

PERSPECTIVES

revue trimestrielle
d'éducation comparée

NUMÉRO CENT VINGT-DEUX

DOSSIER

L'ÉDUCATION POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

Rédacteur invité :
INON SCHENKER

UNESCO
BUREAU INTERNATIONAL D'ÉDUCATION

Vol. XXXII, n° 2, juin 2002

Les articles signés expriment l'opinion de leurs auteurs et non pas nécessairement celle de l'UNESCO/BIE ou de la rédaction. Les appellations employées dans *Perspectives* et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'UNESCO aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de la revue à :
Rédacteur en chef,
Perspectives, Bureau international d'éducation, Case postale 199, 1211 Genève 20, Suisse.

Pour en savoir plus sur le Bureau international d'éducation, ses programmes, ses activités, ses publications, on pourra consulter la page d'accueil du BIE sur Internet : <http://www.ibe.unesco.org>

Publié en 2002 par le Bureau international d'éducation de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, 7, place de Fontenoy, 75352 Paris 07 SP, France

© UNESCO 2002

**PERSPECTIVES
COMITÉ ÉDITORIAL**

**DIRECTRICE DU COMITÉ
Cecilia Braslavsky**

**MEMBRES DU COMITÉ
Cesar Bîrzea**

Norberto Bottani

Mark Bray

Antonio Guerra Caraballo

Lawrence D. Carrington

Elie Jouen

Kenneth King

P.T.M. Marope

Mamadou Ndoye

Fernando Reimers

Bikas C. Sanyal

Buddy J. Wentworth

Yassen N. Zassoursky

Muju Zhu

RÉDACTION

DIRECTEUR D'ÉDITION :

John Fox

RÉDACTRICE ADJOINTE :

Nadia Sikorsky

ASSISTANTE DE RÉDACTION :

Brigitte Deluermoz

NUMÉRO CENT VINGT DEUX
P E R S P E C T I V E S
revue trimestrielle d'éducation comparée

Vol. XXXII, n° 2, juin 2002

Avant-propos

Directeur général de l'UNESCO

ÉDITORIAL

Renforcer l'action de l'éducation face au VIH/SIDA

*Cecilia Braslavsky
et Inon Schenker*

POSITIONS/CONTROVERSE

Le combat de l'UNESCO contre le VIH/SIDA :
historique et dix leçons

Gudmund Hernes

**DOSSIER :
L'ÉDUCATION POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA**

Comment prévenir l'apparition du VIH chez les adolescents :
une ébauche de solutions pour combler les lacunes

*Ralph J. DiClemente
Richard A. Crosby
et Gina M. Wingood*

Le rôle complexe de l'enseignement dispensé
dans le cadre Scolaire concernant le VIH/SIDA :
une expérience sud-africaine

Shermain Mannah

Le rôle des établissements d'enseignement
dans la lutte contre le VIH/SIDA en Thaïlande

Chutamas Soravisutr

Les initiatives du Ministère de l'éducation du Brésil
pour prévenir et combattre le VIH/SIDA

Paulo Renato Souza

L'éducation des jeunes en matière de VIH : efficacité
des interventions, élaboration des éléments
de programmes et travaux de recherches futurs

*Herman P. Schaalma, Gerjo Kok,
Charles Abraham, Harm J. Hospers,
Knut I. Klepp et Guy Parcel*

RELIGION ET ÉDUCATION POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

Un point de vue arabo-musulman

*Sandrine Musso, Delphine Fanget
et Kémal Cherabi*

Un point de vue chrétien

Manoj Kurian

Un point de vue juif

*Abraham Steinberg
et Mordechai Halperin*

VOIX DES JEUNES

La première fois que j'ai entendu parler du SIDA

*Anna Shekhtman
Rabin Rimal
Eustace T. Wallace
Inbal Gur Arie
Mamadou Ndiaye*

PROFILS D'ÉDUCATEURS

Jonathan Mann (1947-1998)

Ofelia T. Monzon

AVANT-PROPOS

Directeur général de l'UNESCO

Il y a vingt ans, les cinq premiers cas d'une nouvelle maladie ont été détectés. Il a fallu deux bonnes années pour que la cause en soit identifiée — il s'agissait d'un virus qui n'est pas spécialement contagieux mais dont le mode de transmission allait causer la maladie la plus ravageuse et effroyable que l'humanité ait jamais connue. Les chiffres explosent : plus de 60 millions de personnes ont été infectées ; une vingtaine de millions d'entre elles sont déjà mortes. Environ un tiers des contaminés ont entre 15 et 24 ans. L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée — mais l'épidémie est en train de se propager dans d'autres régions du monde, tels les pays de l'ex-Union soviétique. Pendant longtemps encore, le nombre d'infections ne fera que croître — chaque année sera pire que la précédente. Bien que le SIDA ne soit pas une maladie des pauvres, il affecte les plus vulnérables — les pauvres, les jeunes, les femmes et souvent leurs enfants. Plus le nombre de gens infectés augmente, plus il y en aura d'autres qui, potentiellement, en infecteront d'autres. L'épidémie entrave non seulement le développement — mais dans nombre de pays, elle l'annihile entièrement, renverse la tendance à la croissance, en détruisant toute forme d'initiative et tout particulièrement la capacité de faire face et d'apporter des solutions. Cela entraîne la perte de toute productivité due à la disparition de ceux qui devraient être les plus productifs. Les ressources affectées au développement sont réinvesties dans la prise en charge car il faut assister les malades et prendre soin des orphelins. La santé de nations entières est menacée — et c'est leur survie même qui est parfois en danger.

Le nouveau siècle représente une ligne de partage — aussi bien dans la prise de conscience que dans l'engagement. En fait, le problème du VIH/SIDA a été la priorité de l'ordre du jour du sommet du Millénaire, de la réunion du G8 à Okinawa en 2000 et de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001. Un fonds mondial de lutte contre le SIDA, la malaria et la tuberculose a été créé cette année (2002), et les premiers fonds ont été alloués. De nouveaux projets nationaux ont été identifiés et de nouvelles alliances forgées, y compris avec le secteur privé. Des forces de solidarité neuves voient le jour afin d'encourager l'ouverture des cœurs, de surmonter la honte qui accompagne cette maladie et d'enrayer l'exclusion de ceux qui en sont

affectés. Cette menace mondiale a provoqué une réponse planétaire en regroupant l'ensemble des agences des Nations Unies ainsi que les gouvernements et la société civile.

Nous devons faire face à une urgence globale où nous devons agir dans deux domaines à la fois : examiner la situation et apporter une réponse. Il nous faut apprendre davantage afin de réagir plus efficacement et être capables de partager les meilleures pratiques. Il nous faut mettre en œuvre ce que nous savons déjà afin de prévenir de nouvelles infections et de prendre soin de ceux qui sont déjà infectés et malades. Nous devons apprendre à mieux agir, puisque l'épidémie continue de se propager.

Nous avons encore beaucoup à apprendre sur elle — et un grand espoir est placé dans la réalisation d'un vaccin, qui prendra certainement des années avant d'être élaboré. Mais, même s'il nous reste encore beaucoup à connaître de cette pandémie, nous en savons assez pour agir — et nous n'ignorons pas qu'il faut le faire immédiatement.

Il en ressort que le manque d'information sur le mode de transmission de l'épidémie est gravissime. L'éducation est la stratégie la plus efficace car la prévention est, à ce jour, non seulement la réponse la moins onéreuse mais encore la plus puissante. La connaissance est littéralement la meilleure médecine.

Celle des moyens de prévention a aidé les pays développés à réduire le taux d'infection et c'est sa répartition inégale qui a causé dans le monde un taux d'infection tout aussi inégal. L'épidémie est contenue chaque fois que la connaissance est développée en s'appuyant sur des pratiques. Là où celle-ci réduit le niveau de superstition et élimine les idées fausses, elle modifie le comportement.

Cependant, la connaissance à elle seule ne suffit pas. Ce qui est appris ne dépend pas uniquement de la validité du message, mais aussi du contexte dans lequel il est transmis et adapté et du système de référence dans lequel il est interprété. Les messages doivent, de ce fait, être bien ciblés et culturellement adaptés aux personnes auxquelles ils sont destinés — ce qui constitue en lui-même un apprentissage. De plus, comme l'a déclaré Kofi Annan : « Toutes les cultures seront contraintes à mettre de côté des habitudes culturelles pour sauver des vies. »

Le SIDA a également des effets négatifs sur les systèmes d'éducation de plusieurs pays affectés. Si nous arrivons à en découvrir la cause, nous pourrions alors trouver des solutions pour que ces systèmes continuent de fonctionner après avoir été touchés de plein fouet par la pandémie. Nous devons protéger les fonctions fondamentales du système éducatif : permettre aux enfants de choisir

leur propre avenir par la connaissance et la compétence. Si l'éducation échoue à accomplir son rôle aujourd'hui, alors les pays en développement seront pénalisés pour le restant de ce nouveau siècle. En effet, la tâche est encore immense : nous devons protéger toutes les institutions principales de la société, et pour y parvenir, l'éducation reste indispensable. Nous devons aussi mobiliser le système éducatif et développer sa capacité pour qu'il puisse transformer la connaissance en action. Nous n'avons plus de temps à perdre. C'est pourquoi l'UNESCO place au premier rang de ses priorités et au cœur de son obligation la mobilisation de la connaissance pour arrêter la diffusion de l'épidémie.

Le combat contre le VIH/SIDA par l'éducation préventive exige que l'Organisation agisse sur plusieurs fronts. Ses activités, mentionnées dans la Stratégie de l'UNESCO pour une éducation préventive en matière de VIH/SIDA, mettent l'accent sur cinq tâches centrales : assurer son appui à tous les niveaux ; adapter le message ; changer les comportements à risque ; prendre en charge les personnes infectées ou affectées ; et faire face à l'impact. La lutte contre le VIH/SIDA doit être partie intégrante de l'Éducation pour tous. Membre de l'ONUSIDA, l'UNESCO peut jouer son plein rôle, en associant tous les efforts de ses secteurs pour que les activités de l'Organisation soient cohérentes, efficaces et visibles.

Bien qu'il incombe à l'UNESCO de mobiliser toute l'expertise disponible au Siège, elle se doit également d'y associer les connaissances et l'engagement de tous les bureaux hors-siège ainsi que des instituts. Une stratégie complète et logique est cruciale. Le seuil critique sera pour l'UNESCO la mesure de l'impact de ses réalisations dans les pays ayant les plus hauts taux d'infection, dans les communautés les plus affectées et parmi les groupes les plus vulnérables.

L'UNESCO peut faire la différence si tous les secteurs, bureaux hors-siège et instituts utilisent leurs ressources et leur imagination pour que la stratégie globale de l'Organisation se traduise par des programmes d'éducation préventive ayant un effet réel dans les domaines qui sont de leur responsabilité. Ce numéro de *Perspectives* constitue une importante contribution à cette stratégie globale et à sa mise en pratique.



KOÏCHIRO MATSUURA

ÉDITORIAL

RENFORCER L'ACTION

DE L'ÉDUCATION

FACE AU VIH/SIDA

Cecilia Braslavsky et Inon Schenker¹

L'éducation face au SIDA est un facteur clé, de poids, indépendant et incontournable pour lutter contre la propagation d'un virus qui a tué, jusqu'à présent, plus de personnes que les deux dernières guerres mondiales réunies.

Certains praticiens et chercheurs commencent à connaître les moyens nécessaires pour que l'éducation préventive aboutisse. La communauté éducative a identifié également les obstacles qui entravent la diffusion éducative concernant le VIH/SIDA (Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome de l'immunodéficience acquise) dans les institutions d'enseignement formel et informel.

Les leçons des succès et des échecs ne sont, cependant, pas toujours bien reçues dans le monde. La recherche en matière d'éducation concernant le SIDA dans l'enseignement formel au Sud est toujours insuffisante ; c'est seulement tout récemment que l'on a senti le besoin de renforcer l'effort entrepris dans le domaine de l'éducation concernant la prévention du VIH/SIDA, en commençant par les préadolescents et en passant directement au niveau secondaire et universitaire.

Ce numéro de *Perspectives* va tenter de mettre en évidence les voix des plaidoyers, les préoccupations, les résultats de recherche, les obstacles, les expériences et également les succès de l'éducation remportés dans l'enseignement formel concernant la prévention du VIH/SIDA.

Nous avons eu le privilège d'avoir reçu, pour ce numéro spécial, des contributions d'experts renommés et de groupes de recherche de nombreux pays ainsi que celles du Ministre de l'éducation nationale du Brésil et du Ministère de l'éducation nationale de la Thaïlande.

La voix de l'UNESCO en matière du VIH/SIDA est celle du Directeur général de l'Organisation, M. Koïchiro Matsuura, qui a placé la lutte contre le VIH/SIDA, au premier rang des priorités de l'Organisation. M. Gudmund Hernes, coordonnateur de l'action de l'UNESCO contre le VIH/SIDA, dont «la position/controverse» ouvre ce numéro spécial, donne des aperçus sur la stratégie de l'organisation ainsi que sa mise en œuvre.

Les trois chapitres concernant les points de vue des musulmans, des chrétiens et des juifs permettront une compréhension de plus grande portée de ce problème qui élargira encore la perspective culturelle sur l'éducation concernant la prévention du VIH/SIDA.

L'éducation, paradoxalement, néglige souvent les étudiants. Dans la lutte contre le VIH/SIDA, il a été prouvé que sans l'engagement actif des étudiants (et des parents) lors de la préparation des interventions et parfois lors de leur mise en œuvre (comme dans le cas de l'éducation des pairs), il y a fort peu de chance pour que le combat contre le VIH/SIDA puisse aboutir.

Le rédacteur invité de ce numéro spécial a insisté pour que soient également publiées les voix des jeunes de par le monde et qu'elles figurent à côté des voix et des expériences des enseignants africains qui doivent faire face aux défis d'enseigner aux jeunes la protection et la prévention et de leur apprendre à gérer la perte de pairs qui sont toujours de plus en plus nombreux à mourir.

En analysant l'histoire du VIH/SIDA et en faisant référence à un homme dont les travaux sont toujours actuels dans les actions les plus récentes du combat global contre le virus, nous ne pourrions que rappeler, dans ce numéro de *Perspectives*, la fin tragique du professeur Jonathan Mann, décédé avec sa femme dans un accident d'avion qui a mis fin à une grande carrière, la sienne et celle de son épouse, Marie Lou Clement-Mann, dans la recherche d'un vaccin contre le SIDA et des moyens pour lutter contre l'épidémie.

La session spéciale consacrée au VIH/SIDA lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, en juin 2001 (UNGASS), a abouti à un accord qui « assurera qu'en 2005, au moins 90 % des jeunes, hommes et femmes, entre 15 et 24 ans, auront accès à l'information et à l'éducation indispensables pour acquérir les compétences nécessaires qui leur permettront de réduire leur vulnérabilité à l'infection par le VIH ».

La connaissance, l'éducation et les compétences sont des mots clés de l'éducation concernant la prévention du VIH/SIDA ; des projets séparés axés sur ces thèmes ont été développés dans plusieurs pays affectés par le VIH/SIDA. Bien que ce concept soit d'une importance vitale, il se peut que cette approche ne soit pas suffisamment pertinente dans l'effort à long terme qui sera à même d'influencer les attitudes et les comportements des jeunes.

La communauté éducative doit trouver les moyens d'intégrer, dans des curricula actuels, les leçons tirées de ces projets afin de transmettre à tous les étudiants les compétences et la connaissance essentielles pour se protéger, non seulement du VIH/SIDA, mais aussi de toute autre maladie — maintenant et à l'avenir. Cela implique un double engagement : d'une part, l'éducation concernant la prévention du VIH/SIDA, maladie actuelle, et d'autre part, les buts éducatifs fondamentaux de respect de l'autre et de respect à soi-même, de mise en pratique des compétences

acquises, de défense des droits de l'homme, d'apprendre à lire et d'être capable de comprendre les messages concernant la vie et la protection.

Le comité de rédaction est reconnaissant au Docteur Inon Schenker, rédacteur invité de ce numéro spécial de *Perspectives*, qui travaille sans relâche au renforcement de la réponse éducative face à l'épidémie du SIDA.

Note

1. Inon Schenker (Israël). Titulaire d'un doctorat (Ph. D.) de l'Université hébraïque de Jérusalem et d'une maîtrise de santé publique de la Hadassah School of Public Health (même université). Educateur et formateur agréé dans le domaine du SIDA ; consultant auprès de gouvernements, d'agences publiques et privées et d'ONG. Parmi les recherches appliquées et les expériences qu'il a entreprises il faut compter : des interventions interculturelles de prévention contre le VIH/SIDA, des programmes de formation centrés sur la jeunesse, les zones de conflit et l'élaboration des politiques, pour lesquels on retrouve des références dans les publications universitaires, des interventions dans des conférences internationales majeures et des actions sur le terrain en Amérique latine, en Asie et au Moyen-Orient. Courrier électronique : schenkeri@who.ch

Gudmund Hernes
Le combat de l'UNESCO contre le VIH/SIDA
Perspectives, vol. XXXII, n° 2, juin 2002

Langue originale : anglais

Gudmund Hernes (Norvège)

Doctorat en sociologie, Université Johns Hopkins (1971). Nommé directeur de l'IIPE en 1999. Sous-secrétaire à la planification au sein du Gouvernement norvégien (1980-1981), puis ministre de l'éducation, de la recherche et des affaires ecclésiastiques (1990-1995) chargé de la mise en œuvre de la réforme d'ensemble du système éducatif et ensuite ministre de la santé (1995-1997). A également occupé plusieurs postes universitaires, notamment celui de professeur dans les Universités de Bergen et d'Oslo, de professeur invité à l'Université Harvard et de fellow au Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences à Stanford. Président de plusieurs commissions royales en Norvège, il a également contribué aux travaux de comités pour diverses instances internationales. Courriel électronique : g.hernes@iiep.unesco.org

POSITIONS/CONTROVERSES

LE COMBAT DE L'UNESCO

CONTRE LE VIH/SIDA :

HISTORIQUE ET DIX LEÇONS

Gudmund Hernes

Le 5 juin 1981, Michael Gottlieb, maître de conférences en immunologie à l'École de médecine de l'UCLA, publiait un article dans le *Center for Disease Control morbidity and mortality weekly report* sur cinq cas d'une maladie rare, la *Pneumocystis carinii pneumonia*, diagnostiquée chez des hommes homosexuels. Il faisait état des cinq premiers cas d'une maladie qui allait être connue sous le nom de syndrome de l'immunodéficience acquise, ou SIDA. Ce que l'on ne savait pas à l'époque, c'est que si seulement cinq cas avaient été répertoriés, des milliers d'autres personnes étaient déjà infectées par le virus de l'immunodéficience humaine, le VIH. La nature de la maladie fait qu'elle est difficile à détecter — la période d'incubation entre l'infection et l'apparition des symptômes est longue — et à ce moment-là nous ne savions même pas quel était l'agent d'infection en cause. Qui plus est, non seulement les personnes infectées ne savent pas qu'elles le sont, mais celles qui ne le sont pas n'ont aucun moyen de savoir si elles le sont, car pendant de longues années il n'y a aucune manifestation extérieure de la maladie.

Leçon 1 : Le virus a toujours eu une longueur d'avance sur la maladie

Aujourd'hui, 20 ans après que l'on ait diagnostiqué le premier cas, une soixantaine de millions de personnes sont infectées — soit la totalité de la population de la France, du Royaume-Uni ou de la Thaïlande. Le nombre de personnes que cette maladie a tuées est pratiquement équivalent à la population de la Norvège, de la Suède, de la Finlande et du Danemark réunis. Le nombre de personnes actuellement contaminées — plus de 36 millions — est supérieur à l'ensemble de la population du Canada. Le nombre d'orphelins du SIDA — soit environ 14 millions — est déjà plus élevé que le nombre total d'habitants de l'Équateur. Au cours des 10 ou 15 années à venir, le chiffre incroyable de 50 millions pourrait être atteint. Autrement dit, cette épidémie est sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Et le pire est encore à venir : des millions d'autres personnes vont être infectées, des millions d'autres vont mourir, des millions d'autres enfants vont devenir orphelins. Le 11 septembre 2001, près de 3000 personnes ont été brutalement anéanties. Mais chaque jour, pratiquement cinq fois plus sont contaminées par le VIH. Ce ne sont pas seulement les individus qui sont en péril — c'est le tissu social de l'ensemble de nos sociétés qui est menacé. Nous connaissons probablement le fléau de cette maladie pendant toute notre existence.

Leçon 2 : La maladie a toujours eu une longueur d'avance sur la riposte

La riposte a été longtemps différée — en particulier dans les cas où le silence des dirigeants a favorisé la propagation du virus. Les fonds consacrés à la recherche de moyens de traitement ont été insuffisants — les ressources ont été fournies aux pays du Nord, alors que la maladie frappe essentiellement les pays du Sud. Les ressources engagées n'ont pas suffi pour assumer la prise en charge de plus en plus lourde des personnes infectées et des personnes affectées, qu'il s'agisse de traiter celles qui contractent toutes sortes de maladies opportunistes du fait de leur contamination par le VIH, ou de subvenir aux besoins du nombre croissant d'orphelins. Les fonds manquent également pour remédier aux conséquences désastreuses de la maladie pour certaines institutions, par exemple la disparition des enseignants.

Leçon 3 : Ce n'est pas seulement une maladie, c'est un désastre pour le développement

Le VIH/SIDA n'est pas seulement un problème de santé — en moins de deux décennies, il est devenu une catastrophe sociale d'une ampleur sans précédent qui fait autant de ravages que n'importe quelle guerre. Il ne fait pas qu'entraver le développement, il le fait reculer en détruisant les capacités productives, à la fois en faisant disparaître les forces vives de la société et en alourdissant le fardeau de la prise en charge des malades et des orphelins. Le SIDA anéantit des décennies d'investissement dans l'éducation et dans la mise en valeur des ressources humaines. Même les pays riches auraient du mal à faire face à une telle situation, ainsi qu'à financer les traitements aujourd'hui disponibles si leurs taux d'infection étaient aussi élevés que ceux des pays pauvres. Le SIDA s'attaque non seulement aux corps des êtres humains, mais aussi au corps politique. Il a des conséquences très variables, mais dans bien des pays, surtout en Afrique subsaharienne, il a déjà eu un impact sans précédent sur les institutions, non seulement sur les organisations les plus nécessaires pour le développement, mais aussi sur celles qui sont indispensables dans la prévention de la propagation de la maladie. La capacité de faire face de certains pays risque d'être dépassée.

Leçon 4 : Le virus n'est pas particulièrement contagieux

La propagation du VIH/SIDA est l'épidémie à la fois la plus dévastatrice et la plus paradoxale. L'épidémie la plus meurtrière de l'histoire moderne — et la pire qui aura jamais sévi d'ici qu'elle soit jugulée — est due à un virus qui n'est pas particulièrement contagieux. De nombreuses maladies infectieuses — comme la grippe ou les maladies infantiles, rougeole ou oreillons par exemple — sont extrêmement contagieuses. Pour contracter certaines d'entre elles, il peut suffire de se trouver à proximité d'une personne infectée. La propagation du VIH, en revanche, est relativement facile à prévenir — et des individus informés et motivés sont en mesure de se protéger. C'est la raison pour laquelle il est sans danger de côtoyer chaque jour des personnes infectées et de leur prodiguer des soins. De plus, en ce qui concerne les personnes les plus à risque, dans la mesure où elles sont consentantes pour avoir des relations sexuelles, elles peuvent choisir de ne pas se laisser infecter si elles connaissent le mode de transmission de la maladie.

La plupart des personnes infectées par la maladie ne savent pas qu'elles le sont. Elles n'ont pas subi de test — elles peuvent ne pas avoir accès à un service médical capable de le faire et ne pas être décidées à se soumettre à ces tests en raison de la stigmatisation sociale liée au fait de savoir que l'on est séropositif. La nature de la maladie fait également qu'elle est difficile à détecter — la période d'incubation entre l'infection et l'apparition des symptômes est longue. Étant donné que pendant de nombreuses années il n'y a pas de manifestations extérieures de la maladie, les personnes infectées et leur entourage n'ont aucune idée de leur condition.

La plupart des personnes affectées ne savent pas ce qu'est la maladie — pas plus que la plupart de celles qui courent le plus de risques. Même dans les systèmes éducatifs les plus développés, les enfants n'apprennent pas grand-chose sur les infections ou les virus pendant leurs cinq premières années de scolarité. Or beaucoup de ceux qui sont exposés au virus n'ont même pas suivi cinq années d'études. Sur le milliard de personnes illettrées dans le monde, bien rares sont celles qui ont accès à des informations scientifiques. Et parmi ceux qui sont instruits, beaucoup n'ont pas de connaissances scientifiques — y compris malheureusement un grand nombre d'enseignants.

De nombreuses communautés ont des idées fausses sur les causes du SIDA. Les mesures prises pour l'éviter ou les traitements essayés peuvent être inadaptés, avoir des résultats contraires à ceux recherchés pour les personnes infectées par le virus et entraîner la contamination d'autres personnes. Ainsi, les idées fausses, les croyances et les coutumes conduisent parfois à utiliser des préparations inefficaces ou nocives, et à recourir à des pratiques sexuelles impliquant des enfants.

Les idées fausses sont une source de préjugés et conduisent à la discrimination et à l'exclusion. Le silence de la société favorise la propagation de l'infection. Une mauvaise information se traduit par des comportements irresponsables. Le manque d'information fait que les personnes infectées ne sont pas soignées — et sont victimes d'une stigmatisation qui en fait des parias de la société. Ce rejet peut accélérer leur mort.

La disparité des taux d'infection à travers le monde est due dans une mesure non négligeable au fait que l'accès aux connaissances est inégal. La nécessité d'assurer une éducation préventive résulte des formes particulières d'ignorance étroitement associées à l'épidémie, en particulier dans les pays en développement les plus touchés.

Leçon 5 : Un facteur primordial responsable de l'explosion de l'épidémie

Des millions de personnes sont informées sur le virus et les risques qu'il fait courir, mais elles n'adoptent pas pour autant de pratiques plus sûres. Elles négligent à dessein les risques, voire s'exposent au risque de contamination en toute connaissance de cause. Dans certains pays occidentaux, des groupes exposés sont revenus à des pratiques dangereuses, estimant qu'avec les nouveaux traitements disponibles les risques sont moindres désormais. La prévention doit donc être axée sur les mentalités et la culture dont elles sont le produit de manière à encourager les attitudes, apporter les compétences et susciter les motivations nécessaires pour faire évoluer les comportements. La réduction des risques et de la vulnérabilité passe par cette forme de prévention.

Leçon 6 : Le message doit être adapté au destinataire

Changer les idées reçues et les attitudes exige une communication efficace — qui suppose de connaître le public auquel on s'adresse, de bien formuler le message et de le faire passer. La validité du message est primordiale. Mais ce que le destinataire comprendra et assimilera dépend non seulement de la valeur scientifique du message mais aussi du cadre de référence à l'intérieur duquel il l'interprète. De nombreux facteurs sociaux, tels l'âge, le sexe, l'accès à l'instruction, la situation économique et les convictions religieuses influent sur la compréhension et la perception. Le message doit être conçu en fonction des destinataires — il doit parler au public avec les mots qu'il comprend et refléter le contexte matériel et l'environnement social dans lequel il évolue. Ce qui importe le plus, c'est que ceux qui reçoivent le message le comprennent, agissent en conséquence et le répercutent. Si les connaissances, les attitudes et les compétences que l'on cherche à transmettre ne sont pas adaptées du point de vue culturel, l'éducation préventive risque de se heurter aux croyances et aux modes de vie traditionnels et d'échouer. Les principes et les pratiques sont enracinés dans le substrat des coutumes locales et confortés par des systèmes de comportements et d'opinions plus larges. Ils sont renforcés également par les règles de bienséance, les coutumes dans le domaine du mariage et les croyances religieuses qui peuvent entretenir la conspiration du silence qui entoure l'épidémie, ses causes et ses conséquences. On observe un phénomène d'interaction entre l'épidémie et les

communautés et les cultures qui, sous l'effet de cette interaction, se transforment. L'éducation préventive doit de la même manière suivre la dynamique de l'épidémie.

Leçon 7 : Il ne suffit pas d'informer pour faire évoluer les comportements

Si l'on veut que l'éducation préventive soit efficace, il faut prendre activement en compte les spécificités du contexte social et culturel à l'intérieur duquel on s'efforce de communiquer, en les considérant non pas simplement comme d'éventuels obstacles à surmonter mais aussi comme des ressources potentielles. Et pourtant, pour citer Kofi Annan, « Toutes les cultures seront incitées à oublier les coutumes culturelles pour sauver des vies ».

Il n'existe pas de traitement permettant d'éliminer le VIH. Sur les millions de personnes infectées, aucune n'a été en mesure de s'en débarrasser. Il n'existe actuellement aucun moyen permettant de faire disparaître le virus de l'organisme. Il peut être tenu en échec et la progression de l'infection jusqu'au SIDA ralentie. Mais les traitements coûtent encore très chers — et c'est dans les pays où l'on en a le plus cruellement besoin qu'ils sont les moins accessibles. De plus, aucun vaccin n'est encore en vue. La vaccination a permis d'immuniser les populations contre de nombreuses maladies infectieuses, de la variole à la poliomyélite, mais un vaccin protégeant contre le VIH n'est encore qu'un espoir. Les traitements restent trop onéreux, particulièrement pour les pays en développement où la prévalence de l'infection est élevée et dont les revenus sont faibles — il ne faut pas oublier qu'un quart de la population mondiale vit avec moins d'un dollar par jour. Mais en faisant évoluer les comportements il est possible d'enrayer l'avancée de l'épidémie — l'éducation préventive est de loin la vaccination la plus efficace. Dans bien des pays, elle donne de bons résultats. Dans la plupart des pays occidentaux, la propagation de la maladie a amorcé un déclin plus tôt que dans les autres pays. En Ouganda, les taux de mortalité ont été réduits de moitié en cinq ans ; le Brésil est parvenu au même résultat en trois ans en agissant simultanément sur les fronts de l'éducation, de la prévention et de la médecine. Les mesures prises au Sénégal et en Thaïlande ont eu un impact considérable.

Leçon 8 : L'éducation préventive donne des résultats

Si l'éducation préventive est bien conduite, elle est efficace. Si elle est mise en place sans attendre, elle aura un impact durable. Si elle est organisée de façon systématique, elle peut inverser le cours de l'épidémie.

Compte tenu du coût des traitements — parfois prohibitifs dans les pays en développement — d'aucuns se demandent si les ressources ne pourraient pas être consacrées à la prévention et à la réduction du nombre de personnes qui seront infectées ou au traitement de celles qui le sont déjà afin qu'elles puissent continuer à tenir leur rôle de parents et à travailler. Bien traitée une infection mortelle peut devenir une maladie chronique, qui pose certes des problèmes mais avec laquelle on peut vivre. Il y a trois types d'arguments qui plaident en faveur du traitement

- *L'argument humanitaire* : Nous ne pouvons simplement laisser mourir des millions de personnes — elles ont le droit fondamental d'être traitées, aidées et prises en charge.
- *L'argument économique* : S'ils ne bénéficient pas d'un traitement, des soutiens de famille, des parents et des travailleurs qualifiés disparaîtront, ce qui entraînera une perte insupportable — et il coûte souvent plus cher, lorsqu'on peut faire face à la dépense, de remplacer les personnes disparues que d'offrir un traitement médical à celles qui sont malades.
- *L'argument de la prévention* : Si le fait de savoir que l'on est séropositif assombrit l'existence, on n'a plus aucune envie de faire quoi que ce soit pour changer sa situation. Si, à partir du moment où les autres savent que l'on est infecté, on est victime de discrimination et abandonné, cela signifie que personne ne parlera de la maladie. Les traitements offrent l'espoir de vivre plus longtemps, de mener une vie meilleure et plus productive. Dès lors que des traitements sont accessibles, la transmission de l'information devient plus aisée.

Leçon 9 : Le traitement n'est pas seulement possible, c'est une nécessité impérative !

Prévention et traitement ne sont pas antinomiques. L'épidémie de VIH/SIDA n'est pas seulement dynamique, elle est complexe. On peut bien sûr faire valoir qu'il n'y pas une seule épidémie, étant donné que la maladie prend de nombreuses formes variant suivant les pays et les groupes. L'approche adoptée vis-à-vis des consommateurs de drogues injectables doit être différente de celle adoptée vis-à-vis des professionnel(le)s du sexe, et il en va de même en ce qui concerne les adolescents ou les retraités (qui contractent aussi le virus). Cela signifie aussi qu'il n'y a pas de

"solution miracle" capable de stopper l'infection, ni de sauveur capable à lui seul d'accomplir cette tâche. L'épidémie a d'ailleurs pris de telles proportions — et nous allons devoir y faire face pendant tant de décennies — que chacun doit s'impliquer et qu'il faut encourager les contributions venant de tous les secteurs. Les tâches sont suffisamment nombreuses et il y a assez d'honneurs à partager. Il faut pourtant que ceux qui participent s'associent étroitement à l'action des pays et groupes touchés, à celle de la société civile et des ONG, ainsi qu'à celle de l'ONUSIDA et de ses coparrainants, en répartissant clairement les devoirs de chacun et en s'engageant résolument pour les mener à bien.

Leçon 10 : Il n'y a pas de programme unique, ni d'acteur unique

L'UNESCO, en tant qu'organisme coparrainant de l'ONUSIDA, a décidé de centrer ses activités sur cinq tâches majeures :

1. Le plaidoyer à tous les niveaux, en particulier pour mobiliser le soutien permanent en faveur de l'éducation préventive de tous ceux qui occupent des postes de décision dans ses domaines de compétence (éducation, science, culture, communication).
2. L'adaptation des messages de manière à atteindre les publics visés, en particulier les jeunes à risque, qu'ils soient scolarisés ou non.
3. La transformation des comportements à risque et la réduction de la vulnérabilité par le biais de programmes efficaces d'éducation préventive qui atteignent tous les destinataires, en particulier les groupes les plus exposés, vulnérables et à risque.
4. La prise en charge des personnes affectées et infectées par le virus en facilitant l'accès à des traitements d'un coût abordable et en diffusant des informations de manière à réduire la stigmatisation et les traumatismes liés à la maladie.
5. L'atténuation de l'impact de l'épidémie, en particulier en protégeant les fonctions clés des institutions, notamment dans le domaine de l'éducation.

L'année 1900 a inauguré le siècle le plus surprenant de l'histoire de la santé humaine. Jamais auparavant autant d'enfants n'avaient pu survivre pendant leur prime enfance, jamais auparavant autant de personnes âgées n'avaient vécu aussi longtemps, jamais auparavant autant d'individus n'avaient vécu dans de telles conditions de salubrité. Les effets dévastateurs de nombreuses maladies infectieuses ont été réduits ou jugulés. On a inventé des vaccins. On a amélioré les traitements. Des progrès formidables ont été accomplis dans la réduction de la mortalité infantile et l'allongement de

l'espérance de vie. Une grande partie de ces bienfaits ont été apportés non pas par le secteur de la santé, mais par le progrès économique et l'amélioration de la nutrition et de l'hygiène.

En ce début du XXI^e siècle, un constat s'impose à chacun de nous : nous sommes confrontés à l'épidémie la plus dévastatrice de l'histoire de l'humanité. En moins de deux décennies, le VIH/SIDA, qui au départ était une curiosité médicale, a acquis la dimension d'une situation d'urgence internationale.

Cette épidémie est sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Et le pire est encore à venir — des millions d'autres personnes seront infectées, des millions d'autres mourront, des millions d'autres enfants deviendront orphelins.

Si cette épidémie est unique dans l'histoire de l'homme, la mobilisation qu'elle suscite aujourd'hui est sans précédent dans l'histoire des Nations Unies. Vingt ans après le premier cas diagnostiqué de la maladie, un Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a été créé. Nous exhortons tous les pays membres des institutions du système des Nations Unies à faire tout ce qui est en leur pouvoir sur leur territoire et à aider généreusement les victimes les plus touchées. Nous invitons instamment les organisations non gouvernementales à agir. Nous pressons les entreprises privées et les particuliers à se joindre à ces efforts. Nous engageons tous les organismes des Nations Unies à faire tout leur possible dans les domaines où leur intervention peut être la plus décisive.

Nous ignorons encore beaucoup de choses sur l'épidémie ; nous avons encore beaucoup à apprendre. Mais nous en savons suffisamment pour agir et nous savons que nous devons le faire sans attendre, avec détermination et de façon systématique : pour offrir des traitements, fournir une prise en charge et assurer la continuité des institutions, tout en respectant les droits fondamentaux de tous.

Surtout, nous devons mettre en œuvre tout ce qui est en notre pouvoir pour enrayer la propagation de l'épidémie par le biais de programmes d'éducation préventive qui atteignent tous leurs destinataires, et en particulier les personnes les plus exposées au virus. Il n'y a pas de temps à perdre. Il n'y a pas de vies qui ne valent la peine d'être sauvées.

L'heure n'est plus à l'autosatisfaction, mais à la compassion. L'heure n'est plus à l'hésitation, mais à l'action. Je prends l'engagement que l'UNESCO apportera son plein appui dans les domaines où elle est la plus à même de changer le cours des choses. L'Organisation mobilisera l'ensemble de ses secteurs pour offrir des programmes d'éducation préventive efficaces à toutes les personnes à risque dans le monde entier.¹

Il est capital de nous mobiliser pour initier une stratégie d'ensemble cohérente. Cependant, le principal critère en fonction duquel l'action de l'UNESCO sera jugée sera l'efficacité de ses efforts dans les pays où la prévalence de l'infection est la plus élevée, auprès des communautés les plus touchées et en faveur des groupes les plus vulnérables.

Ne rien faire maintenant, compte tenu de ce que nous savons, serait un manquement à nos obligations morales d'une gravité sans précédent. Chaque moment perdu signifie plus de détresse et plus de décès. C'est pourquoi nous devons agir ensemble, de toute urgence et avec détermination.

Note

1. Pour plus de détails, consulter les adresses suivantes : <http://portal.unesco.org/aids> ; et http://www.unesco.org/education/efa/wef_2000/press_kit/aids.shtml.

Ralph J. DiClemente, Richard A. Crosby et Gina M. Wingood
Comment prévenir l'apparition du VIH chez les adolescents

Perspectives, vol. XXXII, n° 2, juin 2002

Langue originale : anglais

Ralph J. DiClemente (États-Unis d'Amérique)

Titulaire d'un doctorat en sciences humaines. Professeur de santé publique admis au grade « Charles Howard Candler » et directeur associé du Centre Emory de recherche sur le SIDA. Occupe aussi le poste de professeur à la Faculté de médecine de l'Université Emory, Département de pédiatrie, Division des maladies infectieuses, d'épidémiologie et d'immunologie, ainsi qu'au Département de médecine, Division des maladies infectieuses. Est particulièrement versé dans la conception de programmes qui recourent à des modèles d'application basés sur les pairs et qui prennent en compte la culture et le développement.

