the school community in AIDS education: an evaluation of a high school programme in South Africa. *AIDS Care* 1994;6(2):161-71.
- Levitt-Dayal M, Motihar R. *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment*. Washington, DC: Centre for Developmental and Population Activities, 2000.
- Magnani R, Gaffikin L, Espinoza V, et al. *Evaluation of 'Juventud Es Salud': An Adolescent and Sexual Health Peer Education Program Implemented in Six Departments in Peru*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.
- Magnani R, Robinson A, Seiber E, et al. *Evaluation of 'Arte y Parte': An Adolescent Reproductive Health Communications Project Implemented in Asunción, San Lorenzo and Fernando de la Mora, Paraguay*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.
- Mbizvo MT, Kasule J, Gupta V, et al. Effects of a randomized health education intervention on aspects of reproductive health knowledge and reported behaviour among adolescents in Zimbabwe. *Social Sci Med* 1997;44(5):573-77.
- Meekers D. *The Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent Reproductive Health: The Case of Soweto, South Africa. Working Paper No. 16*. Washington, DC: Population Services International, 1998.
- Meekers D, Stallworthy G, Harris J. *Changing Adolescents' Beliefs About Protective Sexual Behavior: The Botswana Tsa Banana Program. Working Paper No. 3*. Washington, DC: Population Services International, 1997.
- Moyo I, Bond K, Williams T, et al. *Reproductive Health Antecedents, Attitudes, and Practices among Youth in Gweru, Zimbabwe*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.
- Munodawafa D, Marty PJ, Gwede C. Effectiveness of health instruction provided by student nurses in rural secondary schools of Zimbabwe: a feasibility study. *Int J Nursing Stud* 1995;32(1):27-38.
- Murray N, Toledo V, Luengo X, et al. *An Evaluation of an Integrated Adolescent Development Program for Urban Teenagers in Santiago, Chile*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 2000.
- Murray NJ, Chatterji M, Dougherty L, et al. *Are Adolescents and Young Adults More Likely than Older Women to Choose Commercial and Private Sector Providers of Modern Contraception?* Washington, DC: Futures Group International/Policy Project, 2003.
- 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, 2000.
- Pick de Weiss S, Palos PA. Development and longitudinal evaluation of comparative sex education courses. Unpublished paper. U.S. Agency for International Development and Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, 1989.
- Rusakaniko S, Mbizvo MT, Kasule J, et al. Trends in reproductive health knowledge following a health education intervention among adolescents in Zimbabwe. *Central African J Med* 1997;43(1):1-6.
- Seidman M, Vigil P, Klaus H, et al. Fertility awareness education in the schools: a pilot program in Santiago, Chile. *American Public Health Association Annual Meeting*, San Diego, CA, October 31, 1995.
- Shuey DA, Babishangire BB, Omiat S, et al. Increased sexual abstinence among in-school adolescents as a result of school health education in Soroti District, Uganda. *Health Educ Res* 1999;14(3):411-19.
- Speizer I, Heller G, Brieger W. *Survey Findings from the West African Youth Initiative Project: Final Evaluation of Peer Educator Intervention*. New York, NY: Rockefeller Foundation, 2000.
- Speizer I, Tambashe B, Tegang P. *Evaluation of the 'Entre Nous Jeunes' Peer Education Program for Adolescents in Cameroon*. Family Health and AIDS in West and Central African Project, 2001.
- Stanton B, Li X, Kahihuata J, et al. Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: a randomized, longitudinal study. *AIDS* 1998;12(18):2473-80.
- Thongkrajai E, Stoeckel J, Kievying M, et al. *AIDS Prevention among Adolescents: An Intervention Study in Northeast Thailand. Women and AIDS Research Program Report Series No 1*. Washington, DC: International Center for Research on Women, 1994.
- Van Rossem R, Meekers D. *An Evaluation of the Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent and Young Adult Reproductive Health in Cameroon. Working Paper No. 19*. Washington, DC: Population Services International, 1999.
- Van Rossem R, Meekers D. *An Evaluation of the Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent and Young Adult Reproductive Health in Guinea. Working Paper No. 23*. Washington, DC: Population Services International, 1999.
- Wilson D, Mparadzi A, Lavelle S. An experimental comparison of two AIDS prevention interventions among young Zimbabweans. *J Soc Psychol* 1991;132(3):415-17.

Coordination éditoriale : Suzanne Fischer

Responsable de la publication en français : Mary Bean

Conception : Erica King

Coordination/édition photographies : Karen Dickerson

Imprimerie : Graphics Ink

Auteurs des photographies :

Couverture Richard Lord

page 3 Beryl Goldberg

page 5 Beryl Goldberg

page 6 David Mangurian/Banco Interamericano de Desarrollo

page 8 Richard Lord

page 10 Matthew Tiedemann/FHI

page 17 Beryl Goldberg

page 18 Irina Yacobson/FHI

page 20 Bill Finger/FHI

page 21 Bill Finger/FHI

page 24 Carlos D. Conde/Banco Interamericano de Desarrollo

Pour tout renseignement,
veuillez contacter :

YouthNet

2101 Wilson Boulevard
Suite 700
Arlington, VA 22201 Etats-Unis

téléphone
(703) 516-9779

fax
(703) 516-9781

courriel
youthnet@fhi.org

site Web
www.fhi.org/youthnet



**Deloitte
Touche
Tohmatsu**