Courrier électronique : rdiclem@sph.emory.edu

Richard A. Crosby (États-Unis d'Amérique)

Titulaire d'un doctorat. Professeur assistant au Département des sciences comportementales et d'éducation sanitaire, Faculté de santé publique Rollins, Université Emory. A obtenu sa licence d'éducation sanitaire en milieu scolaire à l'Université du Kentucky et sa maîtrise en éducation sanitaire à l'Université centrale du Michigan. Son doctorat ès comportement sanitaire lui a été décerné par l'Université d'Indiana. S'est intéressé à la mise au point et à l'application de la théorie comportementale au service de la promotion de la santé, en particulier auprès des populations d'adolescents et de jeunes adultes.

Gina M. Wingood (États-Unis d'Amérique)

Titulaire d'un doctorat ès science, d'une maîtrise de santé publique. Professeur assistante au Département des sciences comportementales d'éducation sanitaire. A obtenu sa maîtrise de santé maternelle et infantile à l'Université de Californie, Berkeley, et son doctorat ès comportement sanitaire et social à la Faculté de santé publique de l'Université d'Harvard. A publié de nombreux articles sur l'importance dévolue à l'utilisation des théories sexospécifiques dans la recherche sur le VIH adaptée aux femmes, et à la conception, l'application et l'évaluation des interventions culturellement sensibles menées auprès de jeunes femmes afro-américaines dans le but de réduire le risque de transmission du VIH par voie sexuelle.

L'ÉDUCATION POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

COMMENT PRÉVENIR L'APPARITION

DU VIH CHEZ LES ADOLESCENTS :

UNE ÉBAUCHE DE SOLUTIONS

POUR COMBLER LES LACUNES

Ralph J. DiClemente, Richard A. Crosby, Gina M. Wingood

Introduction

Le risque de contracter une infection sexuellement transmissible (IST) est l'un des risques majeurs et immédiats qui menacent la santé et le bien-être des adolescents. D'un point de vue économique et

social, ces infections continuent de faire payer un lourd tribut aux adolescents et, en définitive, à la société. Il y a sans doute plus grave : les infections sexuellement transmissibles augmentent considérablement le risque pour les adolescents de contracter une infection à VIH (Fleming et Wasserheit, 1999 ; CDC, 1998c). Comme il est probable que bon nombre d'adolescents infectés n'aient pas connaissance de leur séropositivité pendant longtemps — ce qui multiplie les occasions de transmettre le virus et réduit les chances de bien réagir à la thérapie — la prévention primaire de l'infection à VIH chez les adolescents est une importante priorité de santé publique (Eng et Butler, 1997 ; Jemmott et Jemmott, 2000).

Les adolescents sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH. D'après certaines données factuelles, 50 % des nouveaux cas d'infection concerneraient les jeunes de moins de 25 ans et 25 % les jeunes de moins de 22 ans (Office de la politique nationale relative au SIDA, 1996). Les données de surveillance portent à croire que près de 17 % de tous les cas de SIDA recensés étaient dus au fait que le VIH avait été contracté pendant la deuxième décennie de la vie, entre 10 et 19 ans (CDC, 1999). Cette conclusion est particulièrement alarmante car les adolescents, en tant que population, ont une activité sexuelle vraisemblablement moindre que les adultes ; or, chez les adolescents, la transmission du VIH se fait essentiellement par voie sexuelle, contrairement aux autres modes de contamination, par exemple la consommation de drogues injectables à l'aide d'aiguilles ou de seringues partagées (CDC, 1999 ; Rosenberg et Biggar, 1998).

À l'instar des autres IST, les disparités sexuelles et raciales entrent aussi en ligne de compte pour ce qui est des taux d'infection par le VIH. De plus en plus d'adolescentes sont infectées par le virus. Les données de surveillance récentes ont montré que les taux d'incidence du SIDA dans les villes des États-Unis n'avaient pas régressé chez les adolescents ni les jeunes adultes, le diagnostic du SIDA frappant de façon disproportionnée les jeunes afro-américaines par rapport à leurs pairs masculins (Denning et Flemming, 1998). De même, un nombre disproportionné d'adolescents infectés par le VIH sont d'origine afro-américaine (CDC, 1999 ; Valleroy *et al.*, 1998).

Comprendre les antécédents du risque de VIH et les attitudes de protection chez les adolescents s'est avéré une gageure énorme et ardue pour les chercheurs en santé publique et les praticiens. La tâche est particulièrement difficile du fait que la recherche empirique d'un comportement aussi individuel, qui relève de la vie privée et reste souvent secret, s'avère logistiquement compliquée. Néanmoins, il a récemment été possible de recueillir un grand nombre d'informations pouvant s'avérer très utiles pour éclairer l'élaboration future de programmes de

prévention efficaces contre le VIH à l'intention des adolescents. Il importe, toutefois, de noter que l'évolution des méthodes et des politiques n'a pas suivi le rythme des « meilleures pratiques », telles qu'elles avaient été suggérées par les recherches.

Le présent article commence par cerner *les lacunes rencontrées chez les adolescents concernant l'information, la motivation et les aptitudes comportementales liées au VIH*. Si la plupart des programmes actuels de prévention contre le VIH sont destinés à combler ces lacunes, les données factuelles permettent de supposer que des stratégies nouvelles fortement novatrices pourraient s'imposer. Par conséquent, l'article conclut en *énumérant les ébauches de solutions qui pourraient s'avérer plus efficaces pour promouvoir la santé sexuelle auprès des adolescents*.

Lacunes observées dans l'attitude des adolescents à l'égard du VIH

LACUNES AYANT TRAIT AUX CONNAISSANCES ET AUX IDÉES FAUSSES

Le niveau de connaissances et/ou l'ampleur des idées fausses sur les risques et les méthodes de prévention constituent, pour les adolescents, un facteur de risque individuel fondamental et souvent occulté. Comme les tentatives d'intervention — en particulier les programmes d'éducation sanitaire en milieu scolaire — privilégient fréquemment le contenu factuel (les connaissances) dans les programmes de prévention à l'intention des adolescents, il importe d'examiner ce facteur en tenant suffisamment compte des conclusions empiriques.

Chez les adolescents, le fait de se protéger contre les MST et le VIH représente l'aboutissement d'un processus décisionnel complexe, influencé par toute une gamme de paramètres cognitifs, psychosociaux et environnementaux (D'Angelo et DiClemente, 1996). L'un des paramètres susceptibles d'influencer un tel comportement est le niveau des connaissances en matière de prévention des MST/du VIH (Rotheram-Borus, Mahler et Rosario, 1995). Si les théories comportementales relatives à la réduction du risque de MST/VIH (Fisher et Fisher, 2000) et les données empiriques montrent que les connaissances en matière de prévention peuvent, en soi, ne pas suffire à motiver chez les adolescents le recours à la prévention, des éléments d'information précis pourraient s'avérer nécessaires pour aider les adolescents à cerner les pratiques à moindre risque (Lanier, Pack et DiClemente, 1999 ; DiClemente, 1992 ; DiClemente et Peterson, 1994).

Les interventions visant à réduire la prise de risques s'emploient, en général, à informer les adolescents sur les méthodes de prévention des MST/du VIH (Jemmott, Jemmott et Fong, 1992, 1998 ; Stanton *et al.*, 1996 ; St. Lawrence *et al.*, 1995 ; Shain *et al.*, 1999 ; Main *et al.*, 1994 ; Walter et Vaughan, 1993) et vont vraisemblablement constituer une bonne part du contenu transmis dans le cadre des programmes scolaires de prévention. La connaissance des MST et du VIH crée les conditions requises pour percevoir la vulnérabilité, la gravité et induire le désir de se protéger une fois que les compétences correspondantes sont acquises (Crosby, 1996). Ainsi, l'absence d'informations précises en matière de prévention ou, pire encore, les idées fausses sur les modes de prévention (par exemple, l'utilisation de la douche, la prise de pilule contraceptive) risquent d'aller à l'encontre des efforts de prévention, entravant l'adoption d'une attitude efficace.

Malheureusement, les indications dont nous disposons laissent présager que les idées fausses sur la prévention de la transmission sexuelle des maladies seraient très répandues aux États-Unis. Une analyse récente, effectuée auprès de 3 000 adolescents et adultes fréquentant des centres de soins spécialisés, a permis d'établir que plusieurs conceptions erronées étaient monnaie courante ; 46 % des personnes interrogées estimaient, par exemple, que se doucher pouvait éviter d'être contaminé par des agents sexuellement transmissibles, 39 % pensaient qu'uriner après un rapport sexuel constituait une protection ; 20 % considéraient que la contraception orale les protégeait, tandis que 16 % pensaient être protégées par une toilette intime après un rapport (Crosby *et al.*, 2000). L'analyse récente des données de l'Étude longitudinale nationale sur la santé des adolescents a mis en évidence le fait que sur plus de 16 000 personnes interrogées, près de 32 % des adolescentes et 40 % des adolescents ayant déjà utilisé un préservatif croyaient que le réservoir devait être bien tendu sur l'extrémité du pénis ; 28 % des adolescentes des 33 % des adolescents ne savaient pas que la vaseline n'était pas compatible avec les préservatifs en latex. Enfin, près de 15 % des adolescentes des 24 % des adolescents ignoraient que les préservatifs en latex protégeaient davantage contre l'infection à VIH que les préservatifs en boyau d'agneau (Crosby et Yarber, 2001).

Pour illustrer la méconnaissance potentielle des adolescents en matière de prévention des IST comme le VIH, nous avons passé en revue les données récentes recueillies auprès d'un échantillon de 522 adolescentes afro-américaines (Crosby *et al.*, 2001a). De 1996 à 1999, les personnes chargées de constituer cet échantillonnage ont interrogé des adolescentes dans des centres de soins spécialisés, des dispensaires et des cours d'éducation sanitaire afin d'évaluer les critères requis pour

participer à une campagne de prévention contre le VIH/les MST. Les lieux de recrutement se trouvaient dans des quartiers caractérisés par un taux élevé de chômage, d'abus de substances, de violence et de MST. Les adolescentes avaient entre 14 et 18 ans et avaient déclaré avoir eu des rapports sexuels au cours des six mois précédents. L'Institution Review Board a approuvé le protocole de l'étude avant sa mise en application.

Les adolescentes ont été priées de répondre à douze questions sur le VIH et les MST en cochant la case « vrai » ou « faux ». Le tableau 1 montre la proportion d'adolescentes ayant fourni la bonne réponse à chacune des questions. Le score moyen était de 6,7 (écart-type = 2,4 ; écart-médian = 7 ; intervalle = 0-12). Il y avait une grande variabilité dans la proportion d'adolescentes répondant correctement à chaque question, puisqu'elle allait de 28,9 % à 88,7 %. La question ayant obtenu le moins de réponses correctes évaluait si les adolescentes étaient conscientes du fait que les femmes étaient plus exposées que les hommes à la contamination par voie sexuelle (MST et VIH). Moins de la moitié des adolescentes avait répondu correctement aux cinq autres questions, ayant trait chacune soit à la protection soit à la perception de la gravité des MST. Plus de la moitié des adolescentes (51,5 %-64,9 %) comptabilisait trois bonnes réponses. Au total, sur neuf des douze questions, moins des deux tiers des adolescentes avaient répondu correctement. Moins de la moitié des adolescentes avait bien répondu à la moitié des questions.

TABLEAU 1. Proportion d'adolescentes ayant répondu correctement aux questions permettant d'évaluer leurs connaissances sur la prévention des MST/du VIH (N = 522).

Questions	Pourcentage correct
Portant sur la vulnérabilité	
Les femmes sont plus exposées que les hommes à la contamination par voie sexuelle (MST et virus du SIDA)	28,9
Ayant trait à la gravité	
Toutes les MST, sauf le SIDA, peuvent être guéries par des antibiotiques	44,3
Contracter une MST augmente le risque d'attraper le virus du SIDA	45,8
Une MST non traitée peut finalement déboucher sur une stérilité	58,6
Ayant trait à la protection des rapports sexuels	
Les préservatifs en boyau de mouton protègent mieux contre les MST que les préservatifs en latex	37,7

Les fluides pré-éjaculatoires (précédant l'émission de sperme) sont porteurs du virus du SIDA	41,2
Se doucher après un rapport sexuel permet de se protéger contre les MST	46,0
L'utilisation de lubrifiants gras (vaseline, crisco) avec les préservatifs peut réduire le risque de contamination par le virus du SIDA	51,5
Il est toujours possible de détecter si son partenaire est porteur d'une MST	64,9
Si une femme prend la pilule contraceptive, elle est moins exposée au risque de contamination par le virus du SIDA	80,8
Le mode de prévention le plus efficace contre le SIDA est l'abstinence	83,0
Les femmes peuvent contaminer les hommes lorsqu'elles n'emploient pas de préservatifs	88,7

Ces lacunes de compréhension représentent autant d'occasions ratées de motiver les adolescents et de les aider à prévenir les MST/le VIH par leur comportement. La faible proportion de réponses exactes pour cinq des huit questions ayant trait à la prévention est particulièrement alarmante puisque les idées fausses sur l'une quelconque de ces cinq questions peut entraîner l'adoption de pratiques sexuelles susceptibles d'accroître le risque d'infection par une MST/le VIH. Par exemple, les adolescentes qui pensent que le fait de se doucher après un rapport prévient l'apparition des MST doivent recourir à cette méthode, considérant qu'elles se protègent alors qu'en réalité, elles ne font qu'accroître le risque d'être infectées par une MST/le VIH (Wolner-Hanssen *et al.*, 1990). De même, considérer que l'on est à même d'évaluer seule si son partenaire a contracté une MST peut conduire les adolescentes à utiliser des stratégies de sélection personnelle qui sont inefficaces au lieu d'essayer de négocier l'utilisation du préservatif ou de refuser des rapports non protégés. Croire qu'un fluide pré-éjaculatoire ne peut pas contenir le VIH est une autre idée fausse, répandue chez les adolescentes, qui pourrait directement impliquer la pratique du retrait lors des rapports sexuels. Quant aux idées fausses sur la qualité préventive des préservatifs en latex par rapport à ceux qui sont en boyau de mouton, et sur l'utilisation des lubrifiants à base d'eau par rapport aux lubrifiants gras, elles risquent de compromettre l'efficacité d'utilisation des préservatifs par les adolescents.

Il était aussi troublant de constater que moins d'un tiers des adolescentes avait répondu correctement à la question permettant d'évaluer si elles savaient ou non que les femmes étaient plus exposées que les hommes à la contamination par voie sexuelle (MST/VIH). Les éléments d'appréciation empirique ont permis d'établir que la transmission de l'homme à la femme des

chlamydiae, de la gonorrhée, de l'herpès génital, de l'hépatite B et du VIH était d'une probabilité plus grande (Ehrhardt, Bolan et Wasserheit, 1999). Le risque de transmission du VIH de l'homme à la femme est nettement plus important que l'inverse (Padian, Shiboski et Jewell, 1991). Comprendre le risque disproportionné qu'elle encourt devrait accroître chez la jeune fille la perception qu'elle a de sa vulnérabilité aux MST ; or, les données dont nous disposons montrent que la majorité des adolescentes n'étaient pas conscientes du risque élevé qu'elles présentaient par rapport à leurs homologues masculins. Des idées fausses analogues concernant la gravité des MST étaient assez répandues et constituaient autant d'occasions ratées de motiver chez les adolescentes la volonté de se protéger.

Malgré les réponses apportées depuis longtemps par les établissements scolaires et les diverses communautés des États-Unis face à l'épidémie de SIDA, les données découlant de la présente étude font valoir des écarts importants dans les connaissances qu'ont les adolescents de la prévention des MST/du VIH. Comme ces deux catégories d'infections menacent dans l'immédiat et à long terme la santé et le bien-être des adolescents, il conviendrait d'intensifier les efforts tendant à doter les jeunes de notre pays des connaissances voulues en matière de prévention des MST/du VIH, puis d'assurer un suivi de façon à garantir leur efficacité. Une action assidue et soutenue permettra aux adolescentes d'acquérir un bagage plus étoffé en matière de prévention.

Bien que les données découlant de l'Enquête relative à la surveillance des risques chez les jeunes aient mis en évidence que 91,5 % des adolescents américains déclaraient avoir été informés sur le SIDA ou l'infection à VIH dans leur établissement scolaire et que près de 63 % aient déclaré avoir évoqué le sujet avec un parent ou un adulte de leur famille (CDC, 1998a), il est tout à fait possible que les établissements scolaires, voire les parents, ne donnent pas aux adolescents une vision approfondie de la prévention contre le VIH. C'est d'autant plus regrettable que les adolescents sont, par définition, désireux de s'informer sur tout ce qui concerne la sexualité et que ceux qui en parlent avec leurs parents ont davantage de chances de se protéger que les autres (DiClemente *et al.*, 2001a).

ÉCARTS CONSTATÉS CHEZ LES ADOLESCENTS
CONCERNANT LEUR MOTIVATION À MINIMISER LES RISQUES

D'après les données disponibles, les adolescents pourraient sous-estimer le risque de contracter une infection à VIH. On a mis en évidence que la perception chez les adolescents de la menace liée au VIH était déterminante dans leur décision de se prémunir ou non contre une infection potentielle. La menace perçue a été conceptualisée comme le produit de la perception du risque et de la gravité par rapport à une maladie, un événement ou une situation donnée (Weinstein, 1989). Il semblerait que les adolescents aient tendance à sous-estimer aussi bien la gravité que le risque d'attraper une MST et/ou une infection à VIH (Eng et Butler, 1997 ; St. Lawrence *et al.*, 1999 ; Reitman *et al.*, 1996 ; The Kaiser Family Foundation, 1999). Cette sous-estimation pourrait être un mécanisme de défense mentale. Ellen et ses collègues, par exemple, ont évalué l'anxiété des adolescents à l'égard des MST et de l'infection à VIH et ont établi que moins les adolescents percevaient le risque, plus leur angoisse augmentait et moins ils prenaient des précautions (Ellen *et al.*, 1996).

Il se peut aussi que les adolescents d'aujourd'hui perçoivent avec moins d'intensité que les adultes la gravité de l'infection à VIH. À une époque où les thérapies antirétrovirales sont efficaces et où les médias accordent relativement peu d'attention à l'épidémie de SIDA aux États-Unis, il ne serait pas étonnant que la génération actuelle d'adolescents ne se sente pas concernée par l'infection à VIH. Ils peuvent aussi la considérer comme improbable car ils ont confiance en leur partenaire (Overby et Kegeles, 1994) ou parce qu'ils ne connaissent pas de cas d'infection à VIH autour d'eux. En outre, il est possible que les adolescents pensent échapper au risque d'infection lorsqu'ils constatent que malgré un manque de précautions récurrent, ils sont toujours indemnes. Ce phénomène a été décrit comme une hypothèse où absence d'infection = exemption ; d'après cette hypothèse, les personnes soutiennent qu'elles ne sont pas vulnérables puisqu'elles ont pris des risques sans en subir les conséquences (Weinstein, 1989). Une étude récente a appuyé cette thèse en montrant que le niveau relatif d'inquiétude des adolescents vis-à-vis du VIH n'était pas lié aux risques qu'ils avaient pris récemment dans leurs rapports sexuels. Cette étude a aussi mis en évidence que le niveau d'inquiétude des adolescents à l'égard du VIH était généralement faible (Crosby *et al.*, 2001d).

ÉCARTS CONSTATÉS CHEZ LES ADOLESCENTS

CONCERNANT LA CONFIANCE QU'ILS ONT DANS LES PRÉSERVATIFS

ET LEUR APTITUDE À S'EN SERVIR

Outre leurs lacunes en matière de prévention du VIH, les adolescents peuvent aussi manquer de confiance ou ne pas savoir comment minimiser les risques dans leurs rapports sexuels. La confiance et la capacité de dire non, de résister à la pression des pairs qui préconisent une activité sexuelle, ainsi que l'utilisation correcte et systématique des préservatifs sont des éléments cruciaux pour promouvoir la notion de protection chez les adolescents. Les données factuelles montrent, par exemple, que les adolescents font souvent de multiples erreurs en déroulant un préservatif. Stanton et ses collègues ont observé des jeunes qui en faisaient la démonstration sur un modèle. Parmi les adolescents non visés par les interventions tendant à promouvoir la bonne utilisation du préservatif, le nombre moyen de phases exécutées correctement était de trois sur cinq. Il est intéressant de noter que les adolescents ayant déjà suivi une formation enregistraient de bien meilleurs scores (Stanton *et al.*, 2000). D'autres enquêteurs ont fait part de conclusions analogues concernant le nombre d'erreurs commises par les adolescents des deux sexes lors de l'application d'un préservatif sur un modèle (St. Lawrence *et al.*, 1999 ; Crosby *et al.*, 2001*d*). Il va sans dire que les adolescents ayant du mal à utiliser correctement un préservatif dans le cadre d'une démonstration sont susceptibles de rencontrer des problèmes au cours de leurs rapports sexuels. C'est une situation regrettable car une étude, au moins, a prouvé que les adolescents ayant déjà fait des expériences négatives avec un préservatif étaient moins bien disposés à son égard et moins enclins à reconnaître qu'ils l'avaient utilisé lors de leur dernier rapport sexuel (Norris et Ford, 1994).

Inversement, les conclusions empiriques portent à croire que la confiance croissante des adolescents dans leur aptitude à utiliser des préservatifs risque fort de développer son utilisation systématique. Dans une étude réalisée auprès de jeunes gens vivant dans des agglomérations urbaines, Pendergrast et ses collègues ont établi un lien manifeste entre l'auto-efficacité des adolescents à l'égard de l'utilisation du préservatif et leur volonté de s'en servir (Pendergrast, DuRant et Gaillard, 1992). D'autres échantillons d'adolescents, y compris afro-américains, ont permis de parvenir à la même conclusion (Basen-Engquisk et Parcel, 1992 ; Jemmott, Jemmott et Hacker, 1992). Il conviendrait, toutefois, de noter que certains enquêteurs, étudiant uniquement des échantillons féminins, ont montré que l'auto-efficacité vis-à-vis de l'application du préservatif pouvait ne pas aller de pair avec son utilisation (Crosby *et al.*, 2001*c*). Cette disparité mérite d'être signalée car elle met en évidence une différence importante entre les adolescents des deux sexes, à savoir qu'une auto-efficacité accrue peut ne pas se traduire directement par la volonté ou l'utilisation accrues du préservatif chez les jeunes filles. Cela s'explique vraisemblablement par le fait que

l'emploi du préservatif n'est pas une attitude volontaire pour elles. Cette notion a été récemment appuyée par une étude ayant établi que l'aptitude avérée des adolescentes à se servir d'un préservatif n'était *pas* associée à leur utilisation ni à la prévalence de MST biologiquement confirmées (Crosby *et al.*, 2001a). En effet, les données factuelles laissent supposer que les obstacles à l'emploi du préservatif que les adolescentes perçoivent peuvent être évalués de façon fiable selon un barème et que les résultats obtenus dépendent fortement de leur utilisation auto-déclarée, à telle enseigne que plus l'obstacle semble grand, plus l'utilisation est faible (Crosby *et al.*, 2001b). Comme les obstacles peuvent être plus grands pour les filles que pour les garçons, les interventions destinées à donner confiance aux adolescentes et à leur permettre d'acquérir le savoir-faire nécessaire pour minimiser les risques sont de la toute première importance.

Nouvelles approches de la prévention du VIH chez les adolescents

Bien que la prévention, telle qu'elle est actuellement pratiquée repose principalement sur le système éducatif qui assure l'information, la sensibilisation et les bonnes attitudes des adolescents par rapport au VIH, tout porte à croire qu'on pourrait utiliser plusieurs méthodes nouvelles qui élargiraient considérablement cette approche sans pour autant la remplacer. Elles viendraient s'ajouter aux efforts fournis pour combler les lacunes qui ont été recensées, mais pourraient aussi donner à l'action de prévention une autre dimension qui intégrerait toutes les influences — individuelle, familiale et communautaire — qui jouent un rôle dans la prévention du VIH chez les adolescents.

APPROCHES AXÉES SUR LA DYNAMIQUE DES RELATIONS ENTRE ADOLESCENTS

L'expérience montre de plus en plus souvent que les adolescents ne pratiquent pas toujours une sexualité à moindre risque parce que la dynamique qui intervient dans la gestion de la relation sexuelle est peut-être trop difficile à affronter pour qu'ils puissent assumer les négociations souvent complexes auxquelles donne lieu le choix de l'abstinence ou de l'utilisation du préservatif. Ainsi, une étude récente réalisée auprès d'adolescentes afro-américaines à haut risque a montré que, parmi les jeunes filles qui avaient une relation stable, celles qui passaient plus de temps avec leur petit ami et

avaient avec lui une relation plus durable avaient aussi beaucoup plus souvent des rapports sexuels vaginaux non protégés. Les adolescentes se disant très attachées à ce que la décision en matière sexuelle appartienne à l'homme étaient aussi plus portées à accepter des rapports vaginaux non protégés. À l'inverse, parmi les adolescentes ayant déclaré avoir des relations sexuelles occasionnelles, ce sont celles qui avaient le plus de réticences personnelles à utiliser un préservatif et celles dont le partenaire avait coutume de décider du moment choisi pour accomplir l'acte sexuel qui indiquaient le plus souvent avoir eu récemment des rapports sexuels vaginaux non protégés (Crosby *et al.*, 2000).

Le déséquilibre des forces dans les relations entre les adolescents et leurs partenaires sexuels peut aussi être un facteur de risque important. Il est particulièrement prononcé lorsque les adolescentes choisissent un partenaire masculin plus âgé. Ainsi, une étude récente a montré que des adolescentes ayant des relations sexuelles avec des jeunes gens d'au moins trois ans plus âgés qu'elles avaient eu moins tendance à utiliser un préservatif lors du dernier rapport ou au cours des six mois écoulés que leurs homologues fréquentant des jeunes gens de leur âge (Miller, Clark et Moore, 1997). Une étude analogue réalisée auprès d'adolescentes dont le partenaire avait au moins deux ans de plus qu'elles a mis en évidence des associations similaires (DiClemente, en cours d'impression). Il est certain que les partenaires masculins plus âgés sont vraisemblablement plus réticents à se protéger et exposent ainsi des jeunes filles moins sûres d'elles à avoir des rapports sexuels non protégés.

Les disparités entre filles et garçons contribuent à ce déséquilibre des forces dans les relations sexuelles des adolescents. Les conclusions d'une enquête sur la surveillance des comportements à risque chez les jeunes montrent que les filles ont de façon systématique moins souvent recours au préservatif que les garçons (CDC, 1998*b*). L'utilisation du préservatif étant une démarche délibérée de la part des garçons, et non pas des filles, elle pourrait s'expliquer par la différenciation sociale des rôles des hommes et des femmes qui empêche sans doute celles-ci de se sentir libres d'insister pour que leur partenaire masculin utilise le préservatif. En effet, l'idée que les adolescentes se font de la réaction négative que pourrait provoquer chez leur partenaire masculin un refus de l'acte sexuel ou une discussion pour qu'il utilise un préservatif est fortement susceptible de conduire à un comportement à risque (Sionean, *et al.*, en cours d'impression *a*) et *b*). Une autre étude a montré que l'utilisation du préservatif chez les adolescentes était liée à l'insistance de leur partenaire et non pas à leur volonté de limiter les risques (Rosenthal *et al.*, 1999). Des études réalisées auprès de

femmes adultes ont mis en évidence une dynamique analogue (Morokoff *et al.*, 1997 ; Wingood et DiClemente, 1996). Ainsi, une étude effectuée récemment auprès de femmes jeunes a montré que l'assurance dans le dialogue, une bonne maîtrise de soi par rapport à l'utilisation du préservatif et le sentiment d'une certaine autorité incitant le partenaire à l'utiliser également étaient autant de variables prédictives d'une utilisation systématique du préservatif chez les femmes (Wingood et DiClemente, 1998).

APPROCHES AXÉES SUR LA SANTÉ MENTALE DES ADOLESCENTS ET LE DÉSIR DE GROSSESSE

On a trouvé que les adolescentes souffrant de troubles psychologiques avaient des comportements sexuels plus risqués que les autres (DiClemente *et al.*, 2001c). De même, les adolescents ayant une mauvaise opinion d'eux-mêmes avouent des comportements sexuels plus risqués à l'égard de l'infection par le VIH (Crosby *et al.*, 2001b). Par ailleurs, une étude au moins a montré que les adolescentes ressentant un désir de grossesse sont peut-être moins portées que les autres à utiliser le préservatif (Crosby *et al.*, en cours d'impression b). Il importe de noter que cette observation vaut peut-être aussi pour les adolescents dans la mesure où leur désir de concevoir pourrait être un des éléments à l'origine du désir de grossesse de leur partenaire féminine (Crosby *et al.*, en cours d'impression e).

APPROCHES FAMILIALES DE LA PRÉVENTION DU VIH

Importance de la surveillance exercée par les parents. Des recherches récentes montrent que la surveillance exercée par les parents est vraisemblablement un aspect particulièrement important de l'influence que la famille peut avoir sur le comportement sexuel à risque des adolescents. Il est intéressant de noter que, pour étayer cette théorie, on a utilisé la façon dont les adolescents perçoivent la surveillance des parents et non pas l'appréciation que ces derniers peuvent avoir. Un grand nombre d'observations ont mis en évidence un lien entre la surveillance exercée par les parents et toute une gamme de comportements sexuels à risque associés au VIH et aux MST, ainsi que des indicateurs de ces comportements confirmés par des données biologiques. Une association a été établie entre l'absence de surveillance des parents et les comportements ci-après des adolescents : a) rapports sexuels non protégés (Biglan *et al.*, 1990 ; Small et Luster, 1994 ; DiClemente *et al.*,

2001b ; Li, Stanton et Feigelman, 2000 ; Li, Feigelman et Stanton, 2000) ; b) initiation précoce à la vie sexuelle (Rosenthal *et al.*, 2001 ; Romer *et al.*, 1999) ; et c) relations sexuelles des adolescentes avec des partenaires masculins non monogames ainsi qu'avec des partenaires multiples (DiClemente *et al.*, 2001d). Bon nombre de ces études présentant une certaine ressemblance, nous avons décidé de n'en reprendre que quelques-unes de façon plus détaillée.

Li et ses collaborateurs ont exposé les conclusions d'une étude longitudinale qui prenait pour hypothèse que la surveillance exercée par les parents permettait de prévoir la prédisposition des adolescents à avoir des rapports sexuels non protégés (Li, Stanton et Feigelman, 2000 ; Li, Feigelman et Stanton, 2000). L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel a constitué l'indicateur de résultat, et la surveillance exercée par les parents a été évaluée à l'aide d'une échelle à six niveaux mise au point par Silverberg et Small (1991). L'interaction observée entre les niveaux inférieurs de la surveillance parentale et l'âge des adolescents a constitué une variable prédictive des relations sexuelles vaginales non protégées, lors d'une évaluation effectuée à six mois et d'une autre à deux ans. L'effet protecteur de la surveillance parentale diminue à mesure que les adolescents avancent en âge. Toutefois, en utilisant le même indicateur de la surveillance parentale calculé au bout d'un an et considéré comme la variable prédictive, on a observé que la surveillance exercée par les parents avait un effet protecteur direct et plus efficace lors de l'évaluation à deux, trois et quatre ans.

DiClemente et ses collaborateurs ont décrit les conclusions d'une analyse transversale portant sur 522 adolescentes (DiClemente *et al.*, 2001c). La surveillance parentale a été évaluée sous la forme de deux questions : il était demandé aux adolescentes si leurs parents (ou figure parentale) savaient où elles étaient et avec qui quand elles n'étaient pas à l'école et pas à la maison. Les adolescentes ont répondu à chacune des questions à l'aide d'un barème sur cinq points établi par Likert et allant de (1) (« jamais ») à (5) (« presque toujours »). Elles ont été classées en deux groupes : celles qui ont répondu « presque toujours » (5) aux deux questions ont été considérées comme soumises à une plus grande surveillance parentale, et les autres comme soumises à une surveillance parentale moindre. Une association a été établie entre le sentiment d'une plus faible surveillance parentale et la probabilité nettement accrue de ne pas avoir utilisé de préservatif au cours du dernier rapport sexuel (35,8 % des adolescentes soumises à une faible surveillance parentale, alors que 23,3 % de celles qui percevaient une plus grande surveillance (ont indiqué avoir utilisé le préservatif) ; 12,5 % des adolescentes soumises à une faible surveillance parentale ont indiqué avoir eu des partenaires multiples au cours des six mois écoulés, contre 6,7 % des adolescentes plus

surveillées. Environ 35 % des adolescentes peu surveillées ont indiqué que leur partenaire du moment avait aussi des relations sexuelles avec d'autres partenaires qu'elles, impression partagée seulement par 25,3 % des adolescentes plus surveillées.

Importance de la communication entre parents et adolescents. Des éléments de plus en plus nombreux portent à croire que promouvoir le dialogue entre parents et adolescents sur les questions sexuelles peut être une stratégie efficace pour réduire durablement les risques chez les adolescents. Ainsi, des observations récentes montrent que l'absence de dialogue sur des questions telles que la grossesse, les MST et l'utilisation du préservatif peut être à l'origine de comportements sexuels à risque chez les adolescents. Ceux qui parlent de ces questions avec leurs parents ont tendance : a) à moins se présenter comme étant sexuellement expérimentés (DiIorio, Kelley et Hockenberry-Eaton, 1999 ; Jaccard, Dittus et Gordon, 1996 ; Leland et Barth, 1993 ; Karofsky, Zeng et Kosorok, 2000) ; b) à moins souvent faire état de rapports sexuels avec pénétration (Dutra, Miller et Forehand, 1999 ; Holtzman et Rubinson, 1995 ; Jaccard, Dittus et Gordon, 1996) ; c) à indiquer qu'ils utilisent le préservatif et d'autres moyens de contraception (Dutra, Miller et Forehand, 1999 ; Jaccard, Dittus et Gordon, 1996 ; Leland et Barth, 1993 ; Miller *et al.*, 1998) ; et d) à compter moins de partenaires sexuels «à vie » (Dutra, Miller et Forehand, 1999 ; Holtzmann et Rubinson, 1995). Les adolescents qui dialoguent ouvertement avec leur mère sur des questions d'ordre général ont tendance à faire état de rapports sexuels moins fréquents que ceux qui ne pratiquent pas ce dialogue (Miller, Forehand et Kotchick, en cours d'impression).

Le dialogue entre parents et adolescents sur les questions sexuelles peut susciter entre les adolescents et leurs partenaires un échange qui, à son tour, a des chances d'augmenter la probabilité d'utiliser un préservatif au cours du premier rapport sexuel et des rapports suivants (Dutra, Miller et Forehand, 1999 ; Shoop et Davidson, 1994 ; Whiteaker *et al.*, 1999 ; Karofsky, Zeng et Kosorok, 2000). Chez les adolescents, la connaissance de ses propres capacités à utiliser le préservatif et d'autres moyens de prévention des MST et de contraception a été associée de façon positive au dialogue entre partenaires sexuels sur la nature de ces méthodes (Lawrance, Levy et Rubinson, 1990) et leur mise en pratique (Basen-Engquist et Parcel, 1992 ; Cobb, 1997 ; Rosenthal, Moore et Flynn, 1991). Toutefois, ces effets sont probablement pondérés par la qualité de la relation mère/adolescente (Jaccard, Dittus et Gordon, 1996) et par la liberté qui s'exprime au cours de ces échanges (Dutra, Miller et Forehand, 1999 ; Whitaker *et al.*, 1999).

Une étude récente réalisée auprès d'un échantillon d'adolescentes afro-américaines a établi un lien étroit entre l'existence d'un dialogue mère/fille moins fréquent sur les questions sexuelles et la non-utilisation du préservatif au cours des 30 jours écoulés, lors du dernier rapport sexuel et lors des cinq derniers rapports sexuels. Cette étude a montré également que quand ce dialogue était moins fréquent, il l'était également entre les adolescentes et leur partenaire sexuel. Enfin, l'étude a aussi démontré que lorsque le dialogue mère/fille sur les questions sexuelles était moins fréquent, il en résultait pour les adolescentes une moins bonne connaissance de leurs propres capacités à négocier l'utilisation du préservatif (DiClemente *et al.*, 2001a).

APPROCHES COMMUNAUTAIRES DE LA PRÉVENTION DU VIH

Des études de plus en plus nombreuses ont été consacrées à la relation entre l'existence de structures communautaires (associations, capital social, par exemple) et le comportement sexuel à risque des adolescents. De même, on a étudié dans quelle mesure il était possible d'atteindre un très grand nombre d'adolescents en lançant des programmes d'intervention à l'échelon local.

Les associations et les comportements sexuels à risque des adolescents. Des observations récentes montrent que les adolescents qui jouent un rôle actif dans des associations ont sans doute des chances d'être à l'abri de comportements sexuels à risque. Ainsi, une étude a montré que les activités de caractère social étaient une médiation entre la structure familiale et le comportement sexuel à risque des adolescents (Ramirez-Valles, Zimmerman et Newcomb, 1998). La participation à des clubs de filles ou de garçons a été associée à des résultats positifs sur le plan de la santé et du développement des adolescents (moins de consommation de substances illicites et plus grande implication des parents, par exemple) (Schinke, Orlandi et Cole, 1992). Des observations récentes montrent aussi que le fait d'être membre d'associations de Noirs peut aider les adolescentes à éviter les comportements sexuels à risque (Crosby *et al.*, en cours d'impression a) ; Crosby, DiClemente *et al.*, en cours d'impression).

Bien que les recherches n'aient pas clairement montré pourquoi l'appartenance à une association joue un rôle protecteur, plusieurs hypothèses ont été avancées. Ainsi, les adolescents peuvent rencontrer dans ces associations des adultes qui deviennent pour eux des modèles positifs. Des données recueillies dans le cadre de l'Étude nationale longitudinale de la santé des adolescents

ont été analysées récemment et ont montré que les adolescentes indiquaient moins fréquemment avoir contracté une maladie sexuellement transmissible dès lors qu'elles avaient le sentiment qu'au moins un adulte se préoccupait d'elles (Crosby, Leichter et Brackbill, 2000). Cette constatation laisse entendre que l'influence positive et bienveillante d'au moins un adulte peut diminuer la probabilité pour que des adolescents adoptent des comportements sexuels à risque. De même, avoir une activité dans une association occupe le temps libre des adolescents et réduit de ce fait les occasions d'avoir des relations sexuelles. Les associations peuvent aussi favoriser les influences normatives positives qui confortent les adolescents dans leur volonté de ne pas avoir de comportements sexuels à risque.

L'idée selon laquelle l'appartenance à une association pourrait aider les adolescents à ne pas adopter de comportements sexuels à risque a été développée dans une étude récente de Putman (2000) sur le capital social. L'auteur y explique que l'expression «capital social» englobe des éléments tels que la confiance, la réciprocité et la coopération entre membres d'un réseau social. Elle s'accompagne d'interactions favorables à l'intérieur des familles, des quartiers et de communautés entières mais aussi entre eux. Des observations récentes laissent entendre qu'il existe une relation très étroite entre le capital social et l'ampleur du comportement à risque tel que le décrivent les adolescents aux États-Unis. Elles ont montré que plus le capital social était important, moins le comportement sexuel était à risque et plus la protection était réelle (Crosby *et al.*, en cours d'examen). D'autres études ont démontré que l'augmentation du capital social pouvait avoir un effet positif sur la santé publique, et des stratégies d'augmentation de ce capital ont été décrites (Kreuter et Lezin, en cours d'impression ; Kawachi, Kennedy et Glass, 1999 ; Kawachi *et al.*, 1997 ; Runyan *et al.*, 1998).

Action de prévention du VIH au niveau de la communauté. Lorsque des communautés entières se mobilisent contre une épidémie comme celle du VIH/SIDA, la force des règles en vigueur dans ces communautés peut être un élément déterminant qui incite les adolescents à adopter des pratiques sexuelles plus sûres. Il est tout à fait manifeste que l'influence des pairs est un facteur important qui détermine aussi bien un comportement à risque qu'un comportement consistant à éviter l'exposition. En particulier, à mesure que les adolescents se soustraient à l'influence familiale, celle des pairs peut prévaloir au niveau de leur prise de décision en matière sexuelle (Forehand et Weirson, 1993). Par conséquent, les règles en vigueur dans les groupes d'adolescents peuvent souvent dicter le

comportement à adopter, y compris en matière sexuelle. En se conformant à ces règles, on recueille l'approbation des pairs (Fisher, Misovich et Fisher, 1992). Ainsi, une étude a montré que le préservatif était quatre fois plus souvent utilisé par ceux qui avaient le sentiment que l'entourage y était favorable (DiClemente *et al.*, 1996). Une autre étude réalisée auprès d'adolescents incarcérés et à haut risque est parvenue à des conclusions analogues (DiClemente *et al.*, 1991). De même, une étude récente effectuée auprès d'adolescentes afro-américaines à faible revenu a montré qu'il existait une relation inverse entre la fréquence avec laquelle les adolescentes avaient des rapports sexuels non protégés et le nombre de celles dont on pensait qu'elles utilisaient le préservatif (Crosby *et al.*, 2000a).

Aussi, contrairement aux approches axées sur l'individu ou sur la famille, les approches communautaires de la prévention du VIH peuvent atteindre une « masse critique » qui favorise, en conjuguant plusieurs facteurs, des pratiques sexuelles plus sûres car elles diffusent à grande échelle des messages qui amplifient les attentes de caractère normatif. Ce sont aussi des approches dont l'efficacité peut tenir au fait qu'elles intègrent des niveaux d'influence multiples. Ainsi, les influences institutionnelle, organisationnelle, communautaire et politique peuvent toutes être intégrées à une approche communautaire de la promotion de la santé. Si cette intégration peut favoriser une diffusion efficace des messages, elle peut également provoquer des changements qui réduisent les obstacles que les adolescents perçoivent à des pratiques sexuelles plus sûres (acquisition de préservatifs, allongement de la durée et intensification des programmes scolaires d'éducation sexuelle, développement de l'accès aux dispensaires qui proposent des services de santé génésique, y compris le diagnostic et le traitement des MST, par exemple).

Conclusion

Dans la mesure où la pandémie de SIDA continue à s'étendre, nous devons avoir à l'esprit que l'évolution future de cette maladie sera dans une large mesure déterminée par les réponses que nous apportons aujourd'hui. Dans toutes les cultures, la protection de la jeunesse est capitale. Aussi, l'effet que peuvent avoir les programmes de promotion de la santé sexuelle est extrêmement important et la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de ces programmes sont à la fois une priorité absolue et une manière prudente d'utiliser les ressources.

Le présent article a mis en évidence les lacunes dans la façon dont on aborde actuellement les effets de l'épidémie de SIDA et a résumé les arguments en faveur d'approches nouvelles et spécifiques dont pourraient bénéficier les générations futures. Bien que nous ayons énoncé des principes et résumé des observations qui concernent des adolescents aux États-Unis, il existe vraisemblablement chez les jeunes des points communs entre toutes les cultures, ce qui laisse supposer que bon nombre de ces lacunes et de ces approches nouvelles peuvent se retrouver dans le monde entier. Toutefois, il serait bon d'identifier aussi les différences d'ordre culturel, ce qui rendrait les observations plus pertinentes et permettrait que les mesures de prévention du VIH soient non seulement *adoptées* par tel ou tel pays ou communauté mais aussi correctement *adaptées* à la sensibilité des différentes cultures ou sous-groupes à l'intérieur d'une même culture.

Enfin, il faut commencer à élaborer des stratégies nationales, régionales et internationales de prévention de l'apparition du VIH chez les adolescents. Il faudra pour cela trouver les ressources nécessaires pour créer des infrastructures diversifiées et coordonnées afin de concevoir, de favoriser et d'appuyer toute la gamme des aspects théoriques et pratiques de la promotion de la santé sexuelle chez les adolescents. À l'évidence, la vigilance constante et l'innovation au niveau des programmes sont plus que jamais indispensables si l'on veut proposer aux adolescents du monde entier un avenir libéré de la menace du VIH.

Références

- Basen-Engquist, K. ; Parcel, G. 1992. « Attitudes, norms and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behaviour » [Comportements, normes et connaissance de ses propres capacités : modèle de comportement sexuel à risque des adolescents par rapport au VIH]. *Health education quarterly* (Thousand Oaks, Californie), vol. 19, p. 263-277.
- Biglan, A. *et al.* 1990. « Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behaviour among adolescents » [Facteurs sociaux et comportementaux associés au comportement sexuel à haut risque des adolescents]. *Journal of behavioral medicine* (New York), vol. 13, p. 245-261.
- Centers for Disease Control and Prevention. 1998a. *HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases-United States. Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD prevention* [La prévention du VIH par le dépistage et le traitement précoces d'autres maladies sexuellement transmissibles — États-Unis. Recommandations du Comité consultatif pour la prévention du VIH et des MST]. *Morbidity and mortality weekly report* (Atlanta, Georgie), vol. 47, p. 1-24.
- . 1998b. « Trends in sexual risk behaviors among high school students-United States, 1991-1997 » [Évolution des comportements sexuels à risque chez les lycéens aux États-Unis, 1991-1997]. *Morbidity and mortality weekly report* (Atlanta, Georgie), vol. 47, p. 749-752.
- . 1998c. « Youth risk behavioral surveillance—United States, 1997 » [Surveillance des comportements à risque des jeunes — États-Unis, 1997]. *Morbidity and mortality weekly report* (Atlanta, Georgia), vol. 47 (SS-3), p. 18-20.
- . 1999. *HIV/AIDS Surveillance Report, year-end edition* [Rapport de surveillance du VIH/SIDA, rapport de fin d'année]. Atlanta, Georgie, U.S. Department of Health and Human Services.

- Cobb, B. K. 1997. «Communication types and sexual protective practices of college women» [Modes de communication et méthodes de protection chez les jeunes filles de l'enseignement supérieur]. *Public health nursing* (Malden, Massachusetts), vol. 14, p. 293-301.
- Crosby, R. A. 1996. «Combating the illusion of adolescent invincibility to HIV/AIDS» [Comment lutter contre l'illusion de l'invincibilité de l'adolescent par rapport au VIH/SIDA]. *Journal of school health* (Kent, Ohio), vol. 66, p. 186-190.
- Crosby, R. A. ; Leichter, J. S. ; Brackbill, R. 2000. « Longitudinal prediction of STDs among sexually experienced adolescents: Results from a national survey » [La prévision des MST chez les adolescents ayant une expérience sexuelle : résultats d'une enquête longitudinale nationale]. *The American journal of preventive medicine* (New York), vol. 18, p. 367-372.
- Crosby R. A. ; Yarber, W. L. 2001. « Perceived versus actual knowledge about correct condom use among U.S. adolescents: results from a national study » [Connaissance théorique et connaissance réelle de la bonne utilisation du préservatif chez les adolescents aux États-Unis : conclusions d'une étude nationale]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 28, p. 415-420.
- Crosby, R. A. *et al.* 2000a. « Correlates of unprotected vaginal sex among African American female teens: the importance of relationship dynamics » [Corrélatés associés aux relations sexuelles vaginales non protégées chez les adolescentes afro-américaines : importance de la dynamique des relations]. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* (Chicago, Illinois), vol. 154, p. 893-899.
- . 2000b. « Misconceptions about STD protective behaviours » [Idées fausses à propos des attitudes de protection contre les MST]. *The American journal of preventive medicine* (New York), vol. 19, p. 167-173.
- . 2001a. *A descriptive analysis of African American adolescent females' HIV/STD prevention knowledge: Significant gaps remain* [Analyse descriptive de la connaissance des moyens de prévention contre le VIH/SIDA chez les adolescentes afro-américaines : persistance de lacunes importantes]. Document présenté à la 129^e réunion annuelle de l'American Public Health Association, Atlanta, Georgie, 24 octobre.
- . 2001b. *High self-esteem is associated with more favorable predispositions to sexual protective behavior among low-income African American adolescent females* [Relation entre la bonne opinion de soi et une meilleure prédisposition à avoir des relations sexuelles protégées chez les adolescentes afro-américaines à faible revenu]. Document présenté à la 129^e réunion annuelle de l'American Public Health Association, Atlanta, Georgie, 22 octobre.
- . 2001c. *Perceived barriers to condom use predict risky sex: a prospective analysis of high-risk African American female teens* [Tout ce qui paraît être un obstacle à l'utilisation du préservatif annonce des pratiques sexuelles à risque : analyse prospective menée auprès d'adolescentes afro-américaines à haut risque]. Document présenté à la Conférence nationale sur la prévention du VIH, Atlanta, Georgie, 12-14 août.
- . 2001d. « Psychosocial correlates of adolescents' worry about STD versus HIV infection » [Corrélations psychosociales entre l'inquiétude des adolescents à l'égard des MST et l'infection par le VIH]. *Sexually transmitted diseases* (Philadelphie, Pennsylvanie), vol. 28, p. 208-213.
- . En cours d'impression a. « African American adolescent females' membership in social organizations is associated with protective behaviour against HIV infection » [Relation entre l'appartenance d'adolescentes afro-américaines à des associations et la protection contre l'infection par le VIH]. *Ethnicity and disease* (Atlanta, Georgie).
- . En cours d'impression b. « Adolescents' ambivalence about becoming pregnant predicts infrequent contraceptive use: a prospective analysis of non-pregnant African American females » [Lien entre l'ambivalence des adolescents à l'égard du désir de grossesse et l'utilisation peu fréquente de moyens de contraception : analyse prospective auprès de femmes afro-américaines non enceintes]. *American journal of obstetrics and gynecology* (Abingdon, Royaume-Uni).
- . En cours d'impression c. « African American adolescent females' membership in community organizations is associated with STD/HIV-protective behaviours: a prospective analysis » [Lien entre l'appartenance d'adolescentes afro-américaines à des associations et les comportements de protection contre les MST et/ou le VIH : analyse prospective]. *Journal of epidemiology and community health* (Londres).
- . En cours d'impression d. « Correct condom application among African American adolescent females: the relationship to perceived self-efficacy and the association to confirmed STDs » [La bonne utilisation du préservatif chez des adolescentes afro-américaines : lien avec la connaissance de ses propres capacités et avec la confirmation du diagnostic de MST]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 29, p. 194-199.
- . En cours d'impression e. « Correlates of adolescent females perceived threat of undesired pregnancy: The importance of partner desire for pregnancy » [Corrélatés associés à la perception par les adolescentes du risque de grossesse non désirée : importance du désir d'enfant chez le partenaire]. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* (Philadelphie, Pennsylvanie).

- . À l'étude. *Correlations between social capital and adolescents' sexual risk behavior: an analysis based on data from twenty-nine states* [Corrélations entre le capital social et le comportement sexuel à risque des adolescents : analyse fondée sur des données obtenues dans 29 États].
- D'Angelo, L. J. ; DiClemente, R. J. 1996. « Sexually transmitted diseases including human immunodeficiency virus infection » [Les maladies sexuellement transmissibles, y compris l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine]. Dans : DiClemente, R. J. ; Hansen, W. B. ; Ponton, L. E. (dir. publ.). *Handbook of adolescent health risk behaviour*, p. 333-368. New York, Plenum Press.
- Denning, P. F. ; Flemming, P. L. 1998. *Communities at risk: estimating the impact of the HIV epidemic upon adolescents and young adults at the local level* [Les groupes à risque : évaluation de l'impact local de l'épidémie de VIH sur les adolescents et les jeunes adultes]. Document présenté à la 126e réunion annuelle de l'American Public Health Association.
- DiClemente, R. J. 1992. « Psychosocial determinants of condom use among adolescents » [Les déterminants psychosociaux de l'utilisation du préservatif chez les adolescents]. Dans : DiClemente, R. J. (dir. publ.). *Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy*, p. 34-51. Newbury Park, Californie, Sage Publications.
- DiClemente, R. J. ; Peterson, J. L. 1994. « Changing HIV/AIDS risk behaviours: the role of behavioral interventions » [Comment modifier les comportements à risque à l'égard du VIH/SIDA : rôle des interventions comportementales]. Dans : DiClemente, R. J. ; Peterson, J. L. (dir. publ.). *Preventing AIDS: theories and methods of behavioural intervention*, p. 1-3. New York, Plenum Press.
- DiClemente, R. J. *et al.* 1991. « Comparison of AIDS knowledge, attitudes, and behaviours among incarcerated adolescents and a public school sample in San Francisco » [Comparaison entre les connaissances, les attitudes et les comportements à l'égard du SIDA chez des adolescents incarcérés et auprès d'un échantillon de lycéens à San Francisco]. *American journal of public health* (Washington, D.C.), vol. 81, p. 628-630.
- . 1996. « African-American adolescents residing in high-risk urban environments do use condoms: correlates and predictors of condom use among adolescents in public housing developments » [Les adolescents afro-américains vivant dans des zones urbaines à haut risque utilisent pourtant le préservatif : corrélats et variables prédictives de l'utilisation du préservatif chez les adolescents dans les programmes de logements sociaux]. *Pediatrics Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 98, p. 269-278.
- . 2001a. « Parent-adolescent communication and sexual risk behaviours among African American adolescent females » [La communication entre parents et adolescents et les comportements sexuels à risque chez des adolescentes afro-américaines]. *Journal of pediatrics* (St Louis, Missouri), vol. 139, p. 407-412.
- . 2001b. « Parental monitoring and its association with a spectrum of adolescent health risk behaviours » [La surveillance parentale et ses liens avec toute une gamme de comportements à risque pour la santé des adolescents]. *Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 107, p. 1363-1368.
- . 2001c. « A prospective study of psychological distress and sexual risk behaviour among African American adolescent females » [Étude prospective du lien entre la souffrance psychologique et le comportement sexuel à risque chez des adolescentes afro-américaines]. *Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 108(5), p. 1-6.
- . 2001d. « Parental monitoring: association with adolescents' risk behaviors » [La surveillance parentale : ses liens avec les comportements à risque des adolescents]. *Pediatrics Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 107(6), p. 1363-1368.
- . En cours d'impression. « Sexual risk behaviours associated with having older sex partners: a study of African American female adolescents » [Les comportements sexuels à risque liés au fait d'avoir un partenaire plus âgé : étude auprès d'adolescentes afro-américaines]. *Sexually transmitted diseases* (Philadelphie, Pennsylvanie).
- DiIorio, C. ; Kelley, M. ; Hockenberry-Eaton, M. 1999. « Communication about sexual issues: Mothers, fathers, and friends » [La communication sur les questions sexuelles : mères, pères et amis]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 24, p. 181-189.
- Dutra, R. ; Miller, K. S. ; Forehand, R. 1999. « The process and content of sexual communication with adolescents in two-parent families: associations with sexual risk-taking behaviour » [Le processus et le contenu de la communication sur les questions sexuelles avec des adolescents dans des familles biparentales : liens avec les comportements sexuels à risque]. *AIDS and behaviour* (New York), vol. 3, p. 59-66.
- Ehrhardt, A. A. ; Bolan, G. ; Wasserheit, J. N. 1999. « Gender perspectives and STD » [L'équité entre les sexes et les MST]. Dans : Holmes, K. K. *et al.* (dir. publ.). *Sexually transmitted diseases*, p. 117-128. 3^e éd. New York, McGraw-Hill.
- Ellen, J. M. *et al.* 1996. « Adolescents' perceived risk for STDs and HIV infection » [L'idée que les adolescents se font du risque de contracter des MST et l'infection par le VIH]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 18, p. 177-181.

- Eng, T. R. ; Butler, W. T. (dir. publ.). 1997. *The hidden epidemic: confronting sexually transmitted diseases* [L'épidémie cachée : comparaison de maladies sexuellement transmissibles]. Washington, D.C., National Academy Press.
- Fisher, J. D. ; Fisher, W. A. 2000. « Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behaviour » [Approches théoriques du changement individuel en ce qui concerne le comportement à risque à l'égard du VIH]. Dans : Peterson, J. L. ; DiClemente, R. J. (dir. publ.). *Handbook of HIV prevention*. p. 3-56. New York, Kluwer-Plenum Press.
- Fisher, J. D. ; Misovich, S. J. ; Fisher, W. A. 1992. « Impact of perceived social norms on adolescents' AIDS-risk behaviour and prevention » [L'impact des normes sociales sur les comportements à risque et la prévention du SIDA chez les adolescents]. Dans : DiClemente, R. J. (dir. publ.). *Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy*, p. 117-136). Newbury Park, Californie, Sage Publications.
- Fleming, D. T. ; Wasserheit, J. N. 1999. « From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection » [De la synergie épidémiologique à la politique de santé publique et aux pratiques en la matière : rôle des autres maladies sexuellement transmissibles dans la transmission par voie sexuelle de l'infection à VIH]. *Sexually transmitted infections* (Londres), vol. 75, p. 3-17.
- Forehand, R. ; Wierson, M. 1993. « The role of developmental factors in planning behavioural interventions for children: disruptive behaviour as an example » [Le rôle des facteurs de développement dans la planification des interventions comportementales auprès des enfants : exemple d'un comportement de rupture]. *Behaviour therapy* (New York), vol. 24, p. 117-141.
- Holtzman, D. ; Rubinson, R. 1995. « Parent and peer communication effects on AIDS-related behaviour among U.S. high school students » [Effets de la communication avec les parents et les pairs sur le comportement de lycéens américains à l'égard du SIDA]. *Family planning perspectives* (New York), vol. 27, p. 235-240.
- Jaccard, J. ; Dittus, P. J. ; Gordon, V. V. 1996. « Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behaviour » [Corrélations maternelles du comportement des adolescents à l'égard de la sexualité et de la contraception]. *Family planning perspectives* (New York), vol. 28, p. 159-165.
- Jemmott, J. B. ; Jemmott, L. S. 2000. « HIV behavioural interventions for adolescents in community settings » [Interventions comportementales relatives au VIH à l'intention d'adolescents dans des cadres communautaires]. Dans : Peterson J. L. ; DiClemente, R. J. (dir. publ.). *Handbook of HIV prevention*, p. 103-128. New York, Plenum Press.
- Jemmott, J. B. ; Jemmott, L. S. ; Fong, G. T. 1992. « Reductions in HIV Risk-associated sexual behaviours among Black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention » [Atténuation des comportements sexuels à risque à l'égard du VIH chez des adolescents noirs : effets d'une intervention pour la prévention du SIDA]. *American journal of public health* (Washington, D.C.), vol. 82, p. 372-377.
- . 1998. « Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents » [Interventions en faveur de l'abstinence, de pratiques sexuelles plus sûres et de la réduction du risque d'apparition du VIH auprès d'adolescents afro-américains]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 279, p. 1529-1536.
- Jemmott, J. B. ; Jemmott, L. S. ; Hacker, C. I. 1992. « Predicting intentions to use condoms among African American adolescents: the theory of planned behavior as a model of HIV risk associated behaviour » [Prévoir l'intention d'utiliser le préservatif chez des adolescents afro-américains : la théorie du comportement planifié comme modèle de comportement associé au risque d'apparition du VIH]. *Ethnicity and disease* (Atlanta, Georgie), vol. 2, p. 371-380.
- The Kaiser Family Foundation. 1999. *What teens know and don't (but should) about sexually transmitted diseases* [Ce que les adolescents savent, ne savent pas mais devraient savoir des maladies sexuellement transmissibles]. Menlo Park, Californie, The Kaiser Family Foundation.
- Karofsky, P. S. ; Zeng, L. ; Kosorok, M. R. 2000. « Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents » [Relation entre la communication adolescents-parents et la première relation sexuelle des adolescents]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 28, p. 41-45.
- Kawachi, I. *et al.* 1997. « Social capital, income inequality, and mortality » [Capital social, inégalité de revenu et mortalité]. *American journal of public health* (Washington, D.C.), vol. 87(9), p. 1491-1498.
- Kawachi, I. ; Kennedy, B. ; Glass, R. 1999. « Social capital and self-rated health: A contextual analysis » [Capital social et autoévaluation de la santé : une analyse en perspective]. *American journal of public health* (Washington, D.C.), vol. 89 (8), p. 1187-1193.
- Kreuter, M. W. ; Lezin, N. A. En cours d'impression. « Social capital theory: implications for community-based health promotion » [La théorie du capital social : incidences sur la promotion de la santé par la communauté]. Dans : DiClemente, R. J. ; Crosby, R. A. ; Kegler, M. C. (dir. publ.). *Emerging theories in health promotion practice and research*. San Francisco, Californie, Jossey-Bass.

- Lanier, M. M.; Pack, R. P.; DiClemente, R. J. 1999. « Changes in incarcerated adolescents' human immunodeficiency virus knowledge and selected behaviours from 1988 to 1996 » [Évolution de la connaissance du virus de l'immunodéficience humaine chez des adolescents incarcérés, et description de certains comportements de 1988 à 1996]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 25, p. 182-186.
- Lawrance, L.; Levy, S. R.; Rubinson, L. 1990. « Self-efficacy and AIDS prevention for pregnant teens » [Connaissance de ses propres capacités et prévention du SIDA chez les adolescentes enceintes]. *Journal of school health* (Kent, Ohio), vol. 60, p. 19-24.
- Leland, N. L.; Barth, R. P. 1993. « Characteristics of adolescents who have attempted to avoid HIV and who have communicated with parents about sex » [Caractéristiques des adolescents qui ont tenté de se protéger contre le VIH et qui ont dialogué avec leurs parents sur les questions sexuelles]. *Journal of adolescent research* (Thousand Oaks, Californie), vol. 81 (1), p. 58-76.
- Li, X.; Stanton, B.; Feigelman, S. 2000. « Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behaviour over 4 years » [Impact au bout de quatre ans de ce qui paraît être une surveillance parentale sur le comportement à risque des adolescents]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 27, p. 49-56.
- Li, X.; Feigelman, S.; Stanton, B. 2000. « Perceived parental monitoring and health risk behaviors among urban low-income African-American children and adolescents » [La surveillance parentale telle qu'elle est perçue et le comportement à risque d'enfants et d'adolescents afro-américains à faible revenu, en milieu urbain]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 27, p. 43-48.
- Main, D. S. et al. 1994. « Preventing HIV infection among adolescents: evaluation of a school-based education programme » [La prévention de l'infection à VIH chez les adolescents : évaluation d'un programme d'éducation en milieu scolaire]. *Preventive medicine* (San Diego, Californie), vol. 23, p. 409-417.
- Miller, K. S.; Clark, L. F.; Moore, J. S. 1997. « Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents » [Premiers rapports sexuels d'adolescents avec des partenaires masculins plus âgés et comportements à risque qui en résultent]. *Family planning perspectives* (New York), vol. 29, p. 212-214.
- Miller, K. S.; Forehand, R.; Kotchick, B. A. En cours d'impression. *Adolescent sexual behavior in two ethnic minority samples: a multi-system perspective delineating targets for prevention* [Le comportement sexuel d'un échantillon d'adolescents dans deux minorités ethniques : perspectives multisystémiques définissant les objectifs de la prévention].
- Miller, K. S. et al. 1998. « Patterns of condom use among adolescents: The impact of mother-adolescent communication » [L'utilisation du préservatif chez les adolescents : impact de la communication mère-adolescent]. *American journal of public health* (Washington, D.C.), vol. 88, p. 1542-1544.
- Morokoff, P. J. et al. 1997. « Sexual assertiveness scale (SAS) for women: development and validation » [Échelle d'évaluation de la volonté de s'affirmer en matière sexuelle chez les femmes : mise au point et validation]. *Journal of personality and social psychology* (Washington, D.C.), vol. 73, p. 790-804.
- Norris, A. E.; Ford, K. 1994. « Associations between condom experiences and beliefs, intentions, and use in a sample of low-income, African-American and Hispanic youth » [Lien entre les pratiques associées au préservatif : croyances, intentions et utilisation dans un échantillon de jeunes afro-américains et hispaniques à faible revenu]. *AIDS education and prevention* (New York), vol. 6, p. 27-39.
- Office of National AIDS Policy. 1996. *Youth and HIV/AIDS: an American agenda* [Les jeunes et le VIH/SIDA : un plan d'action américain]. Washington, D.C., Office of National AIDS Policy.
- Overby, K. J.; Kegeles, S. M. 1994. « The impact of AIDS on an urban population of high-risk minority adolescents: implications for intervention » [L'impact du SIDA sur une population urbaine d'adolescents minoritaires à haut risque : conséquences pour l'action]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 15, p. 216-227.
- Padian, N. S.; Shiboski, S. C.; Jewell, N. P. 1991. « Female-to-male transmission of Human Immunodeficiency virus » [Transmission du virus de l'immunodéficience humaine de la femme à l'homme]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 266, p. 1664-1667.
- Pendergast, R. A.; DuRant, R. H.; Gaillard, G. L. 1992. « Attitudinal and behavioral correlates of condom use in urban adolescent males » [Corrélations comportementales associées à l'utilisation du préservatif chez des adolescents de sexe masculin en milieu urbain]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 13, p. 133-139.
- Putnam, R. D. 2000. *Bowling alone: the collapse and revival of American community* [Le déclin des associations : effondrement et renaissance de la communauté américaine]. New York, Touchstone.
- Ramirez-Valles, J.; Zimmerman, M. A.; Newcomb, M. D. 1998. « Sexual risk behavior among youth: modeling the influence of prosocial activities and socioeconomic factors » [Le comportement sexuel à risque des jeunes : modélisation de l'influence des activités sociales et des facteurs socio-économiques]. *Journal of health and social behavior* (Washington, D.C.), vol. 39, p. 237-253.

- Reitman, D. *et al.* 1996. «Predictors of African American adolescents' condom use and HIV risk behavior» [Variables prédictives de l'utilisation du préservatif par des adolescents afro-américains et comportement à risque d'infection par le VIH]. *AIDS education and prevention* (New York), vol. 8, p. 499-515.
- Romer, D. *et al.* 1999. «Parental influence on adolescent sexual behavior in high-poverty settings» [L'influence parentale sur le comportement sexuel des adolescents dans des contextes de grande pauvreté]. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* (Chicago, Illinois), vol. 153, p. 1055-1062.
- Rosenberg, P. S. ; Biggar, R. J. 1998. Trends in HIV incidence among young adults in the United States [Évolution de l'incidence du VIH chez les jeunes adultes aux États-Unis]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 279, p. 1894-1899.
- Rosenthal, S. L. *et al.* 1999. «Locus of control for general health and STD acquisition among adolescent girls» [La théorie du lieu de contrôle, la santé publique et la contraction de MST chez les adolescentes]. *Sexually transmitted diseases* (Philadelphie, Pennsylvanie), vol. 26, p. 472-475.
- . 2001. «Sexual initiation: predictors and developmental trends» [Initiation à la sexualité : variables prédictives et évolutions]. *Sexually transmitted diseases* (Philadelphia, Pennsylvanie), vol. 28 (9), p. 527-532.
- Rosenthal, D. ; Moore, S. ; Flynn, I. 1991. «Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk-taking» [Connaissance de ses propres capacités, confiance en soi et prise de risques en matière sexuelle chez les adolescents]. *Journal of community and applied social psychology* (Chichester, Royaume-Uni), vol. 1, p. 77-88.
- Rotheram-Borus, M. J. ; Mahler, K. A. ; Rosario, M. 1995. «AIDS prevention with adolescents» [La prévention du SIDA chez les adolescents]. *AIDS education and prevention* (New York), vol. 7, p. 320-336.
- Runyan, D. K. *et al.* 1998. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital [Les enfants qui réussissent dans un milieu défavorable : lien avec le capital social]. *Pediatrics* (Elk Grove Village, Illinois), vol. 101, p. 12-18.
- Schinke, S. P. ; Orlandi, M. A. ; Cole, K. C. 1992. «Boys and girls clubs in public housing developments: prevention services for youth at risk» [Les clubs de jeunes gens et de jeunes filles dans les logements sociaux: services de prévention pour les jeunes à risque]. *Journal of comparative psychology* (Washington, D.C.), vol. 28, p. 118-128.
- Shain, R. N. *et al.* 1999. «A randomized, controlled trial of a behavioural intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women» [Essai comparatif randomisé d'une intervention comportementale destinée à prévenir les maladies sexuellement transmissibles chez les femmes dans des minorités]. *New England journal of medicine* (Waltham, Massachusetts), vol. 340, p. 93-100.
- Shoop, D. M. ; Davidson, P. M. 1994. «AIDS and adolescent: the relation of parent and partner communication to adolescent condom use» [Le SIDA et les adolescents : lien entre l'existence d'une communication avec les parents et le partenaire, et l'utilisation du préservatif chez les adolescents]. *Journal of adolescence* (Londres), vol. 17, p. 137-148.
- Silverberg, S. B. ; Small, S. A. 1991. *Parental monitoring, family structure and adolescent substance use* [Surveillance parentale, structure familiale et consommation de substances chez les adolescents]. Document présenté à la réunion de la Society of Research in Child Development, Seattle, Washington, avril.
- Sionean, C. *et al.* En cours d'impression a. «Correlates of refusing unprotected sexual intercourse among high-risk African American female adolescents» [Corrélations associées au refus de relations sexuelles non protégées chez des adolescentes afro-américaines à haut risque]. *Women's health* (Londres).
- . En cours d'impression b. «Psychosocial correlates of refusing unwanted intercourse among African American female adolescents» [Corrélations psychosociales associées au refus de relations sexuelles non désirées chez des adolescentes afro-américaines]. *Journal of adolescent health* (New York).
- Small, S. A. ; Luster, T. 1994. «Adolescent sexual activity: an ecological, risk-factor approach» [L'activité sexuelle des adolescents : approche écologique et facteurs de risque]. *Journal of marriage and the family* (Lawrence, Kansas), vol. 56, p. 181-192.
- St. Lawrence, J. S. *et al.* 1995. «Cognitive-behavioural intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection» [Intervention cognitive et comportementale destinée à réduire le risque pour des adolescents afro-américains de contracter une infection au VIH]. *Journal of consulting and clinical psychology* (Washington, D.C.), vol. 63, p. 221-237.
- . 1999. «Sexual risk reduction and anger management interventions for incarcerated male adolescents: a randomized controlled trial of two interventions» [Interventions axées sur l'atténuation des comportements sexuels à risque et la gestion de la colère chez des adolescents de sexe masculin incarcérés : étude comparative de deux interventions]. *Journal of sex education and therapy* (Mt Vernon, Iowa), vol. 24, p. 9-17.

- Stanton, B. F. *et al.* 1996. « A randomized, controlled effectiveness trial of an AIDS prevention program for low-income African-American youths » [Essai comparatif randomisé de l'efficacité d'un programme de prévention du SIDA destiné à des jeunes afro-américains à faible revenu]. *Archives of pediatrics and adolescent medicine* (Chicago, Illinois), vol. 150, p. 363-371.
- . 2000. « Parental underestimates of adolescent risk behavior: a randomized, controlled trial of a parental monitoring intervention » [Sous-estimation par les parents du comportement à risque des adolescents : essai comparatif randomisé d'une intervention sur la surveillance parentale]. *Journal of adolescent health* (New York), vol. 26, p. 18-26.
- Valleroy, L. A. *et al.* 1998. « HIV infection in disadvantaged out-of-school youth: prevalence for U.S. Job Corps entrants, 1990 through 1996 » [L'infection au VIH chez des jeunes défavorisés non scolarisés : prévalence chez les nouvelles recrues du U.S. Job Corps, de 1990 à 1996]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (Philadelphie, Pennsylvanie), vol. 19, p. 67-73.
- Walter, H. J. ; Vaughan, R. D. 1993. « AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students » [L'atténuation du risque de contracter le SIDA dans un échantillon pluri-ethnique de lycéens en milieu urbain]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 270, p. 725-762.
- Weinstein, N. D. 1989. « Perception of personal susceptibility to harm » [Perception de la prédisposition personnelle au risque]. Dans : Mays, V. M. ; Albee G. W. ; Schneider, S. F. (dir. publ.). *Primary prevention of AIDS*, p. 142-167. Newbury Park, Californie, Sage Publications.
- Whitaker, D. J. *et al.* 1999. « Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: the implications of parent-teenage discussions » [La communication entre adolescents sur les risques sexuels et l'utilisation du préservatif : effets des discussions entre parents et adolescents]. *Family planning perspectives* (New York), vol. 31, p. 117-121.
- Wingood, G. M. ; DiClemente, R. J. 1996. « HIV sexual risk reduction interventions for women: a review » [Étude d'interventions ciblées sur des femmes pour réduire le risque de contamination au VIH par voie sexuelle]. *American journal of preventive medicine* (New York), vol. 12, p. 209-217.
- . 1998. « Gender-related correlates and predictors of consistent condom use among young adult African-American women: a prospective analysis » [Corrélations sexospécifiques et variables prédictives de l'utilisation systématique du préservatif chez de jeunes femmes adultes afro-américaines : analyse prospective]. *International journal of STD & AIDS* (Londres), vol. 9, p. 139-145.
- Wolner-Hanssen, P. *et al.* 1990. « Association between vaginal douching and acute pelvic inflammatory disease » [Relation entre les douches vaginales et les inflammations pelviennes aiguës]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 263, p. 1936-1941.

Langue originale : anglais

Shermain Mannah (Afrique du Sud)

Après avoir étudié dans des universités sud-africaines, Shermain Mannah a obtenu une maîtrise d'éducation de l'Université de l'Etat d'Arizona. Professeur de l'enseignement primaire et secondaire et conseiller d'orientation pendant 13 ans. A participé à l'Équipe spéciale conjointe sur le VIH/SIDA de la South African Democratic Teachers' Union (SADTU) (Association professionnelle démocratique des enseignants d'Afrique du Sud) en qualité d'expert en éducation, spécialisée dans l'élaboration des programmes d'études. Elle a mis au point et rédigé une proposition conçue par cette association pour faire face à la pandémie de VIH/SIDA. Elle a collaboré à l'Internationale de l'éducation (IE), à l'Organisation mondiale de la santé et aux syndicats d'enseignants de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC). Membre de l'équipe dirigeante du projet conjoint conduit par l'IE/OMS en coopération avec le Ministère de la santé et de l'éducation. Elle a représenté l'IE à la session de 2001 de la CEDEAO.

L'ÉDUCATION POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

LE RÔLE COMPLEXE DE L'ENSEIGNEMENT

DISPENSÉ DANS LE CADRE SCOLAIRE

CONCERNANT LE VIH/SIDA :

UNE EXPÉRIENCE SUD-AFRICAINE

*Shermain Mannah*¹

Le propos du présent article n'est pas de procéder à une analyse exhaustive du problème du VIH/SIDA en Afrique du Sud mais de tenter d'apporter un éclairage nouveau de la question en faisant entendre la voix des enseignants et en décrivant la réalité à laquelle ceux-ci sont confrontés dans le cadre scolaire. C'est cette réalité sur le terrain qui crée un environnement complexe dans lequel l'éducation sur le VIH/SIDA pourra atteindre — ou non — les objectifs qui lui ont été fixés.

La situation en Afrique du Sud

L’Afrique est aujourd’hui aux prises avec un nouvel ennemi mortel — la propagation du VIH/SIDA. Aucune des épreuves endurées autrefois sur le continent n’avait encore été aussi redoutable que la pandémie de VIH/SIDA. L’on sait que l’expansion de cette maladie est favorisée par la pauvreté, l’ignorance et la subordination des femmes et des enfants.

Selon le *Rapport sur l’épidémie mondiale de VIH/SIDA* de l’ONUSIDA (2000) :

- 40 millions d’individus sont actuellement porteurs du VIH dans le monde ;
- sur l’ensemble de cette population infectée, 28,1 millions vivent dans la seule Afrique subsaharienne ;
- dans 15 pays de la sous-région africaine (orientale et australe), le taux moyen de prévalence chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est estimé à 13,95 %, dans l’ensemble de l’Afrique subsaharienne il est de 8,57 % et dans le monde entier de 1,07 %.

C’est en Afrique du Sud que l’épidémie de VIH/SIDA se développe le plus rapidement, le nombre des personnes infectées dépassant celui de tous les autres pays (ONUSIDA, 2000). Plus de 4 millions de Sud-Africains sont séropositifs et, selon les prévisions, d’ici à 2005, ils seront 6 millions et 2,5 millions de personnes seront mortes du SIDA ou d’une maladie connexe. Les taux de mortalité doubleront d’ici à 2010 et l’espérance de vie tombera de 68 à 40 ans (Coombe, 2000a).

La constatation selon laquelle l’Afrique du Sud est actuellement l’épicentre mondial de l’escalade de la pandémie de VIH/SIDA (Sachs, 2000) s’explique si l’on connaît les conséquences provoquées par l’*apartheid* dans toutes les couches sociales du pays. Le régime de l’*apartheid* a en effet créé un pays profondément ancré dans des inégalités fondées sur des hiérarchies raciales. Même s’il s’est libéré du joug de l’*apartheid*, ce pays n’a pas été en mesure de remédier à ces inégalités dont tout le tissu social continue de pâtir. En réalité, après sept années de démocratie, l’Afrique du Sud demeure — après le Brésil — la société la plus inégalitaire du monde. À certains égards, l’inégalité héritée de l’époque de l’*apartheid* favorise la propagation du VIH/SIDA.

Le VIH/SIDA et l’éducation

Le monde a été profondément bouleversé par l’apparition du VIH/SIDA. En Afrique, nous sommes tous touchés dans notre vie et nous sommes contraints de déplacer nos frontières et d’opérer des transformations profondes pour pouvoir relever ce défi. Nul doute qu’un changement de nos modes d’action s’impose.

Citons les remarques formulées par Coombe (2000a) qui indique les domaines dans lesquels le VIH/SIDA a un impact sur le système d'éducation :

- *Diminution du nombre d'enfants scolarisés* du fait que les mères séropositives meurent jeunes et ont moins d'enfants, que les enfants eux-mêmes meurent de complications du SIDA et que les enfants malades, appauvris, orphelins doivent s'occuper des plus jeunes ou gagner de l'argent, ce qui les oblige à quitter l'école.
- *Le Secteur de l'éducation se trouve privé d'enseignants qualifiés, de formateurs d'enseignants et de fonctionnaires* pour cause de décès, de maladie ou de départ pour un autre emploi. La capacité des responsables de la formation pédagogique à compenser la diminution des effectifs sera à son tour entamée par leurs propres pertes en personnel. Les taux de scolarisation dans les établissements postsecondaires fléchiront au fur et à mesure de la baisse du nombre d'élèves sortant du cycle secondaire et de la qualité de l'enseignement du second degré de même que de la diminution du corps enseignant des établissements d'enseignement supérieur.
- *La gestion, l'administration et le contrôle financier du système d'éducation sont déjà fragiles*, et peut-être sera-t-il encore plus difficile, avec le SIDA, de maintenir les structures nécessaires à l'offre d'une éducation formelle ayant la portée et la qualité envisagées dans le cadre de la politique adoptée par le gouvernement démocratique.
- *La hausse du coût des prestations maladie et en cas de décès et des obsèques* ainsi que des *coûts supplémentaires afférents à la formation pédagogique*. Par ailleurs, les contributions financières émanant des parents et des communautés diminueront en raison de l'aggravation de la pauvreté et nombre de ménages ne pourront plus envoyer leurs enfants à l'école. L'État sera de plus en plus appelé à augmenter le budget de l'éducation.
- *Les enseignants, les enfants et leurs familles subiront des traumatismes d'ordre psychologique et social considérables*.
- *L'action de l'école perdra à tout le moins de son efficacité* lorsqu'une importante proportion d'enseignants, de fonctionnaires et d'enfants seront atteints par la maladie, démoralisés et incapables de se concentrer.
- Il se produira, à la longue, *un véritable renversement des acquis du développement, il deviendra plus difficile de poursuivre dans la voie du développement et les objectifs*

actuels du développement de l'éducation ne pourront être atteints dans un avenir prévisible.

L'éducation est l'une des armes les plus puissantes dont nous disposons contre le VIH/SIDA, mais c'est également un secteur qui exige un important apport de ressources humaines. Il est par conséquent extrêmement vulnérable à la maladie. Face aux ravages provoqués par la pandémie, il devient impératif pour les pays de repenser l'éducation et les systèmes d'éducation, afin d'endiguer les effets désastreux de la maladie. Kelly (2000a) affirme : « Dans un monde affecté par le SIDA, l'éducation doit être différente de celle qui est dispensée dans un monde qui en serait préservé. Les contenus, les processus, la méthodologie, le rôle de l'éducation scolaire et son organisation doivent être profondément modifiés. L'édifice éducationnel tout entier doit être démantelé ».

L'école devient par conséquent un lieu essentiel de lutte contre le VIH/SIDA. L'école est l'outil le plus approprié pour ce combat en raison de ce qui suit :

- la possibilité de contacts quotidiens avec les apprenants ;
- la présence d'un personnel qualifié ;
- l'école est le secteur où le taux d'infection connaît la croissance la plus rapide et qui accueille les éléments les plus vulnérables de la société ;
- elle peut profiter de cet « îlot d'espoir » que représentent les jeunes enfants pour agir auprès d'eux ;
- c'est le lieu qui se prête le mieux à l'établissement de pratiques correctes ;
- l'enseignant a de l'influence en raison de sa position au sein de la communauté, surtout en région rurale.

Les enseignants sont actuellement l'un des plus grands groupes professionnels du pays. Instruits, mobiles et connaissant une relative aisance, ils appartiennent à une catégorie de la population qui s'est révélée particulièrement exposée au VIH/SIDA. L'incidence de l'infection par le virus parmi les éducateurs est vraisemblablement supérieure à celle de l'ensemble de la population. Il ressort en outre de recherches récentes que les membres du personnel de l'administration d'Afrique du Sud (nombre d'entre eux étant des enseignants) viennent juste derrière les employés des exploitations minières pour lesquels les taux d'infection sont les plus élevés. On estime que 26 % des employés du secteur public seront infectés d'ici à 2010 et que 17 % d'entre eux le sont déjà (Vally, 2000). Le secteur de l'éducation s'en trouve sérieusement affecté.

Position des organisations professionnelles vis-à-vis du VIH/SIDA dans le secteur de l'éducation

L'évolution de la dimension sociale de l'épidémie de VIH/SIDA a des conséquences importantes. À l'heure actuelle, ce sont les pauvres et la classe ouvrière qui en pâtissent le plus. Ces groupes sont particulièrement vulnérables à la maladie en raison de la dynamique socio-économique dont dépend leur existence. Selon Vandermoortele et Delamonica (2000), une maladie qui atteint les plus démunis ne suscite pas, en principe, la même mobilisation, qu'il s'agisse d'engagement politique ou de ressources publiques, que pour une autre maladie qui ne les touche pas particulièrement. Une telle remarque vaut aussi bien au niveau international que national. Il est donc capital que la société civile, notamment les syndicats, engage le combat contre cette maladie et veille à ce que les gouvernements manifestent la volonté politique nécessaire pour affronter la pandémie.

La question du VIH/SIDA est en train de devenir partie intégrante des négociations menées par les syndicats et occupe une place de premier plan dans le programme d'action du mouvement ouvrier. La plus importante fédération syndicale, le Congress of South African Trade Unions (COSATU) [Congrès des syndicats d'Afrique du Sud], place la lutte contre le VIH/SIDA parmi les enjeux de la classe ouvrière. Le virus atteint la population défavorisée à laquelle est refusé l'accès à un minimum de confort, qu'il s'agisse d'eau courante, d'installations sanitaires, etc. De plus, les pauvres n'ont pas droit non plus à des soins de santé abordables. Le COSATU est donc devenu l'un des principaux acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA. Le dernier congrès national du COSATU (2000) a fait apparaître le premier désaccord majeur entre le Président du pays et la fédération, cette dernière s'étant opposée à la remise en cause par le Président du lien existant entre le VIH et le SIDA. Pour la fédération, il s'agissait là d'une démarche qui affaiblissait l'impact des programmes d'éducation et de prévention relatifs au VIH/SIDA.

En 2001, la Treatment Action Campaign (TAC) a édifié une puissante coalition, en liaison avec le COSATU et des organisations internationales — Médecins sans frontières et Oxfam — en vue de faire front face aux géants multinationaux des produits pharmaceutiques à propos des brevets. Cette démarche a conduit la Pharmaceutical Manufacturing Association à renoncer au procès qu'elle avait intenté contre la loi promulguée en 1997 par le Gouvernement sud-africain sur le contrôle des médicaments et des substances médicinales. Les protagonistes de la campagne TAC et la masse des travailleurs adhérents du COSATU ont conduit ensemble une forte action de sensibilisation de la

population locale au problème du VIH/SIDA en vue de l'informer. À l'heure actuelle, la TAC et le COSATU, en liaison avec d'autres organisations, mènent une campagne en faveur des médicaments antirétroviraux destinés à éviter la transmission du virus de la mère à l'enfant.

La population active organisée se préoccupe notamment de l'impact du VIH/SIDA sur les enseignants. La South African Democratic Teachers Union (SADTU), troisième composante la plus importante du COSATU, représente les deux tiers de la population enseignante d'Afrique du Sud. En tant que telle, l'association exerce une énorme influence sur les apprenants, les parents et les autorités éducatives et bien entendu sur les pouvoirs publics. Elle occupe une position stratégique et elle est bien organisée pour influencer la politique et mettre en œuvre des stratégies efficaces de lutte contre le virus, et apporter également un appui aux élèves et aux éducateurs vivant avec le SIDA.

Les recherches menées par la SADTU sur les décès touchant ses membres (*Educator's voice*, vol. 4, n° 5 ; vol. 5, n° 8) font apparaître ce qui suit :

- on déplore jusqu'à deux décès d'enseignants par jour ;
- nombre de ces décès sont considérés comme liés au SIDA ;
- les professeurs meurent jeunes, à un âge moyen de 38,95 ans ;
- dans la même tranche d'âge on déplore un plus grand nombre de décès d'enseignantes que d'enseignants.

La treizième Conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue à Durban (juillet 2000) a fait siennes ces conclusions et a signalé la forte prévalence du VIH/SIDA parmi les administrateurs scolaires et les enseignants d'Afrique du Sud.

La SADTU a également joué un rôle capital auprès des pouvoirs publics et d'autres parties prenantes essentielles pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique non discriminatoire en matière de VIH/SIDA au bénéfice des apprenants et des éducateurs. La SADTU a apporté un soutien actif au Ministre de l'éducation lors de son Appel à l'action : *Tirisano* (Afrique du Sud, Ministère de l'éducation, 1999), dans lequel la priorité absolue est donnée au VIH/SIDA. Les négociateurs nationaux de la SADTU sont en train de mettre au point des stratégies concernant les questions suivantes : congés de maladie et absentéisme, lutte contre la discrimination, droit à la vie privée, accès à l'aide médicale, sécurité, caisse de prévoyance et prestation en cas de décès.

Au niveau mondial, la SADTU ainsi que l'Internationale de l'éducation (IE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres partenaires internationaux ont poussé les syndicats d'enseignants et le Ministère de la santé et de l'éducation à mettre au point un projet en coopération

sur le VIH/SIDA. Il est indispensable de s'engager dans cette voie pour combattre la maladie, à l'aide de stratégies multiples et d'une approche multisectorielle. La réussite du projet en coopération dépendra de l'aptitude des parties prenantes à s'attaquer aux obstacles d'ordre politique et bureaucratique qui entravent l'action sur le terrain.

À l'heure actuelle, nombre d'écoles d'Afrique du Sud s'emploient à mettre en œuvre le concept d'école promotrice de la santé dont l'initiative revient à l'OMS, dans lequel l'école est porteuse d'un message de santé auprès des élèves, du personnel scolaire, des familles et des membres de la communauté au sein d'un vaste cadre de protection des droits de l'homme. L'école peut se mobiliser en faveur des droits de la personne humaine à l'éducation et à la santé, et le mode d'approche holistique qu'elle adopte est idéal face au VIH/SIDA. La SADTU a apporté un soutien total à cette initiative.

Paroles d'enseignants

L'Afrique du Sud possède une abondante littérature sur le thème du VIH/SIDA et de l'éducation (voir Abt Associates, Coombe, Kelly, etc.). Dans les pages qui suivent, l'auteur met en évidence l'expérience d'un groupe d'enseignants, unique en son genre, qui a tenté de donner un coup de projecteur sur ses pratiques en classe et dans la communauté scolaire. Ces enseignants sont exceptionnels parce qu'il s'agit de professeurs exerçant sur le terrain, attachés à des écoles noires en milieu rural et urbain. Ils sont tous titulaire d'une maîtrise de l'Université de Pretoria et ont eu à connaître directement de la maladie, tant en classe que dans le cadre de travaux de recherche sur le VIH/SIDA et l'éducation sexuelle. Ils ont donc pu aussi faire fond, pour mener leur action, sur l'expérience acquise par les collègues associés à leurs recherches. Il est à espérer que cette prise de parole collective des enseignants, véritables fantassins engagés dans cette guerre contre le VIH/SIDA permettra de constituer l'arsenal nécessaire pour contre-attaquer l'épidémie².

VIH/SIDA, SITUATION DES FEMMES ET SOCIALISATION

La situation d'infériorité dans laquelle les femmes sont maintenues en Afrique favorise la propagation de la maladie dans leurs rangs. Si l'on ne s'en tient qu'à l'Afrique subsaharienne, 55 % des adultes séropositifs sont des femmes (Kelly, 2000a). En Afrique du Sud, 56 % des personnes actuellement

séropositives sont de sexe féminin, et, sur les 36 % de jeunes séropositifs (âgés de 15 à 24 ans), plus des deux tiers sont des femmes (UNICEF, 2000). Il importe donc de bien comprendre certains des facteurs socioculturels qui concourent à la diffusion du VIH/SIDA et la manière dont les enseignants s'attaquent à ce problème sur un plan personnel et professionnel.

Busisiwe Kwindu enseigne à la Kgomotso Comprehensive High School de Soshanguve, dans la province de Gauteng. Elle déclare : « Les enfants de mon école sont instruits des rôles sexosociaux dans leur famille et leur communauté ». Elle poursuit : « Pour nombre de jeunes garçons de mon établissement, les filles sont des objets et leur rôle est de les satisfaire. Certains considèrent leurs rapports sexuels avec une jeune fille comme un simple moyen de libérer leurs pulsions sexuelles, auquel s'ajoute la satisfaction d'avoir utilisé la fille ! » Kwindu affirme que bien souvent les filles sont contraintes par la force à avoir des rapports et en général sans préservatif. « Parfois dans certaines communautés » ajoute-t-elle, « les garçons chassent en meute et le viol collectif est considéré comme un sport d'équipe ». « Les filles n'ont pas voix au chapitre », dit Kwindu, « et nombre d'entre elles en sont venues à accepter ce type de comportement comme normal ». Ces affirmations sont corroborées par maintes études, dont il ressort que la première expérience sexuelle d'une grande majorité de femmes sud-africaines, a eu lieu sous la contrainte (Coombe 2001a ; Human Rights Watch, 2001, etc.).

Évoquant une discussion avec les élèves de sa classe concernant les relations sexuelles protégées, elle déclare : « Les garçons étaient nombreux à croire qu'il incombait en réalité aux filles de se procurer le préservatif. En tout cas, ils refusaient de le mettre en invoquant la raison suivante : Aimerez-vous manger un bonbon avec son papier d'emballage ? » ou encore « Si j'accepte de mettre le préservatif, alors je suis soumis à la volonté de la fille et ce n'est pas normal ». En outre, les garçons estiment qu'ils ne peuvent pas vraiment maîtriser leurs pulsions sexuelles et se considèrent comme les petits prisonniers sans défense d'une testostérone déchaînée ! Une expérience sexuelle précoce (dès l'âge de 12 ans) est un signe distinctif prisé de maturité virile : avoir des relations sexuelles est ce qu'il y a de plus amusant (Smart, cité par Coombe, 2001a). Pour nombre d'enseignants, après les rites d'initiation auxquels les jeunes adolescents sont soumis, ils subissent des pressions qui viennent encore exacerber cette attitude. Kwindu affirme : « Les garçons font face à beaucoup de pressions de leurs pairs. Normalement le jeune initié est censé avoir des relations sexuelles pour bien montrer qu'il est devenu un homme ».

D'après Kwindia : « La plupart des élèves acquièrent croyances et attitudes à la maison où ils sont témoins de la manière dont les hommes se comportent au sein de la famille et de la communauté ». Cette croyance est confirmée par des travaux de recherche universitaire en cours. Ainsi, selon Kelly (2000a), dans la plupart des sociétés d'Afrique orientale et australe, les femmes n'ont pas la maîtrise de leur existence et sont conditionnées dès leur plus jeune âge à la dépendance et à la soumission aux hommes. On habitue la petite fille à se préoccuper des autres, en particulier à prendre soin des enfants et à être attentive aux désirs des adultes ; le jeune garçon est incité à s'occuper de sa petite personne, le plus souvent en compagnie des camarades de son âge. D'où l'apparition chez les filles d'une disposition naturelle au calme, à la sollicitude, à une certaine soumission et chez les garçons d'un tempérament aventureux, agressif, cherchant à attirer l'attention. Ces deux catégories d'attitudes se font jour en classe, où l'enseignement est structuré pour répondre de façon positive à ceux qui sont les plus agressifs et qui cherchent à se mettre en avant, c'est-à-dire les garçons (Kelly, Msango et Subulwa, 2000). Les filles pâtissent de cette situation et leur état de subordination est encore renforcé en classe et dans la communauté scolaire. Ces attitudes sexospécifiques profondément ancrées et les pratiques auxquelles elles donnent lieu alimentent la transmission du virus.

Kwindia affirme que ces tendances sont encore aggravées par les rapports existant entre ces jeunes filles et certains enseignants qui considèrent ces « élèves de sexe féminin comme des proies ». Citons cet auteur : « Les jeunes filles ont peur de dire "non" à un professeur qui veut avoir des relations sexuelles avec elles parce qu'il les menace de les faire échouer ». « Certaines filles attirent le professeur en pensant qu'il leur offrira plein de nourriture qu'elles pourront partager avec leurs amies ». Kwindia ajoute : « Certaines de nos enfants viennent de foyers si démunis que leurs parents les incitent à avoir des rapports avec le professeur pour avoir quelque chose à manger ». L'activité sexuelle considérée ainsi comme un troc augmente chez ces filles le risque de contamination et entraîne la pérennisation de l'épidémie de SIDA.

Les enseignantes, qui constituent les deux tiers du corps enseignant d'Afrique du Sud, sont également les victimes de cette socialisation. Les observations et l'expérience acquise par Kwindia mettent en lumière les obstacles que les enseignantes ont à surmonter pour s'attaquer aux problèmes sexospécifiques liés au VIH/SIDA. D'après elle, dans les salles des professeurs, les femmes pâtissent de leur manque d'assurance et sont censées ne pas remarquer les comportements sexuels manifestement déplacés de leurs collègues masculins. Kwindia souligne que si les enseignantes

signalent au chef d'établissement ces écarts de conduite vis-à-vis des élèves, elles sont souvent victimisées et parfois soupçonnées d'être des «jalouses», regrettant de ne pas être l'objet des attentions de la part de leurs collègues. Elles risquent d'être encore plus exposées si le chef d'établissement est un homme qui considère ces enseignants comme des membres de son groupe de copains. Dans certains cas, la dénonciatrice se voit reprocher un manque de solidarité avec ses collègues masculins et de dévouement à la profession : « Tu ne devrais pas critiquer un collègue et jeter le discrédit sur la profession ».

La position officielle de la profession enseignante organisée est très différente. C'est ainsi qu'en l'an 2000, la SADTU a accueilli avec satisfaction et appuyé la condamnation d'un enseignant de 43 ans de Brakpan pour le viol d'une élève de 14 ans. « Le viol d'un élève par un enseignant doit être sévèrement puni pour dissuader les autres enseignants qui seraient tentés de l'imiter [...]. La seule sanction qui convient est la prison ! » a déclaré le Président du tribunal. Ce jugement a fait la une de la publication mensuelle de la SADTU. Le titre de l'article adressait un message fort aux enseignants : « Tolérance zéro ! Les enseignants qui violent des élèves doivent être sévèrement sanctionnés » (SADTU, 2000, vol. 4, n° 9).

La SADTU a un strict code de conduite en matière de viol, de harcèlement et d'abus sexuels. Elle demande instamment, tout comme le Conseil des éducateurs (Council for Educators) et le Ministère de l'éducation d'Afrique du Sud que tous les violeurs soient exclus de la profession. En réagissant ainsi, les syndicats d'enseignants brisent la «culture de tolérance» du viol manifeste largement répandue dans nombre de communautés scolaires. Kwindu remarque pourtant ce qui suit : « De nombreux enseignants considèrent normal d'avoir une "relation amoureuse" avec une élève. Ils ignorent les codes de conduite et seuls quelques-uns sont amenés à s'amender. De nombreux enseignants continuent année après année à porter ainsi préjudice à ces jeunes filles. Les autorités et les syndicats ont encore une lourde tâche devant eux ». Pour relever le défi lancé par Kwindu, les associations et le Ministère de l'éducation devront s'employer à sensibiliser les enseignants aux codes de conduite, réviser les procédures judiciaires afin de garantir que les auteurs des crimes soient rapidement jugés et fournir aux victimes conseils et soutien.

Le VIH/SIDA, la pauvreté et les enfants

En mai 1999, le premier rapport supplémentaire sud-africain sur la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant décrivait l'Afrique du Sud comme étant une « société divisée, traumatisée, déshumanisée racialement et peu soucieuse du bien-être de l'enfant » (cité par Coombe, 2000*b*). Dans ce pays, il y a 18 millions d'enfants, soit un peu moins de la moitié de la population qui compte 40,6 millions de personnes (South Africa National Council for Child and Family Welfare, 1997) (Conseil national d'Afrique du Sud d'aide à l'enfant et à la famille). On prévoit que, d'ici à 2010, le SIDA sera responsable d'une augmentation de 100 % de la mortalité infantile (Programme des Nations Unies pour le développement, 1998) et que, d'ici à 2015, 9 à 12 % de la population totale de l'Afrique du Sud sera composée d'orphelins (UNICEF, 1999). Bien que le pays dispose de plus de ressources que la plupart de ses voisins, environ 60 % des enfants continuent de vivre dans le dénuement. Nous sommes conscients que la pauvreté favorise la propagation du VIH/SIDA et en aggrave les conséquences. Par ailleurs, le VIH/SIDA accentue la pauvreté en épuisant des ressources durement acquises, étant donné les ravages qu'il provoque dans les familles et les communautés. Et dans cette guerre, les enfants — surtout les petites filles — sont généralement les premières victimes.

David Mbetse, chef d'établissement de la Mdluli High School de la région rurale du Bushbuckridge située dans la province du Nord, déclare : « Dans mon école et les établissements voisins, j'ai constaté une augmentation régulière du nombre des enfants devenus orphelins à cause du SIDA. Le comportement de certains apprenants donne à penser que, dans leur vie quotidienne, la maladie les prive peu à peu de stabilité et de sécurité ». Les membres du corps enseignant placés sous sa direction se sont plaints que les élèves s'absentaient pendant de longues périodes, quittaient la classe, manquaient d'énergie et n'étaient pas attentifs. Il affirme : « Nombre d'enfants ont faim lorsqu'ils arrivent à l'école et ont du mal à se concentrer. D'autres sont absents parce qu'ils n'ont pas les moyens d'acheter le savon nécessaire à leur toilette ou pour laver leurs uniformes. Certains ne viennent pas parce qu'ils ne peuvent plus payer leurs frais de scolarité ». Lorsqu'un professeur se propose de les aider à résoudre leurs problèmes, nombre d'entre eux sont réticents ; ils sont parfois même terrifiés d'admettre qu'un de leurs parents ou qu'un membre de leur famille est en train de mourir ou est mort du SIDA. « De toute évidence, les stigmates de la maladie les effraient et ils préfèrent garder le silence » dit Mbetse. De plus, dans une famille ravagée par le VIH, ce sont les jeunes filles qui sont le plus éprouvées parce qu'elles sont censées prendre soin des malades. Selon

Mbetse, il en va de même pour le corps enseignant ; les femmes s'absentent pendant de longues périodes parce que leur rôle est de soigner les membres de leur famille atteints par le SIDA.

Mbetse déclare que la plupart des membres de son corps enseignant ne connaissent pas assez la maladie, n'ont pas les compétences requises en matière d'orientation, ont des classes de 40 à 50 élèves, sont sous pression en raison de contraintes horaires et d'impératifs liés aux examens, ce qui les empêche d'affronter ce problème avec efficacité. Ils sont nombreux à faire face personnellement à des tragédies analogues et n'ont pas le bagage nécessaire sur le plan émotionnel pour traiter ce problème en classe.

« Les enseignants sont aussi des êtres humains », souligne Mbetse. « Il est presque impossible d'accorder de l'attention à une personne en particulier dans des classes aussi nombreuses et, malheureusement, nombre d'enfants traumatisés se faufilent à travers les brèches et finalement abandonnent l'école ». Mais Mbetse ne s'avoue pas facilement vaincu. Il s'est efforcé, en collaboration avec sa communauté scolaire, de relever ces défis en fournissant aux élèves des colis de nourriture, en signalant les orphelins du SIDA au Ministère du développement et de l'aide social et en allant aider les élèves dans leurs foyers, et certains enseignants se portent volontaires pour participer à des programmes de soutien à domicile.

L'une des préoccupations de Mbetse est que de nombreux orphelins du SIDA sont laissés sans surveillance, ce qui favorise leur chute dans la criminalité pour assurer leur survie. Mbetse ajoute : « La petite délinquance s'est développée dans la région. Cela est peut-être dû au nombre croissant d'orphelins du SIDA ». Cet avis est partagé par le South African Institute for Security Studies (l'Institut sud-africain d'études en matière de sécurité). Il prévoit que « l'âge et le SIDA favoriseront fortement l'augmentation de la criminalité au cours des 10 ou 20 prochaines années. Il est vraisemblable que, privés de la surveillance de leurs parents et des organismes d'aide, les orphelins s'engageront dans des activités criminelles » (Schonteich, 1999, cité par Coombe, 2000b). « Nous devons créer une sorte de filet de sécurité pour ces enfants, dont beaucoup sont contraints de devenir des soutiens de famille, et nous devons les aider à trouver des moyens d'existence pour eux et leurs familles ». En outre, les orphelins du SIDA, en particulier les filles, sont extrêmement exposés à des abus sexuels de la part des adultes de la communauté, ce qui alimente encore l'épidémie de SIDA.

Pour faire face à la crise, Mbetse a formé un groupe avec des professionnels de la santé (infirmières et docteurs de l'hôpital local), des parents, des responsables communautaires et des

élèves auxquels sont dispensées une formation et une information continue concernant la maladie. Ensuite, les membres de ce groupe transmettent leurs compétences nouvelles à d'autres personnes de la communauté scolaire. David Mbetse a communiqué son expérience au Ministère de l'éducation de la Province du Nord, et le Groupe de Bushbuckridge forme maintenant d'autres communautés scolaires des régions voisines. « Il faut des qualités très particulières pour lutter contre cette maladie », dit David. « Mes enseignants ne font pas ce travail supplémentaire pendant les heures de cours, ils donnent de leur temps après l'école. Ils méritent d'être loués pour cette conduite ». Pourtant, prévient-il, sans appui ou presque, ces enseignants ne peuvent maintenir très longtemps un tel effort.

LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION SUR LE VIH/SIDA, LEUR PORTÉE ET LE CONTEXTE DANS LEQUEL ILS SE SITUENT

Malgré la pléthore d'informations dont on dispose sur le VIH/SIDA, les taux d'infection continuent leur ascension galopante en Afrique du Sud et les comportements ne semblent guère évoluer. Kelly (2000*b*) lie ce problème à la façon dont les individus interprètent les programmes d'éducation sur le VIH et établissent une corrélation entre ces programmes et leur vécu quotidien. Pour lui, le principal problème que posent ces programmes est que leurs destinataires entendent des messages à différents niveaux. La plupart des programmes éducatifs diffusent un message scientifique sur les causes physiologiques de la maladie et son mode de transmission. Peut-être est-ce un mode d'approche superficiel de la maladie. L'impact de ces programmes éducatifs pourrait être renforcé et leur efficacité améliorée en matière de modification des comportements s'ils traitaient des problèmes personnels et culturels qui conditionnent ces comportements.

Elsie Kgomo enseigne une discipline intitulée Conseils pratiques pour la vie courante (Life Orientation) à l'école primaire catholique de Doorenspruit dans la Province du Nord. Ses élèves sont très désireux de parler de la sexualité qui les préoccupe. Elle attribue ce fait à une information inexistante et au refus de leurs parents de parler de ces questions. Le sexe est un sujet tabou dans la plupart des foyers et les parents pensent que « les enfants n'ont pas besoin de connaître les histoires d'adultes ». Elsie signale que, dans certains cas, les parents s'opposent aux programmes d'éducation sur le SIDA parce qu'ils pensent que les professeurs corrompent leurs enfants et encouragent la promiscuité entre les élèves.

De plus, Kwinda affirme que, dans certaines cultures, il incombe aux aînés d'éclairer les jeunes en matière de sexualité. Malheureusement, cela n'intervient que pendant les dernières années de l'adolescence alors que les jeunes gens ont déjà une vie sexuelle et ces séances ne portent pas sur le VIH/SIDA. Elle pense que, faute d'information, la plupart des élèves se tournent vers leurs pairs pour obtenir une information, qui est en général incorrecte ou déformée. «Cela peut être très dangereux », dit Kgomo, «parce que cela perpétue les mythes et les stéréotypes sexuels et favorise le SIDA ». L'expérience acquise par Kwinda lors d'une première discussion avec ses élèves de l'école secondaire sur la transmission du virus du SIDA vient corroborer cette opinion. «Nombre des élèves croyaient », dit Busisiwe, «qu'ils ne pouvaient attraper le virus que s'ils avaient un rapport sexuel avec une fille qui avait ses règles. En présence de sang, le risque était élevé ! ».

En outre, le manque d'exactitude dans l'information relative à la sexualité et au VIH/SIDA est particulièrement préoccupant eu égard à l'explosion des abus sexuels concernant les enfants. Au cours de ces pratiques, nombre d'enfants sont infectés par le virus et deviennent des agents potentiels de transmission de l'infection à leurs camarades de classe ou à leurs professeurs (Kelly, 2000a). Il est par conséquent capital pour l'école de fournir une information appropriée, car elle n'est pas facilement disponible ailleurs. Il importe également que cette tâche soit accomplie dans une parfaite connaissance du contexte culturel dans lequel se situent les élèves.

Citons Kwinda : «Dans bien des cas le programme d'éducation sur le VIH revêt une forme biomédicale et théorique. Il n'est pas en adéquation avec les habitudes culturelles de la communauté scolaire. Nombre de personnes, même cultivées — y compris des enseignants — ont encore des opinions traditionnelles sur cette maladie. Lorsqu'ils n'obtiennent pas de réponse à leurs interrogations ils s'en tiennent à ces vues, et lorsque les réponses leur conviennent, leurs conceptions se modernisent ». Cette affirmation est confirmée par Kelly (2000a), selon lequel les conceptions traditionnelles pèsent beaucoup plus sur la façon dont la maladie est interprétée. Il souligne que, pour comprendre l'origine de la maladie, certaines communautés ont recours à tout un ensemble de croyances de leur culture, tabous, obligations et sorcellerie. Dans le même ordre d'idées, Kwinda déclare : «Maintes personnes voient dans le VIH/SIDA quelque chose qui viendrait de l'extérieur. Le virus est considéré comme un "sort" jeté par un ennemi avec l'aide d'un sorcier. D'autres pensent qu'ils sont punis par les esprits ancestraux dont ils auraient provoqué la colère ».

La plupart des enseignants reconnaissent que le VIH/SIDA et l'éducation sexuelle devraient faire partie intégrante des programmes scolaires. Kwinda relève pourtant chez nombre de

professeurs un manque de confiance et de la réticence à enseigner en la matière, pour l'une des raisons suivantes :

- *Manque de connaissances et de ressources.*
- *Une culture du silence* qui entoure la maladie : « Nombre d'enseignants nourrissent des inquiétudes au sujet de leur propre état » déclare Elsie, soulignant que beaucoup ont peur d'accepter d'enseigner les compétences indispensables dans la vie courante (Life Skills Training) parce que cela viendrait renforcer leur crainte d'être eux-mêmes séropositifs : « Ils se mettent à se diagnostiquer eux-mêmes ». Beaucoup préféreraient ne pas connaître leur état de santé.
- *Une culture de la peur* : lorsque les enseignants commencent à connaître la maladie et à en parler ouvertement dans leur établissement, ils sont suspectés d'être séropositifs - « Comment se fait-il qu'elle en sache tant au sujet de la maladie ? Elle doit être séropositive ».
- *Langue dans laquelle la formation est dispensée* : la formation est en général dispensée en anglais et ne peut être traduite par les enseignants dans d'autres langues africaines. Kwindia signale que certaines langues africaines ne peuvent être adaptées à la terminologie anglaise. « Il arrive qu'exprimé dans notre langue cela devienne trop vulgaire, alors nous n'en parlons pas ». « Certains parmi nous transmettent le message en anglais mais nos apprenants ne comprennent pas ce dont nous parlons ».
- *Différences entre les sexes* : la plupart du temps, les femmes sont chargées de cet enseignement. Or, nombre des apprenants sont de sexe masculin. « Nous sommes embarrassées de parler de ces questions en classe avec de jeunes garçons déjà adultes », raconte une enseignante. « Certains de nos élèves du secondaire pensent qu'ils nous intéressent sur le plan sexuel et que c'est pour cette raison que nous parlons aussi librement des problèmes relatifs à ces questions et au VIH. Les garçons les plus âgés essaient parfois d'aller plus loin avec nous après les cours, d'autres ne nous prennent tout simplement pas au sérieux » dit une autre enseignante.
- *Professeurs modèles* : selon Kwindia : « De nombreuses communautés désapprouvent les enseignants qui boivent et ont des rapports avec des filles de l'école », ce qui nuit à leur aptitude à exécuter convenablement les programmes sur le SIDA et à leur crédibilité en tant que modèles pour les élèves et les membres de la communauté. De plus, Kwindia affirme que, dans certains cas, les élèves savent que leur professeur est atteint du virus et mettent

ouvertement en question sa légitimité en tant que modèle. « Cela devient un sujet de plaisanterie pour les élèves de l'école ».

- *Valeurs et savoir-faire* : Kwindu signale que les ateliers de formation sont, pour la plupart, de simples «causeries», le formateur essayant de traiter l'ensemble des questions en deux jours. Les enseignants sont souvent écrasés par l'ampleur de la tâche. De plus, les valeurs et les compétences indispensables sont à peine évoquées, voire totalement absentes de cette formation dont la trop courte durée ne permet pas aux professeurs de trouver leurs marques, de maîtriser leurs peurs et d'affronter leurs préjugés et leurs stéréotypes. Kwindu rappelle : « Sous le régime de l'*apartheid*, nous vivions dans un pays dépourvu de valeurs morales. Aujourd'hui, malgré notre nouvelle démocratie, nous subissons toujours les conséquences de la déshumanisation de notre peuple. Le changement des attitudes et des comportements ne peut sortir du néant. Nous devons établir des valeurs et des attitudes qui nous cimenteront en tant que nation dans notre lutte contre cette maladie monstrueuse. Nous ne saurions négliger ce domaine capital dans le cadre de l'éducation sur le VIH/SIDA, quels qu'en soient les destinataires, nous ou nos enfants ».

La réponse apportée par l'éducation

Il ressort des problèmes soulevés par les interlocuteurs, qu'il conviendrait de centrer nos efforts sur les domaines suivants : programmes d'études, formation pédagogique, écarts hiérarchiques entre les sexes et jeux de pouvoir. Les paragraphes suivants proposent quelques réponses à ces questions difficiles.

D'après Kelly (2000b), dans un système d'éducation qui s'efforce de forger des attitudes et d'instaurer des pratiques de nature à freiner la transmission du VIH, il est capital d'œuvrer énergiquement et systématiquement en faveur d'une plus grande égalité entre les sexes, de défendre activement les droits des femmes et de lutter pour leur autonomisation. Maints pays ont essayé de traiter le problème lié aux différences entre les sexes dans le cadre de la formation aux savoir-faire de la vie courante. Mais il est nécessaire que les systèmes d'éducation s'attaquent de manière plus radicale à la question de l'égalité des sexes. Ce serait le moyen de faire apparaître peu à peu des croyances et des pratiques culturelles nouvelles plus respectueuses des droits des femmes et des filles et plus ouvertes à l'idée qu'elles doivent pouvoir orienter leur vie comme elles l'entendent.

Le Programme d'éducation sur le VIH/SIDA et l'acquisition des compétences essentielles dans la vie courante a été mis en œuvre en 1995, à l'initiative du Département de la santé et de l'éducation, à l'intention de certaines années d'étude de l'enseignement secondaire. Son extension à toutes les années se révèle difficile. Ce programme connaît un succès limité dans quelques établissements et ce sont les écoles dotées des meilleures ressources qui en tirent le plus grand avantage. À l'heure actuelle, dans les programmes scolaires, les questions touchant à la sexualité et à l'infection par le VIH/SIDA sont traitées dans le cadre des conseils pratiques. Il s'agit d'un domaine d'apprentissage non sanctionné par un examen, censé porter sur un large éventail de questions : éducation environnementale, éducation sexuelle, VIH/SIDA, les carrières et le monde du travail, etc. Ce domaine d'apprentissage ne bénéficie que d'une très petite plage horaire dans l'emploi du temps scolaire, quand il n'est pas totalement ignoré. Kwindia signale que, dans la plupart des établissements, les enseignants utilisent les heures affectées à l'acquisition des compétences de la vie courante pour enseigner des matières soumises à examen.

En Afrique du Sud, des recherches ont été conduites dans les facultés de pédagogie et les instituts pédagogiques sur l'introduction dans les programmes de cours d'éducation sur le VIH/SIDA et sur la qualité de ces cours destinés aux élèves-maîtres. Les résultats de ces travaux indiquent que l'élaboration de cours bien adaptés est encore insuffisante, eu égard à l'explosion de l'épidémie (*Beyond awareness campaign*, cité par Coombe, 2000a). L'acquisition des compétences de base de la vie courante demeure un domaine négligé de la formation des nouveaux maîtres accédant à la profession. L'offre de cours sur ce sujet existe, mais les composantes relatives au SIDA ne sont pas traitées comme il convient, et les cours sont rarement obligatoires pour tous les enseignants en formation. L'un des objectifs du projet conduit en commun par l'IE et l'OMS est de traiter ce problème et de formuler à l'intention du Conseil de l'enseignement supérieur et de la formation, des recommandations visant à garantir que les questions relatives au VIH feront obligatoirement partie du tronc commun du programme de formation initiale des nouveaux enseignants.

Les programmes scolaires nationaux doivent donner la priorité aux problèmes du VIH, y compris la formation des maîtres (tant initiale qu'en cours d'emploi). Cette orientation doit se traduire par l'affectation d'un plus grand nombre d'heures à l'enseignement des compétences essentielles dans la vie courante, par la formation dans ce domaine d'un plus grand nombre d'enseignants et par l'offre d'ateliers et de stages de formation à tous les chefs d'établissement, à l'ensemble des équipes chargées de la gestion scolaire et des organismes chargés de l'administration

des écoles, afin de constituer l'assise nécessaire à une mise en œuvre efficace de ce programme. De surcroît, il devrait s'agir d'un programme transversal, c'est-à-dire dispensé à tous les niveaux du système éducatif, de l'éducation préscolaire à l'enseignement secondaire.

Il ressort de travaux de recherche conduits à l'échelle internationale et de l'expérience acquise en Afrique du Sud que l'établissement d'une complicité entre le maître et l'élève favorise la réussite des programmes d'éducation à l'école. Il est essentiel d'encourager élèves et professeurs à s'investir dans cet apprentissage scolaire. Pour ce faire, il conviendrait d'associer maîtres et élèves aux étapes de conceptualisation, d'édification et de mise en œuvre des programmes d'éducation sur les compétences essentielles dans la vie courante et sur le VIH/SIDA ainsi qu'à la mise au point des matériels d'aide à l'apprentissage.

À l'école, l'une des ressources les moins exploitées sont les élèves eux-mêmes. D'abondants travaux de recherche font ressortir que le meilleur mode d'acquisition des connaissances est l'enseignement par des pairs, en particulier en matière de sexualité et de santé. Il faudrait encourager les enseignants à adopter des techniques d'éducation par les pairs et leur en donner les moyens dans le cadre des programmes de formation aux savoir-faire essentiels dans la vie courante. Une telle démarche accrédite l'idée que les jeunes exercent les uns sur les autres une forte influence socialisatrice et tente de capter pour son compte la puissance des pressions émanant des pairs.

D'après les recherches actuelles, rares sont les programmes d'éducation sur le VIH/SIDA qui tentent de resituer les messages sur le virus dans le cadre du discours culturel traditionnel. De ce fait, ils ne prennent pas en considération les conceptions et croyances de ceux qu'ils cherchent à influencer et ne peuvent donc en tirer parti (Kippax, Smith et Aggleton, 2000). Il faudrait que les programmes de formation aux compétences essentielles dans la vie courante soient conçus dans le contexte de la communauté scolaire. Le concept d'école promotrice de la santé vise à combler le fossé qui sépare la communauté des écoles dans un cadre fondé sur le respect des droits. L'objectif est de demander aux parents, aux responsables communautaires, aux membres des services de santé et aux guérisseurs traditionnels de joindre leurs efforts à ceux de l'école et de partager avec elle leur expérience et leur expertise pour adapter les programmes scolaires aux besoins de la communauté. Ces programmes doivent englober l'offre de conseils aux personnes infectées et affectées par le virus, de même que des programmes de solidarité communautaire au bénéfice des orphelins du SIDA.

Le formidable défi lancé par le virus exige que, dans la mesure du possible, tous les enseignants soient armés pour combattre la maladie sur un plan personnel et professionnel. D'après Kwindia, « L'enseignement à l'école des compétences de base indispensables est traité en parent pauvre et échoit en général à une enseignante ». Cette matière est dévalorisée par certains élèves et professeurs mâles qui considèrent qu'elle « concerne les femmes ». « Dans la majorité des établissements secondaires, les hommes enseignent des matières nobles, telles que les mathématiques et les sciences, tandis que les compétences de base sont considérées comme une matière de seconde zone réservée aux femmes. » Il faut donc infléchir cette conception en veillant à établir la parité dans l'éventail des enseignants chargés de la formation aux compétences de base et de la mise en œuvre des programmes d'éducation sur le VIH/SIDA.

Il n'y a toujours pas assez de femmes aux postes de direction et de rang élevé du système éducatif et des syndicats d'enseignants. Il conviendrait de remédier d'urgence à cette tendance pour battre en brèche le peu de prestige dont jouissent les femmes et briser le système des « copains » qui favorise l'épidémie. Les syndicats d'Afrique du Sud appliquent actuellement un système de quota qui favorise l'égalité entre les sexes. On fixe des quotas pour s'assurer que les femmes sont représentées dans toutes les activités syndicales, notamment au sein des organes constitutifs du syndicat. En revanche, le système éducatif est régi par l'Employment Equity Act qui exige de la hiérarchie des employeurs qu'elle tienne compte de la démographie du pays. Ces mesures d'avant-garde sont certes de nature à rendre les femmes autonomes, mais elles sont loin d'être appliquées. Il devrait y avoir une plus grande détermination de la part de l'ensemble des secteurs pour garantir le respect de ces principes.

La formation aux compétences indispensables dans la vie courante et les programmes d'éducation sur le VIH/SIDA doivent être conçus de manière holistique et très détaillée et porter sur les questions suivantes :

- le rôle des enseignants dans la mise en œuvre des programmes de formation aux compétences essentielles et d'éducation sur le SIDA ;
- le rôle des enseignants dans la propagation de la pandémie ;
- problèmes en rapport avec le VIH/SIDA qui se posent dans le milieu du travail, à savoir, absentéisme, confidentialité, etc. ;
- politiques, législation et codes de conduite ;

- nécessité de forger des partenariats dans la lutte contre le SIDA, en particulier en créant des écoles communautaires à l'intention des orphelins du SIDA.

Kelly (2000a) rapporte que nombre d'enseignants refusent de donner des cours sur le VIH/SIDA parce qu'ils contestent que les questions liées à la sexualité et à des attitudes sexuelles raisonnables relèvent de leur compétence, étant donné que la formation initiale et l'orientation dont ils ont bénéficié portaient entièrement sur des matières scolaires classiques. Il importe par conséquent que les activités de formation visent à infléchir ces attitudes en sensibilisant les enseignants au rôle capital qu'ils ont à jouer dans la lutte contre la pandémie. Les programmes de formation doivent concilier à la fois connaissances, savoir-faire, c'est-à-dire un contenu relatif au VIH/SIDA (par exemple, transmission, prévention, etc.), méthodes d'enseignement (utilisation de techniques participatives, théâtre, spectacles, discussions en petits groupes, etc.), et aussi valeurs et attitudes (abstinence, respect des droits d'autrui, etc.). La formation sur le SIDA doit comporter l'offre de conseils de base non spécialisés. Les enseignants seront ainsi mieux à même de faire face aux traumatismes que subissent les élèves, notamment les chagrins et les deuils. Les orphelins du SIDA ont particulièrement besoin de ce type de soutien.

Dans ce domaine, la formation doit aborder des questions fondamentales, telles que les systèmes de valeurs et les rapports de pouvoir. Dans tout programme de ce type, il convient d'inclure une composante relative à l'élucidation des valeurs. L'enseignant peut disposer ainsi d'un espace de sécurité dans lequel il peut affronter ses préjugés et ses stéréotypes et réfléchir aux valeurs qui sont les siennes et aux conséquences qu'elles ont sur son enseignement et les relations qu'il entretient avec ses élèves. C'est, de surcroît, un moyen de favoriser l'adoption de valeurs et d'attitudes prônant le respect des droits de tous les êtres humains. En outre, dans le souci d'assurer l'égalité entre les sexes, il ne suffit pas d'apprendre aux filles à manier les techniques de la communication et à avoir confiance en soi, il faut aussi inciter les garçons à se défaire de leurs anciennes conceptions. L'accomplissement de cette tâche ne doit pas intervenir uniquement dans le cadre scolaire ; les parents et la communauté doivent y être associés. Par le biais de cette formation, les enseignants devraient acquérir les compétences nécessaires pour gérer ces questions délicates en confiance.

Les formateurs et les modèles choisis pour la formation sont censés maximiser l'impact du programme. Les enseignants préfèrent recevoir une formation de leurs pairs, plutôt que de personnes n'ayant aucune expérience de la classe — étant en relation les uns avec les autres, il leur est plus aisé

d'aborder des questions sujettes à controverse. Le modèle « en cascade » n'a pas réussi à doter les enseignants des moyens nécessaires pour faire face au VIH/SIDA.

Le modèle devrait compter un nombre réduit de niveaux de formation et faire intervenir un cadre spécial de formateurs qui passeraient d'un groupe d'écoles à un autre. Ce cadre doit rassembler des éducateurs attachés aux établissements scolaires. Le programme de formation devrait être continu et composé d'éléments de soutien, de contrôle et d'évaluation. De plus, tous les formateurs devraient être accrédités (dans la mesure du possible). Il faudrait aussi garantir la qualité des programmes qui seront nécessairement conçus en fonction des difficultés liées au contexte situationnel auquel sont confrontés les éducateurs et les fonctionnaires de l'administration dans leur lutte contre le VIH/SIDA. Chaque fois que cela sera possible, la langue dans laquelle la formation est dispensée et le matériel didactique de l'enseignant est établi sera choisie compte tenu de la première langue de l'enseignant et de la langue d'enseignement et d'apprentissage à l'école.

Le programme de formation et le matériel de soutien ne devraient pas porter uniquement sur la nature scientifique et médicale de la maladie, mais englober des composantes d'ordre social, économique et culturel de plus grande portée. Ainsi, les dispositions qui seront arrêtées pourront s'inspirer de l'expérience réellement vécue par la population. Ces programmes seront alors en adéquation avec la situation et seront davantage porteurs de changements dans les comportements et les attitudes. À titre d'exemple, citons le Manuel de formation sur la santé scolaire et l'éducation préventive contre le VIH/SIDA élaboré par l'IE, l'OMS, les syndicats d'enseignants de la SADC et d'autres partenaires. Ce manuel est unique en ce sens que les activités et les expériences d'apprentissage ont été mises au point de façon systématique par les enseignants et les membres des syndicats. Ces derniers ont conféré au manuel une véritable authenticité en s'inspirant de l'expérience personnelle qu'ils ont acquise dans le cadre de leurs établissements scolaires et de leurs communautés. Comme l'affirme de manière concise David Mbetse : « Il est essentiel que les matériels de soutien et les programmes de formation soient imprégnés du contexte socioculturel et socio-économique dans lequel vivent les apprenants. Personne n'est intéressé par quelque chose qui n'a aucun sens dans sa propre existence ».

Conclusion

En Afrique du Sud, le VIH/SIDA est une réalité — toutes nos vies en sont affectées. Pourtant, le silence qui entoure ce mal et le déni de la réalité ont accéléré le rythme de son expansion. Nous en sommes tous responsables, du président du pays aux maîtres d'école. Nous ne pouvons plus nous permettre de garder le silence.

Le système éducatif et nos établissements scolaires sont en première ligne dans ce combat contre le VIH/SIDA. D'importantes actions ont déjà été menées dans le secteur de l'éducation. En voici quelques exemples :

- Les syndicats d'enseignants ont apporté leur contribution en rompant publiquement le silence : « Le SIDA tue aussi les enseignants ».
- Le Ministère de l'éducation a placé le VIH/SIDA au premier rang de ses priorités.
- Les organisations internationales apportent un soutien à l'éducation sur le VIH/SIDA, notamment l'IE et l'OMS parmi beaucoup d'autres.

Pourtant, les interlocuteurs que nous avons approchés sur le terrain soutiennent que les initiatives officielles, bien que méritoires, sont sapées par la situation réelle qui règne à l'école et dans les communautés, sur le plan culturel, socio-économique et des différences entre les sexes. Par voie de conséquence, toute stratégie d'ensemble destinée à combattre la pandémie doit s'attacher d'abord à comprendre la position des parties prenantes, en particulier des enseignants et des élèves. Dès lors, il convient en priorité :

- d'améliorer la condition des femmes enseignantes au sein du système éducatif et du syndicat des enseignants ;
- de faire prendre conscience aux enseignants et aux élèves de sexe masculin du rôle qu'ils jouent dans la propagation de la pandémie ;
- d'élaborer de nouvelles stratégies d'enseignement qui porteront sur les croyances, les valeurs et les comportements existants.

En ce moment capital de notre histoire, nous avons, en tant qu'éducateurs, la responsabilité d'informer et de changer les comportements. Le VIH/SIDA est une menace pour nous tous. Sur le continent africain, nous avons vaincu nos maîtres colonisateurs, en Afrique du Sud nous avons triomphé de l'*apartheid* — et les écoles étaient les champs de bataille contre nos oppresseurs. Une nouvelle guerre de libération est lancée, mais l'ennemi est beaucoup plus pernicieux, il vit au milieu de nous — il nous traque sur nos terrains de jeu, dans nos salles de classe et dans nos communautés.

Nous devons être prêts à le combattre. Le temps nous est compté. Chaque minute perdue serait sanctionnée par la mort de l'un d'entre nous.

Notes

1. Je souhaite remercier tout spécialement les personnes suivantes, dont les apports et la collaboration m'ont été précieux: Jon Lewis, Nirvana Mughanlal, Linda van Rooiyen, Carol Coombe, Michael Kelly, Elsie Kgomo, Busisiwe Kwindi et David Mbetse.
2. Les témoignages ci-inclus ne correspondent à aucune étude systématique et ne reflètent pas les recherches en cours. Ils proviennent de l'expérience personnelle des maîtres sélectionnés par moi-même et mentionnés dans cet article pour donner un aperçu unique de la dynamique à l'école.

Références

- Abt Associates (South Africa) Inc. 2000. *The impending catastrophe: a resource book on the emerging HIV/AIDS epidemic in South Africa* [Une catastrophe annoncée : un ouvrage spécialisé sur l'épidémie de VIH/SIDA en expansion en Afrique du Sud], Johannesburg. (Préparé pour la campagne sur les relations amoureuses.)
- Badcock-Walters, P. 2001. *The impact of HIV/AIDS on education in KwaZulu Natal* [L'impact du VIH/SIDA sur l'éducation au KwaZulu Natal]. Pietermaritzburg, Afrique du Sud, Université du Natal. (Rapport de situation du PEDU.)
- Coombe, C. 2000a. « Keeping the education system healthy: managing the impact of HIV/AIDS on education in South Africa » [Préserver la santé dans le système éducatif : comment gérer l'impact du VIH/SIDA sur l'éducation en Afrique du Sud]. *Current issues in comparative education* (New York), volume 3, n° 1, décembre.
- . 2000b. *Managing the impact of HIV/AIDS on the education sector in South Africa* [Gérer l'impact du VIH/SIDA sur le secteur de l'éducation en Afrique du Sud]. Rapport préparé pour le Forum pour le développement de l'Afrique, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, Addis-Abeba, décembre.
- . 2001a. *HIV/AIDS and trauma amongst learners: sexual violence and deprivation in South Africa* [Le VIH/SIDA et les traumatismes subis par les élèves : violences et misère sexuelle en Afrique du Sud]. Projet de document : 21 juin 2001.
- . 2001b. *Rethinking some of our perceptions about HIV/AIDS and education* [Repenser quelques-unes de nos conceptions relatives au VIH/SIDA et à l'éducation]. Document présenté à la réunion de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) sur le VIH/SIDA et l'éducation, février 2001.
- Human Rights Watch. 2001. *Scared at school: sexual violence against girls in South African schools* [La peur à l'école : la violence sexuelle contre les filles dans les écoles sud-africaines]. New York, Human Rights Watch.
- Kelly, M. J. 2000a. *HIV/AIDS and education in Eastern and Southern Africa: the leadership challenge and the way forward* [Le VIH/SIDA et l'éducation en Afrique orientale et australe : le défi auquel les dirigeants sont confrontés et les solutions pour l'avenir]. Addis-Abeba, Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique. (Rapport pour le Forum pour le développement de l'Afrique, décembre 2000.)
- . 2000b. *Planning for education in the context of HIV/AIDS* [Planifier l'éducation dans le contexte du VIH/SIDA]. Paris, Institut international pour la planification de l'éducation.
- . 2000c. *Standing education on its head: aspects of schooling in a world with HIV/AIDS* [L'éducation sens dessus dessous : aspects de la scolarité dans un monde frappé par le VIH/SIDA]. *Current issues in comparative education* (New York), volume 3, n° 1, décembre.
- Kelly, M. J. ; Msango, H. ; Subulwa, C. 2000. *Educating girls* [L'éducation des filles]. Lusaka, UNICEF.
- Kippax, S. ; Smith, G. ; Aggleton, P. 2000. *Schools, sex education and HIV-prevention* [Les écoles, l'éducation sexuelle et la prévention du VIH]. Document présenté à la treizième Conférence internationale sur le SIDA, Durban, juillet 2000.
- ONUSIDA. 2000. *Report on the Global HIV/AIDS Pandemic* [Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA]. Genève, Suisse, ONUSIDA.
- Programme des Nations Unies pour le développement. 1998. *HIV/AIDS and human development* [Le VIH/SIDA et le développement humain]. Pretoria, PNUD.

- Sachs, J. 2000. «South Africa as the epicenter of HIV/AIDS: vital political legacies and current debates » [L'Afrique du Sud, épicentre du VIH/SIDA : héritages politiques fondamentaux et controverses du moment]. *Current issues in comparative education* (New York), volume 3, n° 1, décembre.
- Schonteich, M. 1999. « Age and AIDS: South Africa's crime time bomb ? » [Âge et SIDA : la bombe à retardement de la criminalité de l'Afrique du Sud ?]. *African security review* (Johannesburg, Afrique du Sud), volume 8, n° 4, p. 34-44. (Pour l'institut d'études sur la sécurité.)
- South African Democratic Teachers Union. 1999-2000. *Educator's voice* [Paroles d'éducateur]. (Johannesburg, Afrique du Sud), vol. 4, n° 5 ; vol. 4, n° 9 ; vol. 5, n° 8.
- South Africa. Department of Education. 1999. *Call to action: Tirisano* [Appel à l'action : Tirisano]. Pretoria, Ministère de l'éducation.
- South Africa National Council for Child and Family Welfare. 1997. *HIV/AIDS and the care of children* [Le VIH/SIDA et la protection des enfants]. Johannesburg.
- UNICEF. 2000. *The progress of nations 2000* [Le progrès des nations 2000]. New York, UNICEF.
- Vally, S. 2000. « Reassessing policy and reviewing implementation: a malignant or misaligned system ? » [Réévaluer la politique et revoir sa mise en œuvre : système pernicieux ou système défectueux?]. *EPU quarterly review of education and training* (Wits, Afrique du Sud, Université du Witwatersrand), avril-juin.
- Vandemoortele, J. ; Delamonica, E. 2000. «The "education vaccine" against HIV/AIDS » [Le «vaccin de l'éducation » contre le VIH/SIDA]. *Current issues in comparative education* (New York), vol. 3, n° 1, décembre.

Langue originale : anglais

Chutamas Soravisutr (Thaïlande)

Titulaire d'une maîtrise en sciences de l'éducation de l'Université Mahidol, Chutamas Soravisutr travaille au Centre d'aménagement des programmes d'enseignement (CDC), où elle est chargée d'élaborer un programme d'éducation sanitaire. Son intérêt professionnel se concentre actuellement sur le SIDA, la toxicomanie, les compétences nécessaires dans la vie pratique, et l'éducation à la vie familiale.

L'ÉDUCATION POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

LE RÔLE DES ÉTABLISSEMENTS

D'ENSEIGNEMENT

DANS LA LUTTE CONTRE

LE VIH/SIDA EN THAÏLANDE

*Chutamas Soravisutr*¹

Le SIDA en Thaïlande

La plupart des gens savent aujourd'hui que le SIDA est pour le moment une maladie incurable, qu'il peut se propager par des contacts sexuels ou des transfusions sanguines, et que la femme enceinte peut le transmettre à son enfant. La présence du virus du SIDA dans l'organisme ne peut être établie que par un examen du sang. Depuis 1984, année où l'on a diagnostiqué le premier cas de SIDA attesté en Thaïlande, les responsables thaïlandais ont adopté plusieurs mesures préventives et de nombreux moyens de lutte contre l'épidémie. En dépit de tous ces efforts, un rapport du ministère de la santé publique a révélé que 23 520 personnes sont mortes du SIDA en 1997. On estime, sur la base des données épidémiologiques, qu'il pourrait y avoir un jour entre 750 000 et 800 000 malades.

Ces données montrent qu'en dépit des diverses mesures prises par les autorités thaïlandaises pour essayer d'atténuer la gravité du problème, le SIDA continue de progresser. C'est ce que montrent aussi certains plans élaborés au niveau national ou ministériel, dont l'application incombe ensuite à différents organismes gouvernementaux : par exemple, le Plan national de prévention du SIDA ou le Plan d'action pour prévenir et combattre le SIDA.

Le ministère de l'éducation s'occupe systématiquement d'éducation en matière de SIDA depuis 1991. Ce ministère est le principal organisme qui applique des stratégies éducatives destinées à informer le public des facteurs de risque et des moyens de prévention, à encourager les changements d'attitude à l'égard des comportements à risques, etc. Durant la période 1997-2001, les principales activités qui avaient pour but de prévenir ou de surmonter les problèmes liés au SIDA, ont consisté :

- à introduire de nouveaux contenus dans le programme d'enseignement des écoles primaires et secondaires (éducation sexuelle, décisions concernant les relations sexuelles, vie familiale, vie avec les malades du SIDA, prévention du SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles, développement de valeurs morales et d'habitudes culturelles susceptibles de limiter la transmission de ces maladies, etc.) ;
- à promouvoir des activités hors programme, des activités pédagogiques parascolaires et des activités sportives susceptibles de réduire la fréquence des comportements à risque ; à susciter un sentiment de compassion envers les individus contaminés par le virus du SIDA ;
- à introduire dans les examens des questions qui permettent de déterminer dans quelle mesure les élèves savent et comprennent ce que sont le SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles, et connaissent les moyens de s'en préserver ;
- à encourager la création, dans les établissements d'enseignement, de clubs ou d'associations qui renseignent les élèves sur le SIDA et leur apprennent à avoir une attitude positive à l'égard de cette maladie, afin que les individus contaminés ne soient plus rejetés ;
- à promouvoir des activités et des campagnes destinées à fournir aux fonctionnaires et aux associations locales des informations sur le SIDA et sur les moyens de prévention, ces informations pouvant être diffusées par les moyens de communication employés pour la formation des fonctionnaires et les relations publiques.

Les activités des organismes gouvernementaux qui relèvent du Ministère de l'éducation, consistent de façon générale à diffuser des connaissances, à mener des campagnes d'information, et à soutenir d'autres activités relatives au SIDA. Elles poursuivent les objectifs suivants :

1. permettre aux enfants, qu'ils soient scolarisés ou non, de savoir et de comprendre exactement ce que sont le SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles, et leur apprendre à s'en protéger ;
2. inciter les jeunes à éviter les comportements à risques ;
3. inculquer aux jeunes des attitudes positives à l'égard de la prévention du SIDA et des relations sociales qu'ils peuvent avoir avec des individus contaminés par le virus du SIDA ;
4. apprendre aux jeunes à réfléchir, à se déterminer par eux-mêmes et de façon rationnelle, à s'abstenir des comportements qu'ils estiment dangereux ;
5. encourager les élèves à exprimer leur opinion et à défendre leur point de vue ;
6. avertir les élèves des dangers auxquels les exposent les fausses valeurs qui peuvent conduire à des pratiques comme la prostitution, y compris la prostitution des enfants, la non-protection des rapports sexuels ou la consommation excessive d'alcool.

Après ces campagnes de prévention contre le SIDA, on a constaté de façon générale que, si les jeunes, les élèves et les citoyens étaient bien informés sur le SIDA, la plupart d'entre eux n'avaient pas abandonné les comportements à risques. C'était surtout le cas des ouvriers, des manœuvres, des agriculteurs et des pêcheurs, qui présentaient encore un taux élevé d'infection par le virus du SIDA, conséquence de rapports sexuels non protégés. Les porteurs du virus l'ont transmis à leurs femmes, qui ont ensuite contaminé leurs enfants pendant les grossesses. Un tel accroissement du nombre des infections vient du fait que les membres de ces catégories sociales n'étaient pas encore assez conscients des dangers du SIDA (la plupart croient encore, à tort, qu'attraper le SIDA est quelque chose qui n'arrive qu'aux autres). Il est très difficile de modifier les valeurs et les attitudes par des campagnes de relations publiques.

Pourquoi les établissements d'enseignement doivent-ils contribuer à la prévention du SIDA ?

Le SIDA pose un problème de comportement. Le système scolaire, qui touche une grande partie de la population, pourrait contribuer à jeter les bases et à déterminer les caractères d'une société

conforme aux objectifs nationaux. Comme l'écrit Vasee dans un livre où il expose les principes directeurs qui peuvent conduire à une amélioration du comportement sanitaire des enfants d'âge scolaire et des jeunes en général (1997) :

la santé est en nous et dépend de notre comportement. Elle est déterminée par notre comportement. L'école est une institution qui apporte la santé. L'école peut tout faire. Les enseignants et les élèves (dont le nombre total dépasse 40 millions) peuvent tout faire : ils peuvent notamment développer l'économie, la culture et la santé.

Dans un livre consacré au problème de la toxicomanie chez les jeunes, Tansakul écrit qu'on peut demander aux établissements d'enseignement de proposer des modèles de comportement dans la mesure où ces établissements :

1. accueillent un grand nombre d'enfants et de jeunes ;
2. disposent des ressources humaines et matérielles nécessaires pour remplir leur fonction (enseignants, salles de classe, matériels didactiques et manuels) ;
3. peuvent effectuer des évaluations à court et à long termes ;
4. se prêtent facilement aux enquêtes et aux expériences ;
5. jouissent de la confiance des parents (ou des tuteurs) des élèves et de la communauté.

L'éducation intellectuelle et morale contribue à prévenir les troubles du comportement. Suivant l'article 81 de la Constitution thaïlandaise, l'enseignement public doit tendre à réduire la fréquence des comportements indésirables.

Premièrement, l'État doit « dispenser un enseignement et une formation qui transmettent des connaissances et des valeurs morales », et inciter le secteur privé à faire de même. L'accent porte à la fois sur l'éducation intellectuelle et sur l'éducation morale, entre lesquelles il faut assurer l'équilibre. Le système d'éducation doit donc favoriser le développement psychologique et l'intégration sociale des jeunes, les aider à devenir des citoyens autonomes, sérieux, attachés à des valeurs morales solides, capables de vivre en paix avec leurs voisins, qui ne cherchent pas à exploiter les autres, qui se servent judicieusement de leurs connaissances, sans que la société ait désormais à s'inquiéter à leur sujet des problèmes relatifs au jeu, à la drogue ou au SIDA.

Deuxièmement, l'État doit « instaurer une loi générale sur l'éducation ». Cette loi lui permettra de dispenser un enseignement et une formation systématiques qui renforceront les normes nationales et préserveront l'identité nationale. Le nouveau système d'éducation contribuera à produire une nouvelle génération de citoyens thaïlandais, dotés de caractéristiques distinctives (ils

penseront, parleront et agiront comme des Thaïlandais doivent le faire), qui les aideront à conserver un état d'esprit sain dans un environnement de qualité.

Troisièmement, l'État doit «développer la profession d'enseignant », afin que les enfants et les jeunes soient éduqués et formés par des enseignants professionnels conscients de l'importance de leur profession, qui connaissent la psychologie des enfants aux différents âges, qui maîtrisent la discipline enseignée, et qui soient capable de transmettre à la fois des connaissances et des valeurs morales à leurs élèves.

Le SIDA et sa prévention

En novembre 1987, le ministère de l'éducation a publié une directive qui soulignait la nécessité de dispenser un enseignement sur le SIDA à tous les niveaux du système scolaire, afin de sensibiliser les élèves aux dangers du SIDA, de les informer sur les causes et les modes de transmission de la maladie, sur les moyens de prévention, sur les conséquences sociales de l'épidémie. Depuis, le ministère de la santé publique et le Bureau du premier ministre ont mis en pratique divers modèles d'activité pédagogique et d'apprentissage, et mené des campagnes d'information. Tous les organismes gouvernementaux accordent la plus haute importance à l'éducation relative au SIDA ; car chaque fois que les journaux rapportent certains types de crimes ou de désordres (avortements, viols suivis de meurtres, parties de débauche, prostitution d'enfants, etc.), tous les yeux se tournent aussitôt vers le programme d'enseignement scolaire, et l'on demande par exemple : «Y a-t-il des cours d'éducation sexuelle dans les écoles ? », « Les enseignants parlent-ils du SIDA à leurs élèves ? », « Quelles mesures ou quelles stratégies le gouvernement a-t-il adoptées pour lutter contre de tels fléaux ? » Le ministère de l'éducation est tout à fait conscient de la gravité de ces problèmes, et s'est constamment efforcé d'améliorer la situation.

Mission et activités

Tous les segments de la société ont compris que l'école jouait un rôle important dans la mesure où elle forme le caractère des enfants, transmet la culture, les valeurs et les attitudes, introduit des progrès dans la vie sociale, suit l'évolution des problèmes sociaux, contribue à les résoudre, renforce la stabilité sociale. Les mesures suivantes ont été prises :

- au niveau national, adoption d'un plan national de prévention du SIDA ;
- au niveau ministériel, adoption d'un projet de prévention du SIDA et allocation des crédits nécessaires à tous les ministères concernés ;
- au niveau des organismes gouvernementaux chargés d'appliquer les politiques nationales, développement d'une pédagogie qui a pour but de prévenir ou de contribuer à résoudre les problèmes liés au SIDA.

Principales activités des établissements d'enseignement

DISPENSER DES CONNAISSANCES AUX ÉLÈVES

De façon générale, les contenus de l'enseignement relatif au SIDA font partie des «compétences nécessaires dans la vie pratique» (*life skills*) dispensées au cours du processus d'enseignement/apprentissage. Les méthodes d'enseignement les plus appréciées consistent :

- à présenter des informations susceptibles d'impressionner fortement les élèves (on leur explique, par exemple, que le SIDA est une maladie incurable qui conduit inévitablement à la mort) ;
- à proposer aux élèves des sujets de discussion ou de débat;
- à inviter des spécialistes (notamment des médecins et des agents sanitaires en relation directe avec des malades du SIDA) ;
- à susciter des projets individuels, dont les résultats seront présentés par leurs auteurs au reste de la classe ;
- à organiser des jeux de rôle, des simulations.

D'autre part, on dispense indirectement des connaissances en organisant des expositions, en exposant des affiches, en menant des campagnes pour la Journée mondiale du SIDA, en donnant aux élèves l'occasion de demander conseil à d'autres jeunes, en organisant des concours de peinture, de photographie, en demandant aux élèves d'écrire des essais, de trouver des slogans, etc.

Les «compétences nécessaires dans la vie pratique» dispensées durant le processus d'enseignement/apprentissage doivent contribuer à assurer la santé mentale des élèves et renforcer leurs compétences sociales. L'accent porte aussi sur la capacité de communiquer (écouter, parler, lire, écrire), sur l'aptitude à la pensée analytique et critique, et sur les capacités d'expression.

L'enseignement des «compétences nécessaires dans la vie pratique » trouve place dans toutes les matières : par exemple

- en mathématiques (aptitude à la pensée rationnelle) ;
- dans les sciences de la nature (esprit scientifique) ;
- dans les sciences sociales (aptitude à la pensée analytique, capacité d'évaluation, compétences sociales nécessaires à la prise de décisions et à la résolution de problèmes) ;
- dans la formation professionnelle (aptitude au travail manuel) ;
- dans les activités parascolaires, comme celles que pratiquent les scouts, les guides, les éclaireuses, les jeunes secouristes (développement de la personnalité, hygiène, discipline, entraînement) ;
- en éducation physique (capacités motrices) ;
- dans l'éducation sanitaire (capacité à rester en bonne santé, à se préserver des maladies, à donner un sens à sa vie, à s'épanouir sur les plans physique, intellectuel, affectif et social).

La Division de l'aménagement des programmes et des études élabore actuellement un « programme d'éducation de base » dans le cadre des réformes pédagogiques entreprises par le ministère de l'éducation, et conformément au Plan national de développement économique et social (dont la Huitième Phase met l'accent sur le renforcement des qualités humaines, de la vie familiale et des communautés). L'enseignement des «compétences nécessaires dans la vie pratique » aura sa place dans toutes les matières de ce nouveau programme, de même qu'une éducation morale fondée sur des valeurs positives.

Le « programme d'éducation de base » comprend trois parties :

1. des matières obligatoires pour tous les élèves ;
2. l'enseignement de compétences essentielles qui doivent être dispensées à tous les élèves de tous les niveaux ;
3. l'enseignement continu des valeurs et des attitudes qu'il faut transmettre aux élèves.

Le problème, c'est que nos enfants ne savent pas réfléchir. S'ils savaient réfléchir, ils ne seraient pas victimes de la drogue et du SIDA, ne manqueraient pas l'école, ne seraient pas violents, ne détruiraient pas l'environnement, les filles n'auraient pas de grossesses prématurées, ne se feraient pas violer, etc. Si les élèves avaient la possibilité d'acquérir les «compétences nécessaires dans la vie pratique » dès le début de leurs études, ils comprendraient mieux la vie, apprendraient à l'aimer, prendraient conscience de leur valeur, n'accepteraient que ce qui est bon pour eux, et se

consacreraient plus tard à des activités moralement acceptables. L'acquisition des «compétences nécessaires dans la vie pratique » est donc d'une importance vitale pour le présent et pour l'avenir.

L'enseignement extrascolaire fait appel, lui aussi, aux «compétences nécessaires dans la vie pratique » quand il donne lieu à des activités de groupe. Par exemple, les élèves qui reçoivent un enseignement à distance, doivent participer chaque semaine à une réunion de groupe d'une durée d'au moins trois heures ; dans ces réunions, les enseignants jouent le rôle de conseillers et animent des activités qui font intervenir des échanges d'idées, des discussions, des analyses, des décisions, qui comportent des séances de «brainstorming », qui supposent la capacité d'avoir des relations pacifiques et de communiquer avec les autres.

Il est apparu que la majorité des individus infectés par le virus du SIDA étaient âgés de 14 à 30 ans ; et les statistiques du Service d'épidémiologie du ministère de la santé publique montrent que les jeunes ont en moyenne leurs premiers rapports sexuels à l'âge de 15 ans. Les élèves des écoles secondaires constituent donc l'un des groupes les plus vulnérables. Ces établissements relèvent de la Division de l'enseignement général. Pour donner une idée plus claire des activités en cours dans le domaine du SIDA, je vais maintenant présenter quelques-unes des activités menées par cette division.

Quelques-unes des activités de la Division de l'enseignement général

1. Dans le cadre du projet «Conseils de camarades », former des élèves-conseillers par des méthodes actives, les sensibiliser aux problèmes liés au SIDA, leur inculquer des valeurs et des attitudes positives, leur apprendre à refuser, à négocier, à conseiller, à éviter les comportements à risque entre camarades.
2. Organiser des campagnes pour sensibiliser les élèves aux problèmes posés par le SIDA ; pour leur montrer quelles valeurs et quelles attitudes ils doivent adopter en matière sexuelle ; pour leur apprendre à accepter les malades du SIDA, à prendre soin d'eux et des personnes qui ont perdu des membres de leur famille à cause de l'épidémie ; pour les avertir des risques d'infection par le virus du SIDA auxquels les exposent certains comportements.

Plan et stratégies pour l'avenir

Les estimations ou projections suivantes sont tirées du projet de Plan national de prévention du SIDA pour 2002-2006.

1. Le nombre des individus infectés par le virus du SIDA s'élève actuellement en Thaïlande à environ 700 000.
2. On estime qu'environ 50 000 individus, âgés de 20 à 44 ans dans une proportion d'environ 90 %, mourront chaque année du SIDA durant la période 2002-2006.
3. On estime qu'environ 2 % des Thaïlandais de sexe masculin et 1 % des Thaïlandaises seront infectés par le virus du SIDA, et qu'environ 33 000 enfants seront contaminés par leur mère avant leur naissance.

Nous constatons aujourd'hui que les citoyens et les communautés locales prennent une part croissante aux affaires publiques, que les mass-médias jouissent d'une plus grande liberté d'expression, qu'une proportion plus faible des Thaïlandais de sexe masculin recourent aux services des prostituées, qu'un plus grand nombre de cas d'infection par le virus du SIDA sont attestés parmi les adultes et dans la population féminine, qu'un plus grand nombre d'individus infectés par le virus du SIDA vont tomber malades (en particulier dans la classe ouvrière), et que le nombre des travailleurs immigrés clandestins continuera d'augmenter.

Le gouvernement a donc élaboré la conception et les stratégies suivantes pour lutter contre le SIDA de 2000 à 2006.

TABLEAU 1. Activités pédagogiques relatives au SIDA menées par la Division de l'enseignement général

Objectifs spécifiques*	Indicateurs*	Résultats importants*
1. Former des élèves-conseillers par des méthodes actives, centrées sur les élèves, destinées à les sensibiliser aux problèmes et aux valeurs liés au SIDA, ainsi qu'à leur dispenser des « compétences nécessaires dans la vie pratique » relatives au	Les 20 000 élèves-conseillers thaïlandais ont été formés par des méthodes actives destinées à leur inculquer des valeurs et des attitudes positives, à leur dispenser des « compétences nécessaires dans la vie pratique », et à leur apprendre à se protéger du SIDA (durée de la	Les 20 000 élèves-conseillers thaïlandais ont adopté des valeurs et des attitudes positives, pris plus clairement conscience des problèmes liés au SIDA, acquis les compétences nécessaires pour prévenir le SIDA, et su se servir de leurs « compétences nécessaires

SIDA. Environ 20 000 élèves-conseillers dans toute la Thaïlande en mai-juin 1999.	formation : trois jours).	dans la vie pratique » pour aider leurs camarades à éviter les comportements à risques.
2. Organiser, dans le cadre du projet « École blanche », avec la participation des secteurs public et privé, des campagnes d'information sur la criminalité, l'alcoolisme, la toxicomanie, le jeu et la violence, qui donneront lieu à des activités pédagogiques.	Toutes les écoles relevant de la Division de l'enseignement général ont organisé, au niveau des établissements et au niveau provincial, avec la coopération d'organismes publics et privés, des campagnes adaptées aux différentes situations locales, et présenté les réalisations les plus remarquables de leurs élèves dans des expositions mises sur pied par les différentes académies régionales concernées.	Tous les élèves des écoles secondaires ont participé aux campagnes et aux activités projetées, adopté des valeurs et des attitudes positives, acquis les compétences nécessaires pour se protéger des fléaux dénoncés.
3. Mener des activités de suivi, de contrôle, de surveillance et de coordination, réunir des séminaires pour résumer les résultats du projet au niveau des provinces et des académies régionales et au niveau national.	La Division de l'enseignement général et des groupes de travail constitués au niveau des écoles, des provinces et des académies régionales ont rempli leur mission et préparé un rapport sommaire après la fin du projet.	Les participants au projet « Promouvoir l'éducation pour contribuer à prévenir ou à résoudre les problèmes liés au SIDA » ont atteint les objectifs du projet. 20 000 élèves-conseillers ont conseillé efficacement leurs camarades et réussi à se protéger eux-mêmes, à protéger leur communauté, leur famille et leurs camarades contre le SIDA.

*Données aimablement fournies par la Division de l'enseignement général.

Conception et stratégies du gouvernement thaïlandais

Les individus, les familles et les communautés forment une société forte, efficace, bienveillante, prête à prévenir ou à résoudre les problèmes liés au SIDA.

STRATÉGIE 1: ACCROÎTRE LE POTENTIEL SOCIAL

La stratégie 1 consiste à renforcer le potentiel des individus, des familles et des communautés en leur permettant d'acquérir la lucidité, la moralité et les compétences nécessaires, d'assumer des responsabilités et de contribuer par l'exercice d'une solidarité active à la prévention ou à la résolution des problèmes liés au SIDA ; elle consiste à améliorer le contexte social, à le rendre plus propice à la prévention et à la résolution des problèmes liés au SIDA, en organisant des activités susceptibles de soutenir les cultures et de promouvoir des modes de vie acceptables, et en proposant aux jeunes des formations professionnelles qui les aideront à subvenir à leurs besoins (et, de ce fait, à éviter les comportements à risques).

STRATÉGIE 2: ASSURER DES SERVICES DE SANTÉ ET D'AIDE SOCIALE

La stratégie 2 a pour but d'améliorer les services de santé essentiels, de promouvoir la santé et de mettre en place des régimes d'aide sociale efficaces en incitant les individus à mieux se soigner, en assurant une répartition plus équitable des soins médicaux, et en apportant un soutien moral et financier à ceux qui en ont besoin.

STRATÉGIE 3: DÉVELOPPER LA RECHERCHE NATIONALE

La stratégie 3 consiste à suivre l'évolution des données relatives au SIDA, à faire l'analyse et la synthèse des résultats de la recherche effectuée en Thaïlande ou à l'étranger (en vue d'éventuelles applications au contexte national) ; à développer les recherches et les technologies nécessaires.

STRATÉGIE 4: RENFORCER LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

La stratégie 4 consiste à instaurer, entre les pays de la région, une coopération satisfaisante, qui contribue à prévenir ou à résoudre les problèmes liés au SIDA ; à échanger des connaissances et des données d'expérience ; à coordonner les ressources disponibles en fonction de l'orientation définie par le Plan national de prévention du SIDA.

STRATÉGIE 5: METTRE EN PLACE UNE GESTION EFFICACE

La stratégie 5 consiste à définir les règles d'une gestion et d'une administration efficaces aux niveaux national, régional et local, afin de coordonner de façon plus harmonieuse et plus efficace les activités de prévention du SIDA; à déléguer certains pouvoirs aux autorités locales ; à susciter une plus grande participation de la société; à créer plus de transparence dans la société (afin d'y introduire plus de confiance et de justice).

Conclusion

La trop grande liberté laissée dans le passé aux enfants et aux jeunes en ce qui concerne les sorties, les soirées, la vie nocturne, etc., a favorisé le développement de la toxicomanie, l'adoption de comportements sexuels dangereux, la transmission du SIDA, et causé différents autres problèmes. La situation s'est toutefois généralement améliorée grâce à l'application de diverses mesures législatives telles que la Politique de réglementation de l'ordre social, la Politique de lutte contre le trafic des stupéfiants, la réglementation des lieux de spectacle et de divertissement et des établissements de services, l'imposition aux jeunes de moins de 18 ans d'un couvre-feu leur interdisant de sortir de chez eux après 22 heures, l'interdiction de vendre des cigarettes et de l'alcool aux jeunes de moins de 18 ans, etc. Mais ces mesures ont soulevé des controverses et n'ont pu être appliquées partout. Pour surmonter réellement les problèmes liés au SIDA, il faut faire en sorte que les comportements appropriés constituent la norme parmi les enfants et les jeunes, ce qui suppose la coopération de tous les segments de la société (familles, communautés, établissements d'enseignement) et de la société en général. Car, « mieux vaut prévenir que guérir ».

Note

1. Cet article a d'abord été traduit du thaïlandais vers l'anglais par Yingdej Mungkasem, titulaire d'une licence ès sciences (mention bien) de l'Université Chulalongkorn et spécialiste de l'aménagement des programmes d'enseignement au CDC.

Bibliographie

- Comité national pour la prévention et la résolution des problèmes liés au SIDA. 2001. *Draft of the National AIDS Prevention Plan 2002-2006* [Projet de plan national de prévention du SIDA (2002-2006)]. Bangkok.
- Groupe de travail chargé de préparer le plan national de prévention et de lutte contre le SIDA. 1993. *AIDS prevention and control plan 1995-1996* [Plan de prévention et de lutte contre le SIDA (1995-1996)].
- Suwan, P. 1998. *Developing life skills to improve health behaviour in preventing non-communicable diseases in children and youths* [Développer les « compétences nécessaires dans la vie pratique » chez les enfants et les jeunes pour améliorer leur comportement sanitaire et les protéger ainsi des maladies non transmissibles].

- Tansakul, P. 2001. *Problems of narcotic drug usage by youths, educational institutes, and assertive strategy* [Problèmes de toxicomanie chez les jeunes, établissements d'enseignement et stratégie d'affirmation]. Bangkok, Ministère de l'éducation, Division des affaires religieuses.
- Thaïlande. Ministère de l'éducation. 1995. Division de l'enseignement général. *Handbook on guide-lines for operating the «Peer Advice»* [Guide pour la mise en pratique du Projet «Conseils de camarades»]. Bangkok.
- . 1994. Unité de surveillance. *Friendship and AIDS prevention in secondary school* [Amitié et prévention du SIDA dans les écoles secondaires]. Bangkok.
- Thaïlande. Ministère de l'éducation. Unité de surveillance. *Summary of the Results of Implementing the Project on Enhancing Learning to Help Prevent and Solve AIDS Problems, Fiscal year 1991* [Résumé des résultats du Projet « Améliorer l'éducation pour contribuer à prévenir ou à résoudre les problèmes liés au SIDA », exercice 1991].
- Vasee, P. 1997. *Opinions concerning development of health behaviour of learning age children and youths* [Opinions sur la formation du comportement sanitaire des enfants d'âge scolaire et des jeunes].

Langue originale : portugais

Paulo Renato Souza (Brésil)

Ministre de l'éducation. Maîtrise de l'Université du Chili et doctorat en économie de l'Université d'État de Campinas. Professeur titulaire à l'Université d'État de Campinas, il a collaboré à plusieurs activités de l'Organisation des Nations Unies en Amérique latine. Secrétaire à l'éducation à São Paulo de 1984 à 1986, il est devenu Président de l'Université d'État de Campinas en 1986. De 1991 à 1995, il a été Directeur pour les opérations [Vérifié] à la Banque interaméricaine de développement, à Washington.

L'ÉDUCATION POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

LES INITIATIVES

DU MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

DU BRÉSIL POUR PRÉVENIR

ET COMBATTRE LE VIH/SIDA

Paulo Renato Souza

La création des Normes nationales relatives aux programmes d'enseignement (PCN) — qui s'appliquent à l'éducation de base et de niveau moyen, à l'éducation préscolaire et à l'éducation des indigènes — constitue l'une des principales initiatives prises par le Ministère de l'éducation du Brésil au cours des dernières années.

Ces normes nous fournissent des repères pour évaluer la qualité de l'éducation de base dans tout le pays. Elles ont pour but de guider les investissements dont bénéficie le système d'éducation, et d'en assurer la cohérence. Elles nous aident à introduire dans le champ du débat social des discussions, des recherches et des recommandations relatives à l'éducation, et à financer la participation des techniciens et des enseignants brésiliens, notamment de ceux qui sont le plus isolés et le plus éloignés du mouvement pédagogique actuel.

Ces normes essentiellement ouvertes offrent un cadre flexible qui reçoit une forme déterminée des diverses décisions régionales ou locales concernant la réforme des programmes d'enseignement et les autres réformes pédagogiques entreprises par les autorités, les responsables des établissements et les enseignants. Elles ne définissent donc pas un modèle uniforme auquel tous

les programmes d'enseignement devraient obligatoirement se conformer, qui échapperait aux compétences politiques et décisionnelles des États fédérés et des municipalités, qui transcenderait la diversité socioculturelle des différentes régions du pays, ou qui limiterait l'autonomie des enseignants et des équipes enseignantes.

La série de propositions formulée ici répond au besoin de soumettre le système d'éducation national à des principes directeurs qui permettent à l'éducation de prendre une part décisive au développement de l'esprit civique, tout en respectant la diversité régionale, culturelle, ethnique, religieuse et politique omniprésente dans une société multiculturelle complexe et stratifiée. Elle vise à promouvoir l'égalité des droits civiques sur la base des principes de la démocratie. Cette égalité civique suppose nécessairement l'égalité d'accès à tous les biens publics, et notamment aux connaissances utiles du point de vue social.

Si elles veulent satisfaire les demandes actuelles de la société, les écoles doivent s'occuper des problèmes qui ont une influence sur la vie des élèves, auxquels ils doivent faire face tous les jours. Du fait de leur importance indéniable pour l'éducation des élèves, les questions sociales sont discutées depuis longtemps dans les écoles ; un grand nombre d'entre elles ont trouvé place dans les matières des programmes d'enseignement qui relèvent des sciences de la nature ou des sciences sociales ; certaines ont même donné lieu à la création de nouvelles matières d'enseignement.

Dans cet ordre d'idées, on a proposé que certaines questions sociales fassent l'objet d'un traitement transdisciplinaire dans les programmes d'enseignement scolaire, afin que les élèves puissent les aborder dans toute leur complexité et non pas du point de vue limité d'une seule discipline.

Ce traitement permet d'intégrer les problèmes sociaux en tant que « sujets transdisciplinaires » dans les propositions pédagogiques des Normes nationales relatives aux programmes d'enseignement. De tels sujets ne constituent pas de nouvelles disciplines, mais se retrouvent dans toutes les disciplines existantes, dont ils influencent la conception, les objectifs, les contenus et l'enseignement pendant toute la durée de la scolarité obligatoire.

Les « Documents relatifs aux sujets transdisciplinaires » montrent, dans une première partie, que les écoles doivent enseigner ces sujets pour remplir leur fonction sociale ; ils exposent ensuite les valeurs générales et unificatrices qui déterminent la position générale de leurs auteurs sur les questions transdisciplinaires ; puis ils justifient sur le plan théorique le traitement transdisciplinaire de certaines questions sociales ; ils consacrent enfin un « document » particulier à chacun des sujets :

morale, santé, environnement, diversité culturelle et orientation sexuelle. Ces sujets ont été choisis parce qu'ils recouvrent des problèmes sociaux actuels et urgents qui revêtent une importance nationale et même un caractère universel.

La santé

L'Éducation pour la santé a pour objectifs d'amener les élèves à prendre conscience de leur droit à la santé, de les inciter à chercher constamment à comprendre les facteurs qui favorisent la santé, et de leur apprendre à se servir des moyens pratiques dont ils disposent pour améliorer, protéger ou rétablir leur santé. Les élèves doivent :

- comprendre que chacun a droit à la santé, qui est un aspect essentiel de la croissance et du développement de tout être humain ;
- comprendre que la santé est le résultat d'interactions avec les milieux physique, économique et socio-culturel, et apprendre à détecter, dans leur environnement, les facteurs de risques qui menacent la santé individuelle et publique ;
- connaître et savoir utiliser les moyens d'action individuelle et collective, capables de réduire les risques sanitaires, et se comporter en citoyens conscients de leurs responsabilités à l'égard de la santé individuelle et publique ;
- se familiariser avec les moyens d'accéder aux services communautaires ;
- adopter des habitudes d'hygiène, apprendre à tenir compte des possibilités et des limites de leur corps.

L'éducation sanitaire proposée par les Normes nationales relatives aux programmes d'enseignement part des besoins et des caractéristiques individuelles, des ressemblances et des différences entre les individus, pour étudier la croissance et le développement des êtres humains aux différents stades de la vie, ainsi que l'emplacement et le fonctionnement (présenté de façon schématique) des principaux organes et systèmes du corps humain, et met ces connaissances en rapport avec les aspects essentiels des fonctions liées aux échanges interpersonnels (sensations et mouvements), à la nutrition (digestion, circulation, respiration, excrétion) et à la reproduction.

D'autre part, elle souligne l'importance des examens médicaux périodiques pour la protection de la santé ; montre, à propos du processus organique de nutrition, que l'alimentation satisfait des besoins physiques, socio-culturels et affectifs ; décrit les aliments disponibles dans le

quartier ou le village, et indique leur valeur nutritionnelle; apprend aux élèves à se nourrir correctement et leur inculque des notions générales d'hygiène alimentaire.

Les maladies transmissibles sont un des principaux dangers pour la santé liés à la vie en société. On apprend aux élèves que ces maladies peuvent se transmettre par des contacts directs ou indirects ; on leur apprend quels sont les modes de transmission directe, et quels objets contaminés peuvent être des sources d'infection, le tout dans un esprit de prévention. Il est plus important, de ce point de vue, de renseigner les élèves sur les signes et les symptômes des maladies transmissibles les plus répandues que d'entrer dans le détail des pathologies.

Le degré de précision avec lequel on décrit les moyens pratiques de prévention du SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles, dépend dans une large mesure de l'intérêt manifesté par les groupes d'élèves. L'âge de l'initiation sexuelle avec des partenaires varie considérablement selon les individus et les groupes sociaux. Même en tenant compte des particularités de chaque groupe d'élèves, le travail pédagogique visant à distinguer les faits des préjugés, s'il intervient assez tôt, peut être le facteur décisif qui amènera les élèves à se protéger, eux et leurs partenaires, et à conserver cette habitude dans l'avenir.

L'initiation à la consommation de la drogue est évidemment un facteur de risques dans certaines situations. Il est essentiel de distinguer entre l'usage et l'abus, et de conserver la possibilité de choisir pour éviter la dépendance. Quand on parle de la drogue, il faut distinguer entre les différentes drogues. Elles ne présentent pas les mêmes dangers pour l'organisme, n'induisent pas le même type de dépendance, et sont plus ou moins bien acceptées par les lois et par la culture dominante; elles exposent donc les enfants à des risques différents.

L'orientation sexuelle

L'enseignement relatif à l'orientation sexuelle décrit la sexualité comme quelque chose d'inséparable de la vie et de la santé, qui s'exprime dès l'enfance chez les êtres humains. Il évoque le rôle social des hommes et des femmes, le respect qu'ils doivent avoir pour eux-mêmes et pour les autres, la discrimination et les préjugés qu'ils reproduisent ou subissent dans leurs relations, ainsi que des problèmes comme la diffusion du SIDA ou les grossesses non désirées chez les adolescentes.

La demande de travail sur la sexualité dans les écoles s'est accrue à partir du milieu des années 80, à cause de l'inquiétude inspirée aux éducateurs par la forte augmentation du nombre des grossesses non désirées chez les adolescentes et des cas d'infection par le VIH/SIDA.

Le travail méthodique et systématique effectué dans les écoles en matière d'orientation sexuelle se rattache aux initiatives pour promouvoir la santé des enfants et des adolescents. Il permet en particulier de mener une action préventive plus efficace contre le SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles.

Il est donc admis que de telles activités pédagogiques, qui donnent régulièrement aux élèves l'occasion d'utiliser les informations reçues et d'examiner les obstacles psychologiques et culturels à l'adoption de comportements sans risque, constituent le moyen le plus efficace de prévenir le SIDA. Étant donné le temps considérable que les jeunes passent à l'école, et les occasions de rencontres, d'échanges et de rapprochements qu'ils y trouvent, les écoles ne peuvent se désintéresser de ces questions et doivent être des lieux privilégiés pour la prévention du SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles.

L'enseignement dispensé au sujet de l'orientation sexuelle doit amener ou inciter les élèves :

- à accepter la diversité des valeurs et des croyances relatives à la sexualité et la diversité des comportements sexuels ;
- à concevoir la recherche du plaisir comme une dimension normale de la sexualité humaine ;
- à connaître leur corps, à apprécier et à rechercher la santé, à la considérer comme une condition nécessaire du plaisir sexuel ;
- à comprendre que les caractéristiques attribuées aux hommes et aux femmes par la société sont des constructions culturelles, et à combattre la discrimination qui s'y attache ;
- à reconnaître et à exprimer leurs sentiments et leurs désirs, tout en respectant ceux des autres ;
- à éviter les relations sexuelles forcées ;
- à reconnaître que le consentement des deux partenaires est nécessaire pour que les relations sexuelles procurent du plaisir ;
- à se montrer solidaires des porteurs du VIH, et à appliquer proactivement les politiques publiques relatives à la prévention et au traitement du SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles ;

- à connaître et à adopter des pratiques sexuelles sans risque lorsqu'ils commencent à avoir des relations sexuelles ;
- à éviter de contracter ou de transmettre le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles ;
- à développer une réflexion critique et à prendre des décisions réfléchies en matière de sexualité ;
- à demander conseil sur les méthodes de contraception.

Donner des informations sur le SIDA et les autres « maladies sexuellement transmissibles » (expression générique qui dispense de nommer les plus connues de ces maladies) consiste pour l'essentiel à expliquer les faits (et à dénoncer les préjugés) qui s'y rapportent.

De façon générale, le travail pédagogique effectué sous la rubrique de l'orientation sexuelle vise à présenter aux élèves une conception de la sexualité débarrassée des tabous et des préjugés, et met l'accent sur les rapports de la sexualité avec le plaisir et la vie : l'étude du SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles doit se conformer à ces principes généraux et éviter de souligner les liens de la sexualité avec la maladie et la mort.

Quand ils parlent des maladies sexuellement transmissibles, les éducateurs doivent toujours insister sur les mesures préventives, et faire une nette distinction entre les types de contacts qui favorisent la contamination, et ceux qui ne présentent aucun danger dans la vie de tous les jours.

En ce qui concerne plus particulièrement le SIDA, l'enseignement en matière d'orientation sexuelle doit aborder ce sujet d'une tout autre façon que ne l'ont fait certaines campagnes de prévention relayées par les médias, qui nous ont dit : « Le SIDA tue ». Ce message a pour effet d'accroître la peur et l'angoisse, et provoque des réactions de défense. Le message fondamental qu'il faut souligner, c'est au contraire : « On peut prévenir le SIDA ».

Le travail pédagogique effectué sur cette question, ainsi que les informations données sur le SIDA, permettent aux élèves d'exprimer leurs peurs et leurs angoisses, et facilitent l'examen des mythes, des obstacles psychologiques et culturels qui empêchent les changements de comportement nécessaires et l'adoption de pratiques sexuelles sans risque. Parmi ces obstacles psychologiques, il vaut la peine de signaler une illusion de toute-puissance et un système de négation fréquents chez les adolescents, — mécanismes dont la mise au jour et la modification requièrent le maintien d'un espace de discussion permanent.

Il faut examiner la discrimination et les préjugés sociaux dont les porteurs du VIH et les malades du SIDA sont victimes, évoquer à ce propos les droits civiques, promouvoir des valeurs comme la solidarité et le respect d'autrui, demander la participation de tous au combat contre les préjugés, montrer que les préjugés relatifs au SIDA vont à l'encontre des droits individuels et collectifs actuellement reconnus, souligner l'importance de ces valeurs et de ce combat pour la survie des individus infectés par le VIH.

Pour aider les enseignants à mettre en pratique les propositions des Normes nationales relatives aux programmes d'enseignement, le Secrétariat chargé de l'éducation de base et le Secrétariat chargé de l'éducation de niveau moyen et de l'enseignement technique appliquent depuis août 1999 le programme de formation professionnelle continue appelé «Normes en action». Les principaux objectifs de ce programme sont, d'une part, de créer, à partir des réseaux d'enseignants, une équipe de formateurs capables de définir, d'organiser et de coordonner des activités de formation dans les écoles, afin d'introduire une culture de la formation professionnelle continue dans la vie quotidienne des éducateurs; d'autre part, d'utiliser les matériels produits par le ministère de l'éducation et de la culture, en appliquant les conceptions proposées par les «Normes culturelles nationales et principes directeurs relatifs aux programmes d'enseignement», qui définissent l'orientation des différentes disciplines de l'éducation de base en fonction des différents types ou niveaux d'éducation : éducation préscolaire, alphabétisation, éducation scolaire de la première à la quatrième année et de la cinquième à la huitième année, éducation des jeunes et des adultes.

En septembre 2001, un Groupe de travail interministériel fut créé, composé de représentants du ministère de la santé et du ministère de l'éducation et de la culture, chargé de rédiger, d'appliquer, de recommander et de soutenir, dans le cadre du programme «Normes en action», des propositions relatives à la formation des enseignants dans deux domaines transdisciplinaires : l'éducation sanitaire et l'éducation sexuelle. La production des matériels et la formation des enseignants proprement dite devraient avoir lieu au cours de l'année 2002. Le Groupe interministériel s'emploie pour le moment à sélectionner les meilleurs projets de contrat avec les spécialistes ou les établissements qui peuvent effectuer le travail nécessaire dans les meilleures conditions.

La télévision scolaire au service de la formation des enseignants

Les émissions d'éducation de base (huit premières années de l'enseignement scolaire) prévues par le programme «Normes en action» que le Groupe de travail interministériel doit appliquer, ont une durée hebdomadaire de 14 heures.

Chaque jour de la semaine est consacré à l'un des domaines désignés par les Normes nationales relatives aux programmes d'enseignement : mathématiques, portugais, sciences de la nature, histoire, géographie, éducation physique, éducation artistique, morale, diversité culturelle, *santé*, environnement et *éducation sexuelle*. À ces domaines s'ajoute celui de l'« école » ou de l'« éducation », qui comprend des questions directement liées à la pratique de l'enseignement.

« Un bond en avant » est une émission d'enseignement à distance réalisée par Télé-École, la chaîne éducative du ministère de l'éducation, et produite par TVE Brésil, qui a pour but de contribuer à l'éducation continue ou à la formation spécialisée du personnel enseignant des écoles et des étudiants en pédagogie. Cette émission entièrement interactive, diffusée en direct du lundi au vendredi, doit notamment contribuer à la formation continue des enseignants du primaire et du premier cycle du secondaire.

« Un bond en avant » permet aux enseignants de tout le pays de réviser et de réélaborer leurs principes et leurs pratiques pédagogiques, en leur donnant l'occasion de s'informer et d'échanger des idées par divers moyens de communication (téléphone, télécopie, télévision, dépliants, courrier et publications électroniques), et de suivre également des cours. L'émission aborde toujours des sujets qui relèvent de l'éducation sanitaire ou sexuelle.

Enfin, il faut souligner que les émissions du ministère de l'éducation qui portent sur la prévention et le traitement du VIH/SIDA, ont pour but de soutenir les initiatives du gouvernement brésilien destinées à réduire le nombre des cas d'infection, et à préparer les jeunes et les adultes à travailler avec des porteurs du VIH. Le ministère de l'éducation et de la culture a pour principal objectif de créer, à l'intérieur et à l'extérieur des écoles, une culture de la prévention des maladies qui aidera tous les citoyens du Brésil à mener une vie plus saine.

Herman P. Shaalma et al.
L'éducation des jeunes en matière de VIH
Perspectives, vol. XXXII, n° 2, juin 2002

Langue originale : anglais

Herman P. Schaalma (Pays-Bas)

Titulaire d'un doctorat. Maître de conférence en éducation sanitaire et promotion de la santé à la Faculté des sciences de la santé de l'Université de Maastricht. Psychosociologue, il a dirigé le projet de recherche « Long Live Love », qui incluait un essai randomisé portant sur un programme d'éducation sexuelle en milieu scolaire assuré par des enseignants des Pays-Bas. Ses travaux actuels concernent la prévention du VIH parmi la jeunesse néerlandaise, les populations immigrées des Pays-Bas et les jeunes en Afrique subsaharienne.

Gerjo Kok (Pays-Bas)

Titulaire d'un doctorat. Doyen de la Faculté de psychologie de l'Université de Maastricht et professeur de psychologie appliquée. A exercé les fonctions de président du Département d'éducation sanitaire dans cette même université. Il est également titulaire de la chaire de prévention du SIDA et d'éducation sanitaire financée par le Fonds néerlandais de lutte contre le SIDA. Ses publications portent essentiellement sur la planification des changements comportementaux ; il est un des auteurs de *Intervention mapping* (Bartholomew *et al.*, 2001).

Charles Abraham (Royaume-Uni)

Docteur en philosophie. Professeur de psychologie à la School of Social Sciences de l'Université du Sussex. Psychosociologue spécialiste des questions de santé, il fait partie de l'équipe de recherches du projet SHARE (Sexual Health and Relationships — Safe, Happy and Responsible), qui incluait un essai randomisé portant sur un programme d'éducation sexuelle en milieu scolaire assuré par des enseignants (voir par exemple Wight et Abraham, 2000).

Harm Hospers (Pays-Bas)

Titulaire d'un doctorat. Chargé de cours et directeur des programmes d'enseignement à la Faculté de psychologie de l'Université de Maastricht. S'intéresse essentiellement à la recherche sur la prévention du VIH. Auteur, notamment, d'études déterminantes sur les comportements sexuels à risque et sans risque et la mise au point d'interventions de prévention du VIH. Les groupes cibles auxquels il s'intéresse en particulier sont les hommes qui entretiennent des relations sexuelles avec les hommes et les personnes qui se droguent par voie intraveineuse. Adresse électronique : h.hospers@psychology.unimaas.nl

Knut Inge Klepp (Norvège)

Titulaire d'un doctorat et d'un DEA de lettres. Professeur de santé nutritionnelle publique et de santé internationale à la Faculté de médecine de l'Université d'Oslo. Ses travaux portent surtout sur le comportement sanitaire des adolescents et la promotion de la santé et il a une grande expérience du travail dans le domaine de la santé génésique chez les adolescents et de la prévention du VIH en Afrique orientale.

Guy S. Parcel (États-Unis d'Amérique)

Titulaire d'un doctorat. Professeur de sciences du comportement et titulaire de la chaire John McGovern de promotion de la santé à la School of Public Health du Health Science Center de l'Université du Texas (Houston). A exercé les fonctions de directeur du Center for Health Promotion and Prevention Research et de doyen de la School of Public Health. A dirigé les recherches dans le cadre de la Safer Choices Study en vue d'évaluer l'efficacité d'un programme scolaire à plusieurs composantes de réduction des comportements sexuels à risque.

L'ÉDUCATION POUR LA PRÉVENTION DU SIDA

L'ÉDUCATION DES JEUNES

EN MATIÈRE DE VIH :

EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS,

ÉLABORATION DES ÉLÉMENTS

DE PROGRAMMES ET

TRAVAUX DE RECHERCHES FUTURS

Herman P. Schaalma, Gerjo Kok, Charles Abraham,

Harm J. Hospers, Knut I. Klepp et Guy Parcel

Introduction

Les jeunes constituent un groupe cible important pour l'éducation préventive en matière de VIH. Environ la moitié des jeunes de 16 ans, dans le monde, ont une vie sexuelle active et c'est chez les adolescents et les personnes d'un peu plus de 20 ans que le nombre de partenaires est le plus élevé (Finer, Darroch et Singh, 1991 ; ONUSIDA, 1997a ; Zelnik, Kantner et Ford, 1981). Chez les jeunes, l'utilisation du préservatif n'est guère systématique et appropriée (Rotheram-Borus *et al.*, 2000) et elle est moins probable chez ceux qui ont des relations sexuelles à un jeune âge et qui ont un grand nombre de partenaires pendant l'adolescence (Zelnik, Kantner et Ford, 1981). Les jeunes sont donc exposés aux maladies sexuellement transmissibles (MST). Par exemple, aux États-Unis d'Amérique, 25 % des adolescents sexuellement actifs contractent chaque année une maladie sexuellement transmissible. Environ 15 % des maladies cumulatives liées au VIH étaient en 1999 le fait de personnes âgées de 13 à 24 ans (Jemmott et Jemmott, 2000) et environ 50 % des nouveaux cas de VIH aux États-Unis concernent des jeunes (CDC, 1998). Au niveau mondial, ce dernier chiffre s'élève à 60 % (ONUSIDA, 1997b). Dans plus de 90 % des cas, ces infections sont transmises par voie sexuelle (CDC, 1998).

Les adolescents apprennent des attitudes et des comportements sexuels qui exercent une influence sur leurs pratiques sexuelles pendant de nombreuses années (Zelnik, Kantner et Ford, 1981). Une intervention efficace au cours de l'adolescence peut influencer durablement le comportement sexuel. De surcroît, les évolutions culturelles que les nouvelles générations ont facilitées offrent la possibilité d'influer sur les valeurs culturelles par une éducation dans le domaine de la santé sexuelle (par exemple, en encourageant les débats sur la sexualité et les pratiques sexuelles).

Dans le présent rapport : i) on étudiera les critères selon lesquels les interventions peuvent être considérées efficaces ; ii) on passera en revue la littérature sur l'efficacité des interventions ; iii) on étudiera les obstacles à l'adoption et à la mise en œuvre des programmes qui se sont révélés efficaces ; iv) on décrira un protocole de nature à guider les responsables de l'élaboration de programmes à travers les étapes que supposent la mise en place et la diffusion d'une intervention efficace ; v) on établira les grandes lignes d'un programme de recherches pour l'avenir.

Évaluation de l'efficacité des interventions

Pour freiner la propagation du VIH, il faut surtout réduire les relations sexuelles non protégées. Des relations sexuelles protégées, l'abstinence sexuelle (c'est-à-dire toutes les formes de retardement de l'activité sexuelle) et l'utilisation systématique du préservatif devraient donc être les principaux résultats à prendre en compte pour mesurer l'efficacité des interventions de prévention du VIH. Si l'on ne dispose généralement pas d'indicateurs objectifs pour mesurer ces comportements, il existe cependant des recommandations méthodologiques pour augmenter le plus possible la précision des mesures indiquées dans les réponses aux questionnaires sur le comportement sexuel (Catania *et al.*, 1990). De surcroît, il est apparu que, lorsque les couples indiquaient avoir utilisé le préservatif (Gerrard, Breda et Gibbons, 1989) et avoir changé de comportement sexuel à la suite d'interventions, cela n'était aucunement affecté par la tendance à l'erreur systématique qui, dans les questionnaires, est fonction de la désirabilité sociale (Jemmott *et al.*, 1999).

Les interventions ont été évaluées en fonction des taux de MST déterminés en laboratoire (voir Rotheram-Borus, Cantwell et Newman, 2000 ; Stephenson, Imrie et Sutton, 2000 pour des bilans). Elles abordent une importante question de santé publique mais, les résultats sanitaires étant

l'aboutissement de facteurs multiples, ils peuvent ne pas traduire fidèlement l'impact comportemental des interventions éducatives.

On a pu relever des indices faibles de rapports sexuels non protégés et d'utilisation de préservatifs (par exemple Sheeran, Abraham et Orbell, 1999). Des interventions qui parviennent à modifier les conditions préalables à l'abstinence sexuelle ou à l'utilisation de préservatifs (notamment l'information, les croyances, les attitudes, la fermeté de l'intention, la confiance pour refuser des invites sexuelles, ou se procurer des préservatifs, en parler et les utiliser) peuvent apporter des contributions importantes à la mise en place d'une éducation sanitaire sexuelle efficace. Néanmoins, la norme d'évaluation des interventions de prévention du VIH doit être la réduction des rapports sexuels non protégés.

Il faut que la fiabilité d'une évaluation soit démontrable pour que celle-ci guide les politiques d'investissement et de mise en œuvre. Quand une évaluation est méthodologiquement défectueuse, même des interventions apparemment « efficaces » devront être testées à nouveau. Des critères ont été mis au point pour mesurer la qualité méthodologique des évaluations d'intervention. Par exemple, en s'appuyant sur les principes élaborés par la Cochrane Collaboration (1994), Oakley *et al.* (1995) ont défini quatre grands critères de rigueur méthodologique : 1) utiliser un groupe témoin réparti ou constitué de façon aléatoire ; 2) présenter des données avant et après l'intervention ; 3) faire état des analyses de projet thérapeutique ou neutraliser les pertes différentielles ; 4) indiquer tous les résultats compte tenu des buts de l'intervention. En dehors de ces critères, Oakley *et al.* (1995) ont noté qu'il était important de donner une description de l'intervention qui permette de la reproduire et qu'il fallait aussi disposer de capacités statistiques adéquates. Les CDC (1999) ont adopté des critères méthodologiques semblables bien qu'un peu plus libéraux. Dans une étude sur les interventions efficaces de prévention du VIH, les CDC ont spécifié que les évaluations devaient répartir de façon aléatoire les participants entre les groupes d'intervention et les groupes témoins et fournir des données sur les résultats après intervention. Ou bien, si l'on utilisait une répartition non aléatoire, l'analyse devait spécifier que cette répartition n'était pas biaisée et que les groupes d'intervention et groupes témoins étaient équivalents, ou que toute absence d'équivalence avait été neutralisée. Jemmott et Jemmott (2000) ont appliqué des critères semblables mais ont proposé de compléter des répartitions non aléatoires par des données sur les résultats avant et après intervention.

Les estimations de l'importance des effets se font plus fréquentes à mesure que l'on recourt à des contrôles systématiques et à des méta-analyses pour évaluer la réussite d'une intervention. On dispose de différentes dimensions d'incidence. Pour les données sur les intervalles, le d de Cohen offre un bon indicateur de changement (Hedges et Olkin, 1985). Il exprime la différence entre les groupes d'intervention et groupes témoins en termes d'écart types de la mesure des résultats (quand les groupes sont combinés). Par exemple, Kalichman, Carey et Johnson (1996) ont signalé un d moyen de 0,25 sur 12 essais contrôlés d'intervention conçus pour susciter des modifications du comportement sexuel. Cela signifie que, en moyenne, les groupes d'intervention ont effectué une intervention type d'un quart de point supérieur aux groupes témoins s'agissant des mesures de résultats. Ces mesures permettent de procéder à une comparaison de l'efficacité des différentes interventions et donnent aux chercheurs la possibilité d'estimer la différence que l'intervention pourrait apporter si elle était appliquée dans la pratique quotidienne.

Dans la présente étude, nous considérerons les critères des CDC comme norme méthodologique minimale et nous nous concentrerons sur les interventions qui se sont montrées efficaces pour réduire les rapports sexuels non protégés et encourager à retarder l'activité sexuelle ou à utiliser des préservatifs.

Quelles interventions sont efficaces ?

Les premières évaluations des interventions comportementales de prévention du VIH ont été décevantes. Fisher et Fisher (1992) n'ont trouvé que quelques essais randomisés et un grand nombre de mesures de résultats. Neuf interventions (soit 18 %) étaient classées comme fondées sur une théorie formelle et, bien qu'il soit apparu que quelques-unes aient réussi à modifier les comportements notifiés, l'insuffisance de la méthodologie d'évaluation amène à douter de la fiabilité de ces constatations. Les auteurs en ont conclu que l'on n'avait relevé que peu d'interventions efficaces, en premier lieu parce que « les efforts de lutte contre le SIDA fondés sur des théorisations formelles, de quelque nature qu'elles soient, sont excessivement rares » (p. 463). Ainsi, les études d'évaluations menées pendant huit ans n'ont, à quelques exceptions près, donné au plus qu'une vague idée du développement à venir des interventions en raison de faiblesses méthodologiques et de l'absence de précisions sur la base théorique et la nature exacte des interventions.

Les conclusions de Fisher et Fisher (1992) ont été reprises par Oakley *et al.* (1995), qui ont répertorié 65 évaluations de résultats d'intervention en matière d'hygiène sexuelle chez les jeunes. Vingt seulement (soit 31 %) étaient des essais randomisés et 12 (soit 18 %) satisfaisaient aux critères méthodologiques (énumérés ci-dessus) des vérificateurs. Trois seulement de ces 12 interventions ont été estimées efficaces, mais 1 seulement comprenait une mesure de suivi du comportement. Étant donné le manque d'interventions efficaces avec évaluations méthodologiquement fondées, il n'est sans doute pas surprenant que Fisher et Fisher (1992) et Oakley *et al.* (1995) n'aient pas indiqué la dimension des effets.

L'intervention dont Oakley *et al.* (1995) estiment qu'elle a eu un impact positif sur les comportements est particulièrement encourageante en ce qu'elle a réussi efficacement à modifier le comportement d'un groupe difficile à atteindre, celui des jeunes sans domicile fixe de New York (Rotheram-Borus *et al.*, 1991). Cette intervention, que Fisher et Fisher (1992) jugent fondée sur une base théorique «non orthodoxe», prévoyait des séances d'utilisation de préservatifs, des jeux de rôles et des ateliers vidéo. L'évaluation a montré qu'il y avait une relation entre l'utilisation accrue du préservatif et le nombre de réunions suivies et elle propose un modèle d'élaboration d'interventions efficaces à base communautaire chez les jeunes en milieu urbain.

Oakley *et al.* (1995) ont aussi signalé une intervention «néfaste» avec une évaluation méthodologiquement satisfaisante. Christopher et Rosa (1991) se sont aperçus que des jeunes gens, dans les conditions d'un programme éducatif encourageant l'abstinence sexuelle avant le mariage, avaient davantage tendance à annoncer le début de relations sexuelles au cours du suivi que ceux du groupe témoin. Cet effet n'est pas apparu dans deux autres évaluations de programmes d'abstinence (Jorgensen, Potts et Camp, 1993 ; Miller *et al.*, 1993 ; ONUSIDA, 1997a). Un essai randomisé portant sur un autre programme d'abstinence a montré que, si les participants à l'intervention avaient moins tendance que ceux du groupe témoin à signaler qu'ils avaient eu des rapports sexuels dans les trois mois qui suivaient, cette différence disparaissait pour la période de 6 et 12 mois qui suivait (Jemmott, Jemmott et Fong, 1998). Les conclusions sont donc nuancées quant à l'efficacité des programmes d'abstinence. D'aucuns se sont préoccupés du fait que certains programmes d'abstinence risquaient de ne pas correspondre aux réalités de la vie quotidienne des adolescents et pouvaient donc ne pas les préparer convenablement à faire face sans risque à des rencontres sentimentales et sexuelles (Rotheram-Borus *et al.*, 2000 ; Whatley et Trudell, 1993). Par exemple, une enquête portant sur plus de 7500 adolescents écossais de 13 et 14 ans a fait apparaître que

75 % des jeunes interrogés avaient l'expérience « d'embrasser avec la langue », et 15 % des filles et 18 % des garçons ont indiqué qu'ils avaient eu des rapports hétérosexuels (Wight *et al.*, 2000). Ces résultats montrent que l'on ne peut négocier l'abstinence que dans le cadre de rencontres sentimentales et sexuelles effectives.

Des études récentes sur des interventions de prévention du VIH ont été plus encourageantes. Kirby *et al.* (1994) ont relevé des caractéristiques qui semblaient permettre de distinguer les programmes scolaires efficaces et inefficaces. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut notamment :

1. qu'elle repose sur une théorie sociale cognitive (Bandura, 1986 ; 1997) ou sur d'autres théories comportementales cognitives ;
2. qu'elle soit axée spécifiquement sur la remise à plus tard des rapports sexuels et sur l'utilisation du préservatif ;
3. qu'elle utilise un langage clair en ce qui concerne les conséquences de rapports sexuels non protégés et sur les moyens d'éviter ces conséquences ;
4. qu'elle expose clairement et positivement les valeurs qui sont à la base de l'intervention et élabore des normes qui supposent la désapprobation des rapports sexuels non protégés ;
5. qu'elle insiste sur le rôle de l'influence sociale dans la prise de décision en matière sexuelle ;
6. qu'elle recoure à des stratégies interactives, observationnelles et utilisant la répétition pour développer les capacités de communication et de négociation et personnaliser les risques qu'entraînent les rapports sexuels non protégés ;
7. qu'elle suppose le travail en petits groupes ou un temps de dialogue de plus de 14 heures ;
8. qu'une formation de qualité soit fournie aux personnes chargées de l'intervention.

Ce type de directives est utile aux décideurs et a servi de base par la suite pour améliorer les interventions (voir, par exemple Schaalma et Kok, 2001 ; Wight et Abraham, 2000).

Kalichman, Carey et Johnson (1996) ont étudié 12 essais comparatifs qui, selon eux, étaient fondés sur la théorie sociale cognitive et des modèles de cognition sociale, en particulier sur les travaux de Bandura (1986 ; 1997). Ce bilan a permis d'obtenir des descriptions des évaluations, où l'on trouve notamment le plan, l'effectif de l'échantillon, la nature et la durée de l'intervention et le type de groupe témoin. Toutes les études ont eu des résultats positifs, l'importance des effets allant de faible (0,11) à modérée (0,53), avec une moyenne de $d = 0,25$. Bien que ce soit là une grandeur d'effet peu élevée, Kalichman, Carey et Johnson ont relevé qu'elle était d'une ampleur similaire à

celle que l'on observait dans un certain nombre d'interventions habituellement utilisées en matière de soins de santé. C'est là une constatation encourageante, bien que peu d'évaluations aient porté sur le maintien du nouveau comportement après la mesure des résultats de l'intervention.

Kalichman et Hospers (1997) ont recensé 19 essais randomisés dans des interventions de prévention du VIH conçues pour susciter une modification du comportement sexuel. Ils ont insisté sur l'importance de la théorie sociale cognitive (voir aussi Stephenson, Imrie et Sutton, 2000), notamment sur le modèle de réduction du risque de SIDA (Catania, Kegeles et Coates, 1991 ; Sheeran, Abraham et Orbell, 1999) et sur le modèle information-motivation-comportement (Fisher et Fisher, 1992), étroitement lié à la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991). Il est intéressant de noter que Kalichman et Hospers ont recensé « quatre activités d'intervention fondamentales » qui leur ont paru avoir de l'efficacité, à savoir :

- 1) Instruction : explication des raisons pour lesquelles il convient d'acquérir le nouveau savoir-faire ;
- 2) modélisation : donner un exemple d'imitation réelle du comportement, montré par un modèle crédible ;
- 3) entraînement : participation à des jeux de rôles simulant des situations à risques pour s'habituer au comportement nouveau ;
- 4) leçons tirées de l'expérience par le responsable du groupe et d'autres membres du groupe en vue d'encourager et de renforcer les changements de comportement (p. S192).

Ces techniques correspondent à certaines des caractéristiques d'interventions scolaires efficaces retenues par Kirby *et al.* (1994).

L'ONUSIDA (1997a) a recensé 53 études d'évaluation d'interventions dans le domaine de la santé sexuelle testées sur des jeunes. Quinze d'entre elles étaient des essais comparatifs sur des interventions, tous menés aux États-Unis. L'un d'entre eux portait sur l'intervention jugée « néfaste » par Oakley *et al.* (1995). Quatre autres ont été jugées non efficaces. Quatre ont eu des effets positifs sur les taux de grossesse et l'utilisation de contraceptifs. Six ont eu des effets positifs sur le commencement des rapports sexuels (Jorgensen, Potts et Camp, 1993 ; Zabin *et al.*, 1986), sur la fréquence des rapports sexuels (Kirby *et al.*, 1991 ; Smith, 1994), l'utilisation du préservatif (Walter et Vaughan, 1993) ou le nombre de partenaires sexuels (Main *et al.*, 1994 ; Walter et Vaughan, 1993). Nombre de ces études ont relevé des effets sur des sous-groupes de participants. Par exemple, un commencement de vie sexuelle reporté à plus tard chez ceux qui n'avaient pas encore eu de rapports sexuels, ou l'utilisation systématique du préservatif chez ceux qui étaient déjà sexuellement actifs. Les auteurs de l'étude ont noté qu'il était important de prendre en compte les effets différentiels que les interventions pouvaient avoir sur les sous-groupes, en particulier ceux qui

ont/n'ont pas eu de rapports sexuels avant l'intervention. De surcroît, ils ont bien montré que des jeunes femmes risquaient de se trouver exclues du fait de présupposés culturels quant au désir sexuel et à la prise de décision. Cela signifie que les évaluations doivent aussi prendre en compte les effets différentiels des interventions sur les hommes et sur les femmes.

Rotheram-Borus *et al.* (2000) ont appelé l'attention sur deux essais randomisés de programmes multisites offerts à des jeunes dans des cliniques spécialisées dans les MST. Le NIMH Prevention Trial Group (1998) s'est aperçu qu'un programme comportemental cognitif en sept séances, organisé dans 37 cliniques auprès de jeunes ayant des comportements à risques, avait eu pour résultat un usage plus fréquent et plus systématique du préservatif et une réduction des MST au bout de 12 mois. Kamb *et al.* (1998) ont évalué quatre interventions différentes avec tests de VIH dans cinq cliniques. Au bout de trois mois, les personnes ayant bénéficié de consultations ont déclaré utiliser plus systématiquement le préservatif que celles du groupe témoin ; au bout de 12 mois, il s'est avéré qu'elles avaient moins de MST que celles du groupe témoin. Ces essais sont la preuve de l'efficacité des interventions en clinique auprès de jeunes qui présentent des risques élevés de VIH.

Jemmott et Jemmott (2000) ont étudié l'efficacité de 36 interventions contrôlées conçues pour réduire le risque de contamination par le VIH parmi les jeunes. Les résultats confirment ceux de Kalichman, Carey et Johnson (1996). Le d moyen des interventions d'évaluation de l'utilisation des préservatifs en tant que mesure de résultats était de 0,28 contre 0,19 pour les études portant sur les relations sexuelles non protégées. De façon intéressante, Jemmott et Jemmott (2000) se sont demandé si les interventions avaient des effets sur des médiateurs cognitifs théoriquement prescrits de ce changement comportemental comme le savoir, les croyances, l'intention et l'efficacité personnelle. Ils ont distingué parmi les interventions celles qui avaient de faibles effets ($d = 0,04$ — 0,19, $N = 11$) et celles qui avaient un effet important sur ces médiateurs cognitifs ($d = 0,21$ — 0,87, $N = 9$). Les interventions qui avaient le plus d'effets sur les médiateurs cognitifs en avaient aussi sur le comportement. Par exemple, celles qui avaient le plus d'effet sur les médiateurs cognitifs en avaient davantage sur l'utilisation du préservatif ($d = 0,15$ pour les interventions ayant peu d'effet sur les médiateurs) contre 0,41 (pour celles qui avaient davantage d'effet sur les médiateurs). De même, pour l'abstinence, on obtenait $d = 0,02$ contre 0,20, respectivement. Voilà qui confirme de nombreuses enquêtes précédentes, dont il ressort que les théories sociales cognitives offrent des cibles de changement utiles pour les interventions en matière de prévention du VIH. L'idée, c'est qu'un changement cognitif théoriquement spécifié offre un mécanisme convaincant de changement

comportemental et plaide en faveur de l'utilisation de la théorie sociale cognitive pour concevoir des interventions d'hygiène sexuelle (Schaalma *et al.*, 1996 ; Wight, Abraham et Scott, 1998), faisant ainsi ressortir l'importance que revêt la mesure des médiateurs potentiels des effets des interventions.

Le programme *Safer choices* offre un exemple récent de programme à composantes multiples et à base théorique qui a montré qu'il y avait à la fois effets à court terme (Coyle *et al.*, 1999) et à long terme (Coyle *et al.*, 2001) sur l'amélioration des variables sociales cognitives ainsi que sur la réduction de la fréquence des rapports sexuels sans préservatif et du nombre de partenaires sexuels avec lesquels les adolescents avaient des rapports sans préservatif. L'intervention *Safer choices* a cinq éléments constitutifs : changement de l'organisation scolaire, programme d'enseignement en neuvième et dixième année d'école, ressources offertes par les pairs, éducation parentale et liens entre l'école et la communauté. Outre les résultats positifs concernant la cohorte d'élèves qui ont suivi le programme en neuvième et dixième année, une analyse transversale a montré que le programme *Safer choices* avait pour effet, au niveau de tout un établissement, de réduire les comportements sexuels à risque (Basen-Engquist *et al.*, 2001).

Jemmott et Jemmott (2000) ont conclu que des interventions théoriquement fondées et bien conçues qui tiennent compte des caractéristiques des populations et du contexte culturel pouvaient susciter des modifications positives du comportement des adolescents face aux risques de contamination par le VIH. Ils ont toutefois noté que les conditions de limite de cette efficacité devaient être éclaircies et se sont demandé si les interventions jugées efficaces le resteraient si elles étaient effectuées à plus grande échelle par des gens qui n'ont pas participé à leur conception et à leur évaluation.

Ce qui frappe dans ces ouvrages, c'est que les interventions évaluées rigoureusement qui se sont révélées efficaces ont essentiellement pour cadre les États-Unis. Pourtant, des essais randomisés portant sur des programmes à fondement théorique ont été jugés efficaces en Europe et ailleurs. Par exemple, Schaalma *et al.* (1996) ont signalé l'efficacité d'un programme théoriquement fondé et basé sur des niveaux de preuves pour les établissements secondaires qui, depuis, a été largement diffusé au sein du système éducatif néerlandais. Selon eux, ce programme, par rapport à la pratique « ordinaire » en matière d'éducation pour la prévention du VIH, a eu des effets favorables sur les médiateurs sociocognitifs d'une utilisation systématique du préservatif. Il a fait apparaître un effet différentiel sur les comportements sexuels à risque : plus les jeunes avaient pris des risques sexuels au départ et plus ils tiraient profit du programme d'intervention.

Dans une étude consacrée aux interventions dans les pays en développement, Merson, Dayton et O'Reilly (2000) distinguent deux essais randomisés pour les interventions en milieu scolaire. Klepp *et al.* (1997) ont donné à des élèves de sixième année d'établissements de République-Unie de Tanzanie 20 heures de cours sur les moyens de prévenir l'infection par le VIH, sur la communication en matière de SIDA et sur l'intérêt à remettre à plus tard le début de l'activité sexuelle. Douze mois après, les participants avaient montré qu'ils avaient une bien meilleure connaissance du SIDA et avaient adopté des attitudes plus positives vis-à-vis des malades du SIDA que les élèves des écoles témoins. Stanton *et al.* (2000) ont signalé l'efficacité d'un programme scolaire pour les jeunes de Namibie. Ils ont noté que, parmi ceux qui n'avaient pas encore eu d'expérience sexuelle, les participants à l'intervention avaient en général été moins nombreux à indiquer qu'ils avaient eu des rapports sexuels au cours des 12 mois et, lorsqu'ils étaient devenus sexuellement actifs, ils utilisaient plus volontiers des préservatifs. L'une et l'autre de ces études soulignent une fois de plus qu'il est important de tester les effets différentiels parmi les sous-groupes d'une population. Surtout, Stanton *et al.* (2000) ont montré qu'il était possible d'élaborer des programmes scolaires efficaces en vue de leur utilisation dans les pays en développement. En raison des différences culturelles, sociales et économiques, il est cependant peu probable que des interventions qui s'avèrent efficaces dans des pays développés puissent être facilement exportées dans des pays en développement. Pour pareil transfert de technologies, il est d'une importance fondamentale de savoir élaborer et évaluer des interventions qui puissent s'inscrire dans les cultures.

Adoption et mise en œuvre des interventions

Même des programmes efficaces de prévention du VIH n'ont guère d'impact s'ils ne sont pas utilisés convenablement ou s'ils sont interrompus trop tôt (Bartholomew *et al.*, 2001). Cependant, trop peu d'études ont été faites sur les processus de diffusion et de mise en œuvre des interventions de prévention du VIH. Bien que la plupart des études révèlent qu'il y a eu une certaine formation des enseignants pour améliorer la qualité de la mise en œuvre, les publications ne donnent aucune indication quant à ce qui constitue une formation de qualité pour les enseignants ni quant aux effets de la formation des enseignants sur les résultats du programme. La théorie de la diffusion (Rogers, 1995) donne des indications sur les processus généraux de mise en œuvre des programmes. Elle divise le processus de diffusion en quatre phases : i) *annonce*, par laquelle les utilisateurs potentiels

apprennent qu'il y aura une intervention ; ii) *adoption*, c'est-à-dire procédures aboutissant à l'acquisition d'un programme ; iii) *mise en œuvre*, ou utilisation d'une intervention pour éduquer le groupe client ; iv) *institutionnalisation*, ou maintien de l'application du programme dans le cadre de la pratique éducative ordinaire. Si les responsables de l'élaboration des programmes ne respectent pas ces processus, le nombre d'utilisateurs du programme risque de diminuer à chaque phase, et il arrive souvent que l'institutionnalisation ne se fasse guère, même en cas d'intervention efficace (Paulussen *et al.*, 1995).

Nombre d'innovations dans le domaine de l'hygiène sanitaire échouent en raison du décalage entre, d'une part, l'élaboration et l'évaluation du programme et, d'autre part, la planification de sa diffusion et de son adoption (Orlandi *et al.*, 1990). Pour remédier à ce décalage, Orlandi *et al.* recommandent vivement un «système de liaison» entre les personnes chargées de préparer une intervention (par exemple, l'équipe de recherche ou les services responsables de l'éducation sanitaire), les utilisateurs censés adopter et appliquer le programme (par exemple, des organisations de jeunesse, des établissements scolaires) et les bénéficiaires ou clients (par exemple, les jeunes scolarisés). Orlandi *et al.* proposent que ce système de liaison soit mis en place dès le début du programme et qu'il associe des représentants de l'équipe d'élaboration, des utilisateurs potentiels et des décideurs. Pareil système de liaison offre deux gros avantages. Premièrement, les interventions sont préparées de telle sorte qu'elles puissent être facilement reproduites et maintenues dans les contextes institutionnels et culturels où elles doivent s'effectuer (Schaalma *et al.*, 1994 ; Wight et Abraham, 2000). Deuxièmement, les plans de diffusion et d'adoption sont bien avancés lorsque les essais montrent que les interventions sont efficaces.

Schaalma *et al.* (1994) illustrent par un exemple comment pareil système peut influencer sur l'élaboration du programme. Après le succès remporté par des programmes réalisés en milieu scolaire (voir par exemple Kirby *et al.*, 1991), des chercheurs ont proposé d'inclure des activités de type jeux de rôles dans un programme de prévention du VIH conçu pour les établissements scolaires des Pays-Bas. Cependant, quand des enseignants ont fait savoir, dans le cadre du système de liaison, que les professeurs néerlandais ne connaissaient en général pas bien les techniques des jeux de rôles et pourraient refuser de s'y plier, le groupe chargé de l'élaboration du programme a, de façon fort avisée, remplacé cette méthode par d'autres stratégies de modelage. Sans adaptation aux besoins des utilisateurs, des programmes efficaces risquent en effet d'être mal réalisés ou dédaignés (Paulussen *et al.*, 1995).

Les utilisateurs ont leurs propres raisons pour appliquer ou non un programme. Une étude effectuée parmi des professeurs du secondaire des Pays-Bas a fait apparaître que la décision des enseignants d'adopter un programme de prévention du VIH/SIDA et de l'appliquer était étroitement liée à leur auto-efficacité dans la réalisation du programme, de l'effort à fournir, de l'approbation de leurs collègues et de la réaction qu'ils attendaient de leurs élèves (Paulussen, Kok et Schaalma, 1994 ; Paulussen *et al.*, 1995). L'opinion que les professeurs avaient de l'efficacité du programme était sans lien avec leur intention de donner une éducation en matière de VIH ou d'adopter tel ou tel programme de prévention. Les tentatives qui ont été faites pour encourager les professeurs néerlandais à adopter le programme en insistant sur son efficacité ont donc peu de chance d'aboutir. Les enseignants adopteront plus volontiers un programme s'ils s'aperçoivent qu'il est facile à utiliser, avec des plans de cours et des matériels déjà prêts et s'ils apprennent que d'autres enseignants l'ont déjà approuvé et que des bénéficiaires précédents l'ont déjà jugé positif. À l'avenir, les travaux de recherche sur l'adoption devront établir les raisons pour lesquelles les utilisateurs les adoptent puis faire des recommandations d'interventions conçues pour augmenter efficacement l'adoption (Parcel *et al.*, 1989).

Les agents de promotion de la santé publique ne se rendent pas toujours compte que l'adoption d'une intervention, comme un programme de prévention du VIH, suppose des décisions de gestion et implique souvent des changements structurels (Goodman *et al.*, 1997 ; Rogers, 1995). Pour changer des structures, il faut avoir une idée de la prise de décision et du fonctionnement d'une organisation. Les décideurs ont leurs propres buts et calendriers. Les gestionnaires aspirent à une stabilité structurelle et recherchent souvent un pouvoir personnel et/ou institutionnel. Les considérations bureaucratiques et politiques peuvent entrer en conflit avec les priorités sanitaires, et l'innovation peut être jugée aventureuse. De surcroît, les objectifs spécifiques de changement comportemental propres à des programmes efficaces de prévention du VIH (par exemple, Kirby *et al.*, 1994) peuvent entrer en conflit avec le souci pédagogique d'amener les étudiants à savoir prendre les décisions qui les concernent plutôt qu'à leur prescrire des modes de vie particuliers (voir, par exemple, Wight et Abraham, 2000). Les interventions en matière de prévention du VIH doivent être compatibles avec les priorités structurelles. En revanche, les responsables de l'élaboration de programmes doivent chercher des stratégies permettant d'agir sur les organisations cibles par des voies politiques (Sabatier et Mazmanian, 1979), par exemple, en pesant sur la politique éducative et la législation nationale. Les décideurs qui font partie du groupe de liaison peuvent prévoir les conflits

potentiels avec les priorités structurelles et faciliter les efforts entrepris pour promouvoir les changements structurels.

L'un des obstacles éventuels à l'adoption et à la réalisation de programmes efficaces de prévention du VIH dans les établissements scolaires, c'est le caractère sensible des questions sexuelles à aborder pour donner aux élèves les compétences comportementales nécessaires à la prévention. Dans certains pays et communautés, les enseignants et l'administration scolaire sont mal à l'aise face aux questions d'ordre sexuel et répugnent à adopter des programmes de prévention du VIH. Cet obstacle a pu être vaincu en modifiant les programmes de telle sorte que le contenu sexuel en soit moins explicite, même si cela peut en réduire l'efficacité, comme l'ont montré des études d'évaluation. Il existe une autre façon de procéder, qui est de donner un complément de formation aux enseignants et au personnel administratif pour mieux leur faire comprendre les problèmes sexuels et examiner avec eux les questions d'attitudes, de valeurs et de savoir-faire qui peuvent les aider à se sentir plus à l'aise dans les programmes de prévention du VIH. Lors de la planification en vue de l'adoption et de la réalisation de programmes de prévention, il est important de prendre la mesure des attitudes sexuelles et valeurs de la communauté — en particulier des enseignants et du personnel administratif des établissements — face à la prévention, et de prendre en compte les normes dominantes dans la conception des interventions pour pouvoir exercer une influence lors de l'adoption et de la réalisation du programme.

Carte d'intervention

Les évaluations des programmes de prévention du VIH montrent que, de manière générale, les interventions efficaces reposent sur des théories comportementales cognitives. Pour être efficaces, les interventions doivent aussi avoir été largement adoptées et être appliquées fidèlement et correctement. De surcroît, il semble que les processus d'élaboration qui aboutissent à des interventions efficaces dans les pays occidentaux puissent être repris dans les pays en développement moyennant une adaptation culturelle. Comment donc les chercheurs ou agents de la santé publique peuvent-ils élaborer des interventions à base théorique en même temps que fondées sur des niveaux de preuves qui puissent être efficaces et largement répandues ?

De façon générale, on n'a que peu d'informations sur le processus d'élaboration des interventions (Wight et Abraham, 2000). Cependant, Bartholomew *et al.* (1998 ; 2001) ont

présenté un protocole d'élaboration d'interventions sanitaires théoriquement fondées et basées sur des niveaux de preuves. Ce protocole, ou *carte d'intervention*, peut orienter les agents sanitaires dans leurs tâches d'élaboration de programmes, ôtant son caractère mystérieux au processus et éliminant les erreurs repérées par les équipes précédentes. Il offre aussi un cadre commun de création qui facilite la collaboration entre chercheurs et agents sanitaires, constituant un système de liaison entre intervenants d'origines différentes. Il répond aux questions suivantes : quand recourir à la théorie pour éclairer des décisions ? Comment savoir quelles théories utiliser ? Comment transformer des objectifs de programmes en stratégies d'intervention spécifiques ? Comment contribuer à diffuser le programme le plus possible ? Il prend en compte le système de liaison et de collaboration présenté par Orlandi (1987 ; Orlandi *et al.*, 1990) et repose sur une philosophie d'autodétermination et de participation des communautés à la prise de décision (Bracht, 1999).

La carte d'intervention part du principe que la santé est une fonction des particuliers et de leur environnement, notamment des familles, réseaux sociaux, organisations et pouvoirs publics (Richard *et al.*, 1996). Elle soutient aussi que le « comportement sanitaire » n'est pas seulement affaire personnelle mais renvoie aussi aux actions de groupes et d'organisations. Elle considère les décideurs comme des *agents* de l'environnement, susceptibles de servir de cible d'interventions sanitaires (Bartholomew *et al.*, 2001). Par exemple, l'accès au préservatif peut dépendre du savoir, de la motivation et des compétences personnelles, mais il est aussi déterminé par les initiatives des législateurs, des autorités sanitaires, des établissements scolaires et autres groupes de décision. Des interventions peuvent donc être requises à chacun de ces niveaux si l'on veut que les jeunes sexuellement actifs aient davantage accès au préservatif.

La planification de l'intervention est tributaire d'évaluations des besoins qui tiennent compte de l'expérience des populations cibles et des risques qu'elles courent (Green et Kreuter, 1999). Ces évaluations doivent comporter des analyses des causes comportementales et environnementales d'un problème sanitaire et prendre en considération les déterminants des causes environnementales et comportementales proximales ainsi que les ressources de la communauté (Green et Kreuter, 1999 ; McKnight, 1990 ; Soriano, 1995 ; Witkin et Altschuld, 1995). Cela signifie que des populations cibles différentes exigent des combinaisons différentes d'interventions si l'on veut changer leur comportement sanitaire. Par conséquent, des formes simples de transfert de technologies, comme l'exportation de programmes occidentaux efficaces dans les pays en développement, peuvent fort bien n'aboutir à rien. La carte d'intervention exige une collaboration locale pour opérer une mise au

point qui soit sensible aux besoins particuliers d'une population dans un contexte géographique, économique et culturel donné. Cette méthode permet aux responsables de l'élaboration des programmes de préciser les buts de l'intervention sur le plan des changements à apporter à la situation sanitaire, à la qualité de vie, au comportement et aux conditions environnementales.

La carte d'intervention détaille les cinq étapes du processus d'élaboration du programme : 1) spécification des objectifs du programme ; 2) sélection des méthodes d'intervention théoriquement fondée et des stratégies pratiques d'intervention ; 3) conception et organisation du programme ; 4) spécification des plans d'adoption et de mise en œuvre ; 5) élaboration d'un plan d'évaluation (voir figure 1 ; Bartholomew *et al.*, 1998 ; 2001). Le protocole aidera les responsables de l'élaboration du programme à chacune de ces étapes en indiquant des tâches spécifiques qui permettront d'obtenir un produit, lequel, à son tour, constituera le point de départ des démarches suivantes. Les différentes étapes de la carte d'intervention offrent un cadre pour s'interroger sur les raisons et les modalités de fonctionnement des déterminants du comportement, les conditions environnementales et les méthodes et stratégies de changement ainsi que sur l'organisation de l'adoption et de la réalisation. Par exemple, en ce qui concerne les déterminants, on pourrait se demander pourquoi des adolescents n'utilisent pas le préservatif. En ce qui concerne les méthodes, la question pourrait être : « Comment encourager des attitudes positives s'agissant des préservatifs ? ». En ce qui concerne la réalisation des programmes, la question pourrait être de savoir comment accroître l'auto-efficacité des enseignants dans l'application du programme. La carte d'intervention permet aux responsables de l'élaboration des programmes de répondre à ces questions : a) en cherchant et en utilisant des conclusions pratiques qui figurent dans les *publications* ; b) en ayant accès à la *théorie* et en l'appliquant ; c) en collectant et en utilisant des *données* nouvelles.

La carte d'intervention commence par une spécification des objectifs généraux du programme répartie en *objectifs de programme proximaux*, qui explicitent *qui* et *quoi* doit changer à la suite de l'intervention. Les objectifs de programme proximaux précisent les personnes qui ont besoin d'apprendre ou ce qui doit être modifié dans la structure ou la communauté. Ils peuvent désigner un changement au niveau individuel (par exemple, « les adolescents aborderont avec confiance la discussion sur l'utilisation d'un préservatif avec leur partenaire sexuel »), un changement structurel (par exemple, « le personnel administratif de l'école admettra les avantages que revêt l'installation de distributeurs de préservatifs dans l'établissement »), ou bien un changement au niveau de la

communauté (par exemple, «les responsables locaux approuveront la vente de préservatifs peu onéreux dans les établissements scolaires et les lieux de rencontre »).

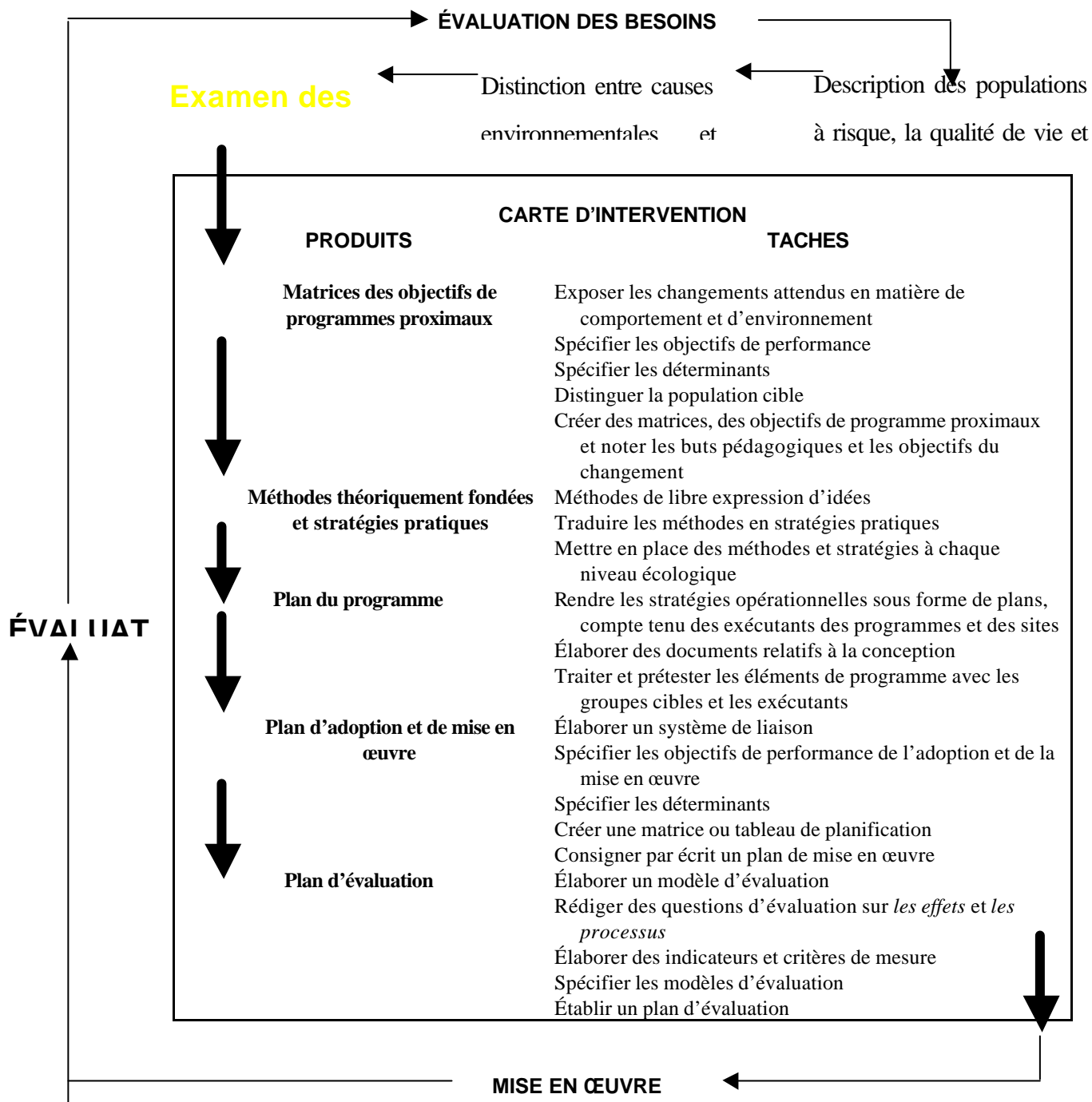


FIGURE 1 Carte d'intervention (Bartholomew, Parcel, Kok et Gottlieb, 2001).

L'étape suivante consiste à retenir des méthodes d'intervention théoriquement fondées de nature à permettre d'atteindre des objectifs spécifiés et de décider des stratégies pratiques à retenir pour mettre ces méthodes en application. Par exemple, l'apprentissage par observation est une méthode théoriquement fondée pour améliorer l'auto-efficacité. Le jeu de rôles et/ou l'observation de modèles appropriés sur des enregistrements vidéo peuvent alors constituer une bonne stratégie d'intervention pratique. Les méthodes d'intervention théoriquement fondées peuvent être puisées dans les ouvrages scientifiques et l'on peut trouver des informations sur la faisabilité et l'efficacité des stratégies d'intervention pratiques dans les évaluations de besoins, à l'occasion de rencontres avec d'autres agents sanitaires, en collaborant avec les personnes chargées de la réalisation des programmes et les bénéficiaires, et dans des études de cas pilotes. À ce stade, il est important de repérer les facteurs qui peuvent amoindrir l'efficacité des méthodes et stratégies d'intervention. Une méthode ou une stratégie qui se sont révélées efficaces pour un groupe cible particulier dans un contexte donné ne le seront pas nécessairement avec d'autres populations ou dans d'autres contextes.

À la troisième étape de la carte d'intervention, les responsables de l'élaboration du programme conçoivent un plan de production et d'exécution de celui-ci. Cela suppose que l'on organise les stratégies pour en faire un programme réalisable dont les éléments soient compréhensibles et acceptables aux yeux des participants et des responsables de l'application du programme. La carte d'intervention peut aider les responsables de l'élaboration à spécifier l'objet et l'ordre de succession des éléments du programme, les vecteurs par lesquels passeront les stratégies d'intervention, et les modalités selon lesquelles chaque élément de programme parviendra aux participants (par exemple, des annonces à la radio de service public, des articles dans des revues ou des cours en classe). Cette étape suppose aussi un transfert de spécification vers une production (par exemple, par des éducateurs sanitaires, des concepteurs, des artistes), et des essais de matériels pilotes. Le système de liaison est important à ce stade.

La production du programme doit se faire en étroite liaison avec la planification de la réalisation et de l'adoption et il est essentiel, pour que le programme ait un impact, de disposer de procédés de diffusion fiables. La quatrième étape décrit comment les responsables de l'élaboration du programme peuvent fixer des objectifs relatifs à l'adoption, à la réalisation et à la poursuite du programme, et lier ces objectifs à des méthodes théoriques et des stratégies pratiques de promotion

de l'adoption et de la réalisation. Il faut donc intervenir, non seulement pour modifier les comportements personnels, mais aussi pour faciliter l'adoption et la réalisation des programmes. De plus, la planification peut contribuer à la durabilité d'un programme et en encourager ainsi l'institutionnalisation, de sorte que ses effets se fassent sentir sur une période prolongée.

Enfin, la cinquième étape porte spécifiquement sur l'évaluation des processus et des effets. C'est à partir des produits des étapes précédentes que les instruments d'évaluation sont conçus. Les responsables de l'élaboration du programme doivent mettre au point des instruments capables d'évaluer l'impact de l'intervention sur les déterminants comportementaux, les conditions environnementales et les résultats en matière de santé et de qualité de vie. Ils doivent également spécifier le délai dans lequel les résultats escomptés doivent être obtenus. Ces tâches aboutissent à une carte d'évaluation. Les hypothèses liées aux méthodes théoriques et aux stratégies pratiques ainsi que le plan de réalisation peuvent être vérifiés dans le cadre d'une évaluation formative et d'une évaluation des processus par le biais de méthodes qualitatives et quantitatives d'étude du taux de diffusion, d'adoption et de réalisation du programme, de l'intérêt manifesté par les participants et des réactions des utilisateurs et participants au programme.

Conclusions et programme de recherche pour l'avenir

Les examens des programmes de prévention du VIH, notamment des interventions en milieu scolaire, montrent que celles théoriquement fondées et basées sur des niveaux de preuves et qui prennent en compte les caractéristiques de la population cible et le contexte culturel, peuvent aboutir à des changements positifs dans le comportement des adolescents face au risque de VIH. Cependant, à quelques exceptions près, notamment en Europe et en Afrique, la plupart des interventions efficaces ont eu lieu aux États-Unis d'Amérique. D'où le risque de difficultés de mise en œuvre ailleurs dans le monde (Jemmott et Jemmott, 2000 ; Ndeki *et al.*, 1995 ; Wight et Abraham, 2000). Les bons résultats obtenus en Amérique en matière d'élaboration de programmes efficaces doivent être repris dans d'autres contextes culturels et économiques pour que la recherche sur la prévention du VIH puisse avoir un effet universel. Il faut des initiatives de recherche locales qui s'accompagnent d'une élaboration systématique de programmes, d'une évaluation et d'interventions conçues pour encourager une large adoption et une mise en œuvre précise. La carte d'intervention

constitue une méthode pour y parvenir (Bartholomew *et al.*, 2001). Il reste beaucoup à faire. On trouvera ci-après des suggestions de travail pour l'avenir.

1. Une importante première étape serait franchie si l'on parvenait à *un consensus entre chercheurs quant à la méthode d'évaluation.*

Il est important de déterminer les critères pour mesurer l'efficacité primaire des programmes (relations sexuelles sans protection, abstinence, utilisation du préservatif, etc.) (Jemmott et Jemmott, 2000). De même, il serait bon, pour donner un caractère plus systématique aux publications sur la question, de préciser et de faire connaître les critères méthodologiques d'une évaluation adéquate (CDC, 1999 ; Oakley *et al.*, 1995). Les études d'évaluation devraient également porter sur les effets différentiels selon les sous-groupes, en particulier les hommes et les femmes ou les jeunes ayant une expérience sexuelle et ceux qui n'en ont pas. Un suivi à long terme, de douze mois ou plus, est également essentiel parce que les interventions auprès des jeunes visent plus souvent à réduire à long terme les comportements à risque qu'à modifier les pratiques actuelles (Rotheram-Borus *et al.*, 2000). Un consensus sur les méthodes donnerait plus de fiabilité aux évaluations et faciliterait les comparaisons entre les résultats des évaluations. Cela encouragerait par voie de conséquence les investissements en diffusion et promotion de l'adoption et de l'institutionnalisation.

2. Il faut aussi actuellement *des évaluations des besoins de grande qualité qui fassent appel à une méthodologie intégrée et théoriquement fondée qui incorpore la recherche qualitative et quantitative, en particulier dans les pays en développement.*

Si l'on intègre la recherche ethnographique avec des protocoles de conception d'intervention qui aboutissent à des interventions théoriquement fondées et pertinentes dans des cadres occidentaux, cela peut contribuer puissamment à l'élaboration de programmes efficaces dans les pays en développement (Dowsett et Aggleton, 1999). Du fait des taux mondiaux d'infection par le VIH, il est impératif d'encourager l'élaboration et l'évaluation de programmes de qualité dans les pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne. Ce qu'il faut faire connaître, c'est le *procédé* d'élaboration de programmes théoriquement fondés et basés sur des niveaux de preuves, pas le contenu de ces programmes. Celui-ci doit être introduit en fonction des études qualitatives et quantitatives effectuées dans le contexte local (Bartholomew *et al.*, 2001). La place de l'école dans la communauté, par exemple, diffère selon les pays et les cultures. Les établissements scolaires

peuvent être un moyen plus ou moins efficace pour mobiliser une communauté et dans certains cas le développement communautaire passera par d'autres voies.

3. Les chercheurs doivent *déterminer, de façon plus spécifique, ce qui fonctionne, c'est-à-dire les éléments de programme ou les techniques qui sont essentiels à l'efficacité de l'intervention.*

Nombre de rapports d'interventions ne donnent pas suffisamment d'informations pour que ces interventions puissent être précisément reprises. Cela oblige à réinventer des « rouages » déjà évalués et retarde donc l'acquisition d'un savoir nouveau. De surcroît, cela décourage de mesurer des éléments particuliers ou des programmes moins intensifs et rend impossible toute réalisation fidèle. Les descriptions vagues d'éléments de l'intervention (par exemple consultations, éducation, ateliers vidéo, etc.) ont quelque chose de surprenant étant donné que les interventions efficaces reposent souvent sur des cadres théoriques très proches. Il serait utile, pour stimuler sensiblement la réalisation d'évaluations plus précises de techniques et combinaisons de techniques particulières, de disposer d'un précis sur les techniques théoriquement fondées qui ont été utilisées dans les interventions qui se sont révélées efficaces pour réduire les relations sexuelles non protégées entre les jeunes dans le cadre d'essais rigoureux. Des programmes efficaces feront appel à des techniques diverses, mais le programme sera plus efficace si l'on indique les techniques qui s'avèrent essentielles. L'établissement d'une carte d'intervention encouragera les responsables de l'élaboration de programme et les évaluateurs à se montrer explicites dans leurs choix de planification (Bartholomew *et al.*, 2001) et pourrait également servir à fournir un cadre commun pour communiquer des informations sur l'intervention, notamment sur les objectifs, théories, méthodes, stratégies, éléments, et modèles de réalisation et d'évaluation.

4. Les travaux de recherche futurs devront *préciser dans quelle mesure les programmes d'éducation sexuelle devront viser à retarder la première expérience sexuelle et/ou le commencement d'une activité sexuelle régulière.*

À ce jour, les programmes qui encouragent à repousser à plus tard les rapports sexuels ont en moyenne des effets assez médiocres (Jemmott et Jemmott, 2000). Cependant dans les cas où un message de remise à plus tard correspond au vœu des jeunes participants, cela peut constituer un objectif acceptable de programme d'éducation sexuelle, après l'encouragement à l'utilisation du préservatif. Cela ne vaut pas seulement pour la remise à plus tard de la première

expérience sexuelle mais aussi pour une activité sexuelle régulière, en particulier quand les premières expériences sexuelles ont laissé une mauvaise impression. Par conséquent, l'adoption de programmes d'éducation sexuelle se trouverait facilitée si l'on expliquait les types d'intervention qui peuvent encourager tel ou tel groupe de jeunes à remettre à plus tard des rapports sexuels, et avec quel degré de succès.

5. Des recherches doivent être également effectuées sur *les moyens de parvenir à une réalisation et à une poursuite généralisées des programmes et sur les moyens à mettre en œuvre pour vaincre les obstacles individuels, institutionnels, politiques, religieux et culturels qui s'opposent à une éducation sexuelle efficace.*

Les publications actuelles ne donnent guère de conseils aux agents sanitaires qui souhaitent que les populations cibles puissent bénéficier de programmes efficaces. Il nous faut également savoir comment appuyer de manière satisfaisante les enseignants par des formations en cours d'emploi pour améliorer la qualité d'application des programmes qui ont fait leurs preuves. La recherche sur les obstacles rencontrés dans la réalisation des programmes pourrait élargir considérablement l'impact de la recherche en matière d'efficacité sur la diffusion du VIH. La mise en place d'une *liaison* avec les utilisateurs du programme et les responsables permettra de voir d'avance les obstacles et de faciliter la mise en œuvre. Le protocole de carte d'intervention offre des indications pour concevoir des stratégies de commercialisation et des programmes de formation des maîtres théoriquement fondés et basés sur des niveaux de preuves (Bartholomew *et al.*, 2001).

Bien que l'on s'accorde généralement à reconnaître que l'éducation en milieu scolaire pour la prévention du VIH est nécessaire et potentiellement efficace, il faut déterminer les obstacles institutionnels, politiques, religieux et culturels qui s'opposent à sa mise en œuvre (ONUSIDA, 1997b). Cela peut être particulièrement utile dans les pays en développement. Par exemple, à la suite d'un programme scolaire d'éducation en matière de prévention du VIH en Tanzanie, Ndeki *et al.* (1995) sont parvenus à la conclusion que les directives nationales, les obstacles locaux repérés et les idées fausses des jeunes adolescents en matière de sexualité constituaient autant de facteurs qui avaient contribué à empêcher les enseignants et agents sanitaires d'aborder et d'encourager l'utilisation du préservatif dans les cours d'éducation sexuelle. Il faut faire des recherches locales pour préciser les attitudes face à la réalité du comportement sexuel des adolescents ainsi que la façon de présenter les programmes de prévention dans les

établissements scolaires. Lorsque les obstacles ont été repérés, les travaux de recherche doivent chercher à expliquer pourquoi, par exemple, des décideurs peuvent croire, à tort, que l'éducation sexuelle contribue à accroître l'activité sexuelle chez les adolescents et ils devraient chercher à donner des indications sur les moyens de modifier pareille conception.

6. Enfin, il faut des travaux de recherche sur *l'élaboration de programmes d'intervention auprès des jeunes non scolarisés difficiles à atteindre*. S'il est relativement facile de toucher de nombreux adolescents en passant par le milieu scolaire, dans bien des pays, en particulier dans les pays en développement, les adolescents ont tendance à quitter l'école de bonne heure. De surcroît, on trouve dans de nombreux pays des taux importants de jeunes sans-abri et non scolarisés. Les travaux de recherche devraient donner une idée des stratégies qui sont efficaces pour établir le contact avec ce groupe d'adolescents, et des moyens de réduire efficacement chez eux les comportements sexuels à risque.

* * *

Chaque année, environ 100 millions de jeunes deviennent sexuellement actifs. Comme Peter Piot, directeur exécutif de l'ONUSIDA, l'a fait observer, la réalité quant à l'épidémie de VIH changerait considérablement si l'on pouvait repousser d'un ou deux ans le début de la vie sexuelle des jeunes et si l'on pouvait faire en sorte qu'ils adoptent un comportement sans risque quand ils deviennent sexuellement actifs (ONUSIDA, 1998). Pour atteindre ces buts, nous pensons que la conception de programmes de prévention du VIH théoriquement fondés et basés sur des niveaux de preuves offre de nombreuses possibilités. De surcroît, nous tenons à souligner une fois de plus qu'il y a un grand besoin d'élaboration et d'évaluation de stratégies théoriquement fondées et basées sur des niveaux de preuves pour faciliter et généraliser l'adoption et la mise en œuvre de programmes de prévention du VIH. Par conséquent, la prévention du VIH a tout à gagner d'une diffusion à l'échelle planétaire des capacités nécessaires à l'élaboration de programmes de ce type.

Références

- Ajzen, I. 1991. «The theory of planned behavior» [La théorie du comportement planifié]. *Organizational behavior and human decision processes* (San Diego, Californie), vol. 50, p. 179-211.
- Bandura, A. 1986. *Social foundations of thought and action: a cognitive social theory* [Les fondements sociaux de la pensée et de l'action : une théorie sociale cognitive]. Englewood Cliffs, Californie, Prentice-Hall.
- . 1997. *Self-efficacy: the exercise of control* [Auto-efficacité : l'exercice du contrôle]. New York, NY, Freeman.
- Bartholomew, L. K. ; Parcel, G. S. ; Kok, G. 1998. «Intervention mapping: a process for designing theory- and evidence-based health education programmes» [La carte d'intervention : un procédé de conception de programmes d'éducation sanitaire théoriquement fondés et basés sur des niveaux de preuves]. *Health education and behavior* (Thousand Oaks, Californie), vol. 25, p. 545-563.

- Bartholomew, L. K. *et al.* 2001. *Intervention mapping: a process for designing theory- and evidence-based health education programmes* [La carte d'intervention : un procédé pour concevoir des programmes d'éducation sanitaire théoriquement fondés et basés sur des niveaux de preuves]. Mountain View, Californie, Mayfield.
- Basen-Engquist, L. K. *et al.* 2001. « Schoolwide effects of a multicomponent HIV, STD, and pregnancy prevention programme for high-school students » [Effets, à l'échelle d'un lycée, d'un programme à composantes multiples de prévention du VIH, des MST et de la grossesse]. *Health education and behavior* (Thousand Oaks, Californie), vol. 28, p. 166-185.
- Bracht, N. 1999. *Health promotion at the community level 2: new advances* [La promotion de la santé au deuxième niveau communautaire : progrès nouveaux]. Thousand Oaks, Californie, Sage Publications.
- Catania, J. A. ; Kegeles, S. M. ; Coates, T. J. 1991. « Towards an understanding of risk behavior: an AIDS Risk Reduction Model (ARRM) [Pour comprendre le comportement à risque : modèle de réduction du risque de SIDA]. *Health education quarterly* (Thousand Oaks, Californie), vol. 17, p. 53-72.
- Catania, J. A. *et al.* 1990. « Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior » [Problèmes méthodologiques de recherche comportementale liée au SIDA : leur influence sur l'erreur de mesure et l'identification dans les études du comportement sexuel]. *Psychological bulletin* (Washington, DC), vol. 108, p. 339-362.
- Centers for Disease Control and Prevention; HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Project. 1998. *Young people at risk: epidemic shifts towards young women and minorities* [Les jeunes vulnérables : les déplacements épidémiques vers les jeunes et les minorités]. Atlanta, Georgie, CDC.
- . 1999. Revised. *Compendium of HIV prevention interventions with evidence of effectiveness* [Précis d'interventions de prévention du VIH avec éléments indiquant leur efficacité]. Atlanta, Georgie, CDC.
- Christopher, F. S. ; Rosa, M. W. 1991. « An evaluation of an adolescent pregnancy prevention programme: is « just say no » enough ? » [Evaluation d'un programme de prévention de la grossesse chez les adolescentes : suffit-il de dire « non » ?]. *Family relations* (St Lawrence, Kansas), vol. 39, p. 68-72.
- Cochrane Collaboration. 1994. *Cochrane collaboration report* [Rapport de la Cochrane collaboration]. Oxford, Royaume-Uni, Cochrane Centre.
- Coyle, K. K. *et al.* 1999. « Short-term impact of Safer Choices: A multi-component school-based HIV, other STD and pregnancy prevention programme » [Effet à court terme de « Safer Choices » : programme à composantes multiples de prévention en milieu scolaire du VIH, des autres MST et de la grossesse]. *Journal of school health* (Kent, Ohio), vol. 69, p. 181-188.
- . 2001. « Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs » [Le programme « Safer Choices : réduire les risques de grossesse, de VIH et de MST chez les adolescentes]. *Public health reports* (Boston, Massachusetts), vol. 116, p. 82-93.
- Dowsett, G. ; Aggleton, P. 1999. « Young people and risk taking in sexual relationships » [Les jeunes et les risques dans les relations sexuelles]. Dans : ONUSIDA (dir. publ.), *Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS*, part 1, p. 9-56. Genève, Suisse, UNAIDS.
- Finer, L. B. ; Darroch, J. E. ; Singh, S. 1991. « Sexual partnership patterns as a behavioral risk factor for sexually transmitted diseases » [Les modèles de partenariat sexuel comme facteur comportemental de risques de maladies sexuellement transmissibles]. *Family planning perspectives* (New York), vol. 31, p. 228-236.
- Fisher, J. D. ; Fisher W. A. 1992. « Changing AIDS risk behavior » [Modifier le comportement pour éviter les risques de SIDA]. *Psychological bulletin* (Washington, DC), vol. 111, p. 455-474.
- Gerrard, M. ; Breda, C. ; Gibbons, F. X. 1989. « Gender effects in couple's sexual decision making and contraceptive use » [Les effets sexospécifiques des décisions des couples en matière de vie sexuelle et de contraception]. *Journal of applied social psychology* (Columbia, Maryland), vol. 20, p. 449-464.
- Goodman, R. M. ; Steckler, A. ; Kegler, M. C. 1997. « Mobilizing organizations for health enhancement: theories of organizational change » [La mobilisation des organisations en vue de l'amélioration sanitaire : les théories du changement institutionnel]. Dans : Glanz, K. ; Lewis, F. M. ; Rimer, B. K. (dir. publ.), *Health behavior and health education: theory, research and practice*, deuxième édition, p. 287-312. San Francisco, Californie, Jossey Bass.
- Green, L. W. ; Kreuter, M. W. 1999. *Health promotion planning: an educational and ecological approach*, 3rd ed [La planification de la promotion sanitaire : une approche éducative et écologique, 3^e éd.]. Mountain View, Californie, Mayfield.
- Hedges, L. V. ; Olkin, I. 1985. *Statistical methods for meta-analysis* [Méthodes statistiques pour une méta-analyse]. Orlando, Floride, Academic Press.
- Jemmott, J. B. ; Jemmott, L. S. 2000. « HIV risk reduction behavioral interventions with heterosexual adolescents » [Les interventions comportementales de réduction du risque de VIH chez les adolescents hétérosexuels]. *AIDS* (Philadelphie, Pennsylvanie), vol. 14 (suppl. 2), p. 40-52.

- Jemmott, J. B. ; Jemmott, L. S. ; Fong, G. 1998. « Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: a randomised controlled trial » [Abstinence et interventions de réduction du risque de VIH par une vie sexuelle plus sûre pour les adolescents afro-américains : essai randomisé]. *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 82, p. 372-377.
- Jemmott, J. B. *et al.* 1999. « Reducing HIV risk-associated sexual behavior among African American adolescents: testing the generality of intervention effects » [Réduire les comportements sexuels présentant un risque de VIH chez les adolescents afro-américains : essais sur les effets d'interventions dans leur ensemble]. *American journal of community psychology* (New York, NY), vol. 26, p. 161-187.
- Jorgensen, S. R. ; Potts, V. ; Camp, B. 1993. « Project taking change: six month follow up of a pregnancy prevention programme for early adolescents » [L'évolution d'un projet : suivi sur six mois d'un programme de prévention de la grossesse chez de jeunes adolescentes]. *Family relations* (St Lawrence, Kansas), vol. 42, p. 401-406.
- Kalichman, S. C. ; Carey, M. P. ; Johnson, B. T. 1996. « Prevention of sexually transmitted HIV infection: a meta-analytic review of the behavioral outcome literature » [La prévention de la transmission sexuelle du VIH : étude méta-analytique de la littérature sur les résultats finals comportementaux]. *Annals of behavioral medicine* (Middleton, Wisconsin), vol. 18, p. 6-15.
- Kalichman, S. C. ; Hoppers, H. J. 1997. « Efficacy of behavioral-skills enhancement HIV risk-reduction interventions in community settings » [L'efficacité des interventions de réduction du risque de VIH par une amélioration des compétences comportementales dans des cadres communautaires]. *AIDS* (Philadelphie, Pennsylvanie), vol. 11 (suppl. A), p. 191-199.
- Kamb, M. L. *et al.* 1998. « Efficacy of risk reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial » [L'efficacité des activités de conseil pour réduire les risques dans la prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles : essai randomisé]. Project RESPECT Study Group. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 280, p. 1161-1167.
- Kirby, D. *et al.* 1991. « Reducing the risk: a new curriculum to prevent sexual risk-taking » [La réduction du risque : nouveau programme scolaire pour prévenir les risques sexuels]. *Family planning perspectives* (New York, NY), vol. 23, p. 253-263.
- . 1994. « School-based programmes to reduce sexual risk behaviors: A review of effectiveness » [Les programmes scolaires de réduction des comportements sexuels à risque : bilan de leur efficacité]. *Public health reports* (Boston, Massachusetts), vol. 10, p. 339-360.
- Klepp, K.-I. *et al.* 1997. « AIDS education in Tanzania: promoting risk reduction among primary school children » [L'éducation sur le SIDA en Tanzanie : la promotion de la réduction des risques auprès des élèves du primaire]. *American journal of public health* (Washington, DC), vol. 87, p. 1931-1936.
- Main, D. S. *et al.* 1994. « Preventing HIV infection among adolescents: evaluation of a school-based education programme » [La prévention de l'infection par le VIH chez les adolescents : évaluation d'un programme d'éducation en milieu scolaire]. *Preventive medicine* (San Diego, Californie), vol. 23, p. 409-417.
- McKnight, J. L. 1990. *Mapping community capacity: a report of the neighborhood innovations network* [Cartographie de la capacité communautaire : rapport sur le réseau d'innovations de quartier]. Evanston, Illinois, Chicago Community Trust; Center for Urban Affairs and Policy Research, Northwestern University.
- Merson, H. M. ; Dayton, J. M. ; O'Reilly, K. 2000. « Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries » [L'efficacité des interventions de prévention du VIH dans les pays en développement]. *AIDS* (Philadelphie, Pennsylvanie), vol. 14 (suppl. 2), p. 68-84.
- Miller, B. C. *et al.* 1993. « Impact evaluation of facts and feelings: a home-based video sex education curriculum » [Évaluation d'impact des faits et sentiments : programme d'éducation sexuelle vidéo à domicile]. *Family relations* (St Lawrence, Kansas), vol. 42, p. 392-400.
- Ndeki, S. S. *et al.* 1995. « Ngao: AIDS education for primary school children » [Ngao : éducation en matière de SIDA à l'école primaire]. Dans : Klepp, K.-I. ; Biswalo, P. M. ; Talle, A. (dir. publ.). *Young people at risk: fighting AIDS in Northern Tanzania*, p. 133-148. Oslo, Scandinavian University Press.
- NIMH Prevention Trial Group. 1998. « A randomized clinical trial small group counseling to reduce risk for HIV » [Essai clinique randomisé avec accompagnement en petits groupes pour réduire le risque de VIH]. *Science* (Washington, DC), vol. 280, p. 1889-1894.
- Oakley, A. *et al.* 1995. « Sexual health education interventions for young people: a methodological review » [Les interventions éducatives en matière de santé sexuelle chez les jeunes : bilan méthodologique]. *British medical journal* (London), vol. 310, p. 158-162.
- ONUSIDA 1997a. *Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé*. Genève, Suisse, ONUSIDA.

- . 1997b. *Note d'information : Intégration de la prévention de l'infection à VIH et des MST en milieu scolaire*. Genève, Suisse, ONUSIDA.
- . 1998. *Déclaration à la Conférence mondiale des ministres responsables de la jeunesse*, 8-12 août 1998, Lisbonne, Portugal.
- Orlandi, M. A. 1987. « Promoting health and preventing disease in health care settings an analysis of barriers » [La promotion de la santé et la prévention des maladies en centres de santé : étude des obstacles]. *Preventive medicine* (San Diego, Californie), vol. 16, p. 119-130.
- Orlandi, M. A. *et al.* 1990. « Diffusion of health promotion innovations » [La diffusion des innovations en matière de promotion sanitaire]. Dans : Glanz, K. ; Lewis, F. M. ; Rimer, B. (dir. publ.), *Health behavior and health education: theory, research and practice*, p. 288-313. San Francisco, Californie, Jossey-Bass.
- Parcel, G. *et al.* 1989. « Translating theory into practice: intervention strategies for the diffusion of a health promotion innovation » [La traduction de la théorie en pratique : les stratégies d'intervention pour diffuser une innovation de promotion de la santé]. *Family and community health* (Gaithersburg, Maryland), vol. 12, p. 1-13.
- Paulussen, T. G. W. ; Kok, G. J. ; Schaalma, H. P. 1994. « Antecedents to adoption of classroom-based AIDS education in secondary schools » [Les antécédents à l'adoption d'une éducation en matière de SIDA dans les établissements secondaires]. *Health education research* (Oxford, Royaume-Uni), vol. 9, p. 485-496.
- Paulussen, T. G. W. *et al.* 1995. « Diffusion of AIDS education among Dutch secondary school teachers » [La diffusion de l'enseignement en matière de SIDA chez les enseignants du secondaire néerlandais]. *Health education quarterly* (Thousand Oaks, Californie), vol. 22, p. 227-243.
- Richard, L. *et al.* 1996. « Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion » [Évaluation de l'intégration de l'approche écologique dans la promotion de la santé]. *American journal of health promotion* (St Louis, Missouri), vol. 10, p. 318-328.
- Rogers, E. M. 1995. *Diffusion of innovations* [La diffusion des innovations]. New York, NY, Free Press.
- Rotheram-Borus, M. J. ; Cantwell, S. ; Newman, P. A. 2000. HIV « Prevention programmes with heterosexuals » [Les programmes de prévention du VIH auprès des hétérosexuels]. *AIDS* (Philadelphie, Pennsylvanie), vol. 14 (suppl. 2), p. 59-67.
- Rotheram-Borus, M. J. *et al.* 1991. « Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents » [La réduction des comportements sexuels à risque chez les adolescents fugueurs]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 266, p. 1237-1241.
- . 2000. « Prevention of HIV among adolescents » [La prévention du VIH chez les adolescents]. *Prevention science* (New York, NY), vol. 1, p. 15-30.
- Sabatier, P. ; Mazmanian, D. 1979. « The conditions of effective implementation: a guide to accomplishing policy objectives » [Les conditions d'une réalisation efficace : guide pour atteindre les objectifs]. *Policy analysis*, vol. 5, p. 481-504.
- Schaalma, H. ; Kok, G. 2001. « A school AIDS-prevention programme in the Netherlands » [Programme scolaire de prévention du SIDA aux Pays-Bas]. Dans : Bartholomew, K. *et al.* (dir. publ.), *Intervention mapping: designing theory and evidence-based health promotion programmes* p. 353-386. Mountain View, Californie, Mayfield.
- Schaalma, H. P. *et al.* 1994. « The development of AIDS education for Dutch secondary schools: a systematic approach based on research, theories, and co-operation » [Le développement de l'éducation en matière de SIDA dans les établissements secondaires néerlandais : approche systématique fondée sur la recherche, les théories et la coopération]. Dans : Rutter, D. R. ; Quine, L. (dir. publ.), *Social psychology and health: European perspectives*, p. 175-194. Aldershot, Royaume-Uni, Avebury Publishers.
- . 1996. « Planned development and evaluation of AIDS/STD education for secondary-school students in the Netherlands: short-term effects » [Développement planifié et évaluation de l'enseignement en matière de SIDA et de MST dans les lycées des Pays-Bas : les effets à court terme]. *Health education quarterly* (Thousand Oaks, Californie), vol. 23, p. 469-487.
- Sheeran, P. ; Abraham, C. ; Orbell, S. 1999. « Psychosocial correlates of condom use: a meta-analysis » [Les corrélats psychosociaux de l'utilisation du préservatif : méta-analyse]. *Psychological bulletin* (Washington, D.C.), vol. 125, p. 90-132.
- Smith, M. 1994. « Teen incentives programme: evaluation of a health promotion programme for adolescent pregnancy prevention » [Programme d'incitation des adolescents : évaluation d'un programme de promotion sanitaire en vue de la prévention de la grossesse chez les adolescentes]. *Journal of adolescent health* (New York, NY), vol. 25, p. 24-29.
- Soriano, F. I. 1995. *Conducting needs assessments: a multidisciplinary approach* [Les évaluations des besoins : approches multidisciplinaires]. Thousand Oaks, Californie, Sage Publications.

- Stanton, B. F. *et al.* 1998. « Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: a randomized longitudinal study » [Le renforcement des relations sexuelles protégées et de l'abstinence chez les jeunes Namibiens après une intervention de réduction du risque de VIH : étude longitudinale randomisée]. *AIDS* (Philadelphie, Pennsylvanie), vol. 12, p. 2473-2480.
- Stephenson, J. M. ; Imrie, J. ; Sutton S.R. 2000. « Rigorous trials of sexual behaviour interventions in STD/HIV prevention: what can we learn from them ? » [Essais rigoureux d'interventions en matière de comportement sexuel en vue de la prévention des MST/SIDA : quelles leçons en tirer ?]. *AIDS* (Philadelphie, Pennsylvanie), vol. 14, (suppl. 3), p. 115-124.
- Walter, H. J. ; Vaughan, R. D. 1993. « AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students » [La réduction du risque de SIDA dans un échantillon multi-éthnique de lycéens urbains]. *Journal of the American Medical Association* (Chicago, Illinois), vol. 270, p. 725-730.
- Whatley, M. H. ; Trudell, B. K. 1993. « Teenaid: another problematic sexuality curriculum » [Teenaid : autre programme problématique d'enseignement dans le domaine de la sexualité]. *Journal of sex education and therapy* (Mt Vernon, Iowa), vol. 19, p. 251-271.
- Wight, D. ; Abraham, C. 2000. « From psycho-social theory to sustainable classroom practice: developing a research-based teacher-delivered sex education programme » [De la théorie psychosociale à une pratique scolaire durable : élaboration d'un programme d'éducation sexuelle fondé sur les travaux de recherche et mis en œuvre par l'enseignant]. *Health education research* (Oxford, Royaume-Uni), vol. 15, p. 25-38.
- Wight, D. ; Abraham, C. ; Scott, S. 1998. « Towards a psycho-social theoretical framework for sexual health promotion » [Vers un cadre théorique psychosocial pour la promotion de la santé sexuelle]. *Health education research* (Oxford, Royaume-Uni), vol. 13, p. 317-330.
- Wight, D. *et al.* 2000. « Extent of regretted sexual intercourse among young teenagers in Scotland: a cross-sectional survey » [Mesure des rapports sexuels regrettés chez les jeunes adolescents d'Écosse : enquête transversale]. *British medical journal* (Londres), vol. 320, p. 1243-1244.
- Witkin, R. B. ; Altschuld, J. W. 1995. *Planning and conducting needs assessments: a practical guide* [Planification et réalisation des évaluations de besoins guide pratique]. Thousand Oaks, Californie, Sage Publications.
- Zabin, L. S. *et al.* 1986. « Evaluation of a pregnancy prevention programme for urban teenagers » [Évaluation d'un programme de prévention des grossesses chez des adolescentes urbaines]. *Family planning perspectives* (New York), vol. 18, p. 119-126.
- Zelnik, M. ; Kantner, J. F. ; Ford, K. 1981. *Sex and pregnancy in adolescence* [Relations sexuelles et grossesses dans l'adolescence]. Beverly Hills, Californie, Sage.

Sandrine Musso, Delphine Fanget et Kémal Cherabi
Un point de vue arabo-musulman
Perspectives, vol. XXXII, n° 2, juin 2002

Langue originale : français

Sandrine Musso (France)

Anthropologue chargée du programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité, Institut de médecine et d'épidémiologies africaines, Marseille. Courrier électronique : sdimitrijevic@caramail.com

Delphine Fanget (France)

Sociologue chargée des associations d'Ensemble contre le SIDA (ECS), Paris.

Kémal Cherabi (Algérie/France)

Médecin de santé publique, responsable de la formation du programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité, Institut de médecine et d'épidémiologies africaines, Faculté de médecine Xavier Bichat, Paris. Courrier électronique : dockem@yahoo.fr

RELIGION ET ÉDUCATION

POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

UN POINT DE VUE ARABO-MUSULMAN

Sandrine Musso, Delphine Fanget et Kémal Cherabi

La maladie est un état (Augé et Herzlich, 1984) qui rappelle pertinemment à l'homme tout à la fois son unité propre et la diversité des sociétés et des cultures dont il fait partie. Évènement biologique et intime, la maladie est dans le même temps un événement social et collectif comme l'indique l'étude des représentations et enjeux sociaux qu'elle engendre.

Si, dans les sociétés contemporaines, la conception biomédicale semble prévaloir, l'histoire et l'anthropologie (Augé et Herzlich, 1984 ; Fassin, 1996) démontrent bien que les médecines ne sont pas uniquement des arts de guérison de l'individu mais également des arts des « usages sociaux de la maladie » (Zempléni, 1986). Au sein même de la biomédecine, certains auteurs se sont même attachés à montrer comment ces traitements ont été influencés par les milieux culturels (Good, 1998).

Dans toutes les cultures, les champs de la médecine et du religieux sont intimement liés. L'exemple des miracles et des guérisons surnaturelles est éloquent et existe dans nombre de traditions religieuses. Pour qu'un Saint soit canonisé par l'église, il faut par exemple qu'il y ait eu des guérisons sur sa tombe. Dans le cas de l'islam, chaque sourate du Coran est réputée être efficace

pour une maladie. Ce sont souvent les mêmes personnages qui prennent en charge les domaines de l'infortune, du malheur et les rituels de la médecine et de la religion.

Ces exemples succincts illustrent les ressources communes de la médecine et de la religion, et montrent que, même si dans nos sociétés contemporaines médecine et religion constituent des champs distincts, elles restent encore très imbriquées et se manifestent dans l'approche du patient consultant son médecin. Une demande ne relève jamais totalement du traitement de l'organe affecté, mais renvoie toujours aux sentiments que soulève l'expérience de la maladie. La maladie constitue ainsi un exemple concret du lien intellectuel entre perception individuelle et symbolique sociale.

Ces préalables posés, il est d'autres caractéristiques universellement reconnues lorsqu'il s'agit des représentations de la maladie quand il est question d'épidémie en général et du SIDA en particulier.

En premier lieu, les interprétations de la maladie sont souvent la conséquence d'une inconduite ou de la transgression de normes sociales. Le SIDA fait, dans ce cas, figure de paradigme du fait de ses modes de transmission. En second lieu, les phénomènes épidémiques soulignent, aujourd'hui comme hier, l'émergence de logiques de « mise en accusation » (Farmer, 1992) au sein desquels l'« autre », l'« étranger », est incriminé de préférence, comme « porteur originel du virus » (Micollier, 2000). C'est d'altérité et donc d'identité auxquelles nous renvoyent ces représentations.

Les sociétés arabo-musulmanes ne font pas exception à ces règles. Après une période reconnue de déni dans les années 80, et les interprétations de l'épidémie de VIH et de sa prévention ont mis en exergue des questions liées au « moralisme et à l'identité » (Ferri et Radi, 1997). Le SIDA comporte des dimensions qui constituent une épreuve primordiale pour ces sociétés.

Quelques implications dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA

Les pratiques et représentations sont néanmoins très souvent vécues comme un obstacle, un frein majeur à l'accès au discours moderne, à la connaissance scientifique et médicale. Introduisant une dichotomie entre culture moderne et culture traditionnelle, les positions culturalistes tendent à caractériser cette dernière par son irrationalité et son archaïsme. Ces approches empêchent de comprendre les variables culturelles dans toutes leurs dimensions. En effet, les représentations sont

aussi produites dans des contextes sociaux qu'il est important de prendre en compte dans la prévention du SIDA.

De plus elles risquent d'enfermer l'autre dans ce qu'on croit savoir de lui, et de forger ainsi une notion de culture à risque. Cette interprétation peut en outre mener à des discours relevant d'une certaine « ségrégation scientifique ». Enfin, cette approche s'empêche d'appréhender les pratiques et les représentations culturelles et religieuses comme des dynamiques sans cesse modelées et donc susceptibles de changement et d'évolution (Vidal, 1985). « Raisonner uniquement en termes de culture favorise au mieux l'ignorance des véritables ressorts sociaux et individuels des pratiques observées, et au pire le développement de processus de stigmatisation de l'autre, définitivement assimilé à sa culture ».

L'interprétation de la maladie met alors en œuvre la symbolique religieuse qui, plus qu'une référence dogmatique à l'islam, intervient plutôt comme une référence constante à un système de valeurs, qui peut être assimilé comme facteur d'influence parmi le public appartenant à la sphère musulmane.

La problématique de la prévention du VIH en milieu musulman est relativement complexe faisant appel à différents niveaux d'analyse, sociaux, culturels, comportementaux.

Il nous semble important de rappeler que le problème ne se pose pas qu'en terme d'information, au sens restrictif. En effet, on sait, d'une part que l'information n'est pas suffisante à elle seule pour déterminer des changements de comportements, mais, d'autre part la dimension sociale, qui selon nous caractérise le déni et son corollaire, le fatalisme, impose la mise en place d'une stratégie globale, multidisciplinaire et transversale, dont l'objectif serait d'initier une véritable dynamique sociale dans le milieu arabo-musulman.

À propos d'une démarche

La difficulté pour tout professionnel de l'éducation ou de la santé à poser les termes de la problématique de la prévention du VIH en milieu arabo-musulman apparaît comme évidente. On peut relever deux points de débats majeurs. D'une part, cette problématique est souvent pensée en terme exclusivement culturel, provoquant la résistance des tenants d'un universalisme ou d'un humanisme universel qui se refuse à envisager toute spécificité des populations concernées. D'autre part, elle se heurte au débat universalisme contre débat communautarisme, dans lequel les uns

défendent l'idée d'une prévention universelle, se méfiant de toute création de ghetto communautaire, et les autres pensent au contraire résoudre les difficultés repérées par la création de structures ou de groupes spécifiques.

Il semble ici que les termes du débat tels qu'ils sont posés conduisent à une véritable impasse et empêchent une vision claire des enjeux. Face à ce constat, il paraît fondamental que les responsables de la santé publique et de l'éducation posent le cadre conceptuel et politique permettant de sortir de cette dichotomie et d'appréhender le problème du VIH/SIDA dans ce milieu musulman d'une façon relativement consensuelle. Il s'agira de déployer une stratégie équilibrant impératifs nationaux de santé publique et prise en compte des attentes et des besoins de ces populations.

Il semble également que le déni et la mise à distance du VIH/SIDA caractérisent le milieu arabo-musulman, tant pour les personnes concernées que non concernées. Maladie honteuse, le VIH/SIDA est rejeté à la frontière du groupe et quand une personne est atteinte, elle l'est par erreur, parce qu'elle a transgressé les normes sociales. Ainsi, les attitudes d'ouverture, d'empathie ou de dialogue de la part du groupe de référence sont rendues difficiles, précisément à cause de l'absence de communication à l'intérieur même du groupe. *Le déni et le silence* constituent en quelque sorte le système de réaction social du milieu arabo-musulman face au SIDA. Ils en constituent également la vulnérabilité jouant quasiment comme facteur de risque face à l'épidémie. C'est dans ce sens, selon nous, qu'il s'agit de promouvoir une prise en compte du VIH par le milieu, c'est-à-dire comme un fait existant, réel, concernant tous les membres du milieu et que loin d'être attaché à la honte et à la culpabilité, l'ensemble du groupe est concerné par la prévention.

Ainsi on pourrait partir du constat que certaines franges de la population sont plus vulnérables que d'autres, du fait de leurs conditions socio-économiques, de leur statut de migrant et de leur manque d'accès aux droits universels, et qui pour toute une série de raisons (cultures différentes, refus d'acceptations de stéréotypes, facteurs socio-économiques, méconnaissance par des professionnels, etc.), en font des exclus.

À partir de là, on peut affirmer que l'objectif premier est bien d'assurer l'accès à une offre de prévention et de soutien de la part des services publics et pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de mettre place des actions et des programmes adaptés. En effet, le but n'est pas d'atteindre une population spécifique mais plutôt de mettre en œuvre les moyens de l'atteindre. Étant donné les difficultés identifiées, on ne peut pas se cantonner à une réponse formelle, universaliste, qui

se contenterait de réaffirmer les droits à la prévention du VIH pour tous. Nous devons réfléchir et nous donner les moyens pour que chacun accède à cette prévention quel que soit son niveau, son contexte social ou son mode de vie.

Il semble indispensable de mettre en place des *lieux de médiation* correspondant au mode de vie musulman et à la culture, facilement accessibles à la population, qui permettraient d'assurer une place dans la prévention du VIH dans le respect de ses valeurs et de son contexte socioculturel.

Il s'agit donc, et la responsabilité en incombe aux acteurs de la santé publique et de l'éducation, de promouvoir une double approche réaffirmant le droit et la nécessité d'accès de ces populations à l'offre existante, en développant des réponses novatrices afin que les droits soient assurés et effectifs.

La sexualité et l'Islam

Le SIDA pose en outre une question qui est au cœur des évolutions contemporaines, celle de la sexualité et des relations entre les sexes.

Si l'humanité a toujours «fait du social avec du sexuel», ce qui caractérise de manière spécifique l'islam au regard des autres traditions religieuses monothéistes, c'est l'affirmation du caractère sacré de la sexualité : «La bivalence est vouloir de Dieu, et la sexualité, qui est mise en relation du mâle et de la femelle, n'est qu'un cas particulier d'une volonté divine absolument universelle » (Boudhiba, 1966). À telle enseigne que la vision coranique du paradis est celle d'un lieu où les houris (de jeunes vierges), dont l'hymen se reforme après chaque rapport sexuel, récompensent pour leur vie mondaine les heureux élus. Ainsi, ce n'est donc pas l'acte sexuel proprement dit qui est l'objet d'interdits, car «Les notions de culpabilité et de péché au sens chrétien sont pour ainsi dire inexistantes » (Boudhiba; 1966, p. 19).

En revanche, le thème de l'impureté consécutive à l'exercice organique de la sexualité est central en Islam, et nombre de codifications rituelles l'encadrent.

De plus l'accent est mis sur le contexte social de la relation sexuelle : la licéité ou l'illicéité de la relation est liée à la légitimité sociale, au regard de l'alliance. L'islam distingue ainsi le Nikah, qui est la sexualité socialement légitimée dans le cadre du mariage, et le Zinah, synonyme de « désordre » et

de « fornication ». D'où l'importance de la virginité, et les rapports entre sa perte physique et le déshonneur social.

Il faut également souligner que les pratiques sexuelles entre hommes sont particulièrement prohibées : le Divin ayant voulu la bivalence, les rapports entre personnes de même sexe constituent une atteinte à cet ordre. En droit, cela signifie que ces pratiques sont pénalisées. Dans le cadre de l'hétérosexualité, la pratique de la sodomie constitue une condition suffisante, en droit, de l'arrêt de la relation conjugale par la femme mariée. Le rite veut qu'elle se rende devant un fkih et qu'elle retourne sa chaussure sans mentionner de quoi il s'agit pour que sa demande de divorce soit accordée.

Cette anecdote nous éclaire sur une autre dimension des enjeux que soulève la prévention en matière de sexualité : comment s'exprimer publiquement sur ce thème.

Selon le recteur de la mosquée Adda'wa de la rue de Tanger à Paris :

Dieu n'aime pas la souffrance. Une méditation profonde des enseignements islamiques nous permet de dire que, en quelque sorte l'homme est responsable de sa souffrance. Dès qu'il transgresse les lois qui régissent sa personne, dès qu'il transgresse son milieu environnant, l'homme s'expose à une suite de déséquilibre (...) c'est dans cette perspective qu'il faut se poser des questions sur les épidémies qui sont dues à un mode culturel. Ce mode culturel est le mode occidental qui nous domine tous. Il faut chercher une issue plutôt que soulager les symptômes (...).

Il ajoute que « l'Islam considère la sexualité comme l'une des expressions de l'être humain. À travers sa façon de concevoir la sexualité l'on découvre sa façon de vivre et sa façon de considérer l'autre ».

Il précise en outre que « le malade du SIDA est la victime d'un mode de vie. En tant qu'êtres humains, nous sommes constamment agressés par l'environnement. C'est donc une responsabilité communautaire ».

C'est en occident que les rapports sexuels sont considérés comme une pratique qui éloigne de Dieu. Non ! le Prophète nous dit textuellement : « Si le couple procède à l'acte sexuel dans l'intention d'une réjouissance sexuelle pour la procréation, pour le plaisir sexuel, s'il se situe dans cette perspective de plaire à Dieu, de lui exprimer reconnaissance et obéissance il est en train de faire un acte d'adoration ».

Enfin selon le recteur Larbi Kechat : « Aujourd'hui, on limite l'Islam à une série d'interdits. Ce n'est pas comme ça qu'il faut traiter l'Islam. Quand je deviens esclave de ma sexualité, je sais que la sexualité telle que je la pratique hors du mariage est rejetée par l'Islam. Mais il ne suffit pas de

me dire : «ce que tu es en train de faire est illicite», je le sais ! je suis déjà noyé, j'ai besoin d'une main qui secourable !. c'est de toute une nouvelle éducation dont j'aurais besoin » (Bruner et Cherabi, 1997).

Limites d'un discours normatif fondé sur un « risque » désincarné

L'un des facteurs fondamentaux du déni et du refus de l'autre provient sans doute du fait que l'information sur le VIH/SIDA soit dénuée de sens, articulée qu'elle est le plus souvent sur des données médicales épidémiologiques abstraites aux détriments des dimensions psychologiques et sociales. De plus, les discours de prévention axés de façon injonctive sur le «tout préservatif » peuvent également provoquer une mise à distance et faire l'objet d'un rejet ou d'une indifférence, jugés comme relevant d'une morale sociale ou ayant des fondements éthiques dans lesquels les groupes et les personnes ne se reconnaissent pas. De façon générale une information abstraite provoque des attitudes de mise à distance, particulièrement marquées pour ce public. En fait, il semble que la désincarnation de l'information scientifique renforce les mécanismes de déni dans ces milieux. En effet, il est rare que tous les aspects subjectifs de la dimension de la maladie, de la souffrance, de l'angoisse devant l'annonce d'une séropositivité ou à l'occasion d'une prise de risque, soient abordés dans les actions de prévention du VIH/SIDA, lorsqu'on s'adresse à ce public.

En revanche, lorsqu'une intervention est enrichie de tous les aspects de l'épidémie, lorsque de nombreux exemples sur les trajectoires de vies, le vécu des personnes viennent ponctuer une information, celle-ci prend tout à coup une autre valeur et une signification que chacun est en mesure de prendre en compte.

Dans un milieu marqué par un déni et la mise à distance, par le fatalisme et la honte, il devient important d'insister sur la dimension humaine de l'épidémie, sa dimension subjective afin que cette information ait un sens.

Les voies classiques de prévention du SIDA trop souvent fondées sur l'information générale ont montré leurs limites ; il est par conséquent nécessaire de rénover les approches de la prévention en posant le principe d'une véritable participation des publics concernés. Ces actions de prévention nécessitent en outre une identification des réseaux de sociabilité à travers lesquels devraient intervenir les médiateurs.

Il s'agit d'impulser un travail de réappropriation singulière et collective pour que le fossé existant entre les savoirs scientifiques et les savoirs profanes de ces publics soit comblé. Plusieurs actions ont été menées en France avec des chefs religieux musulmans, pour s'adresser à des publics immigrés se référant à la philosophie musulmane. Ces expériences ont montré tout l'intérêt pour ces publics de parler d'un tel sujet en présence d'une autorité religieuse qui, bien plus qu'une caution morale, intervient pour rappeler le caractère contemporain de cette maladie qui n'épargne aucune religion, aucune race et qui nécessite le non jugement, l'empathie et la tolérance.

À l'instar de tous les publics, une stratégie de prévention VIH/SIDA avec la population arabo-musulmane, devrait se fonder sur la construction d'un espace de médiation. Les médiateurs devraient être en mesure d'approcher le public dont ils sont issus ou proches afin d'y mener des actions de médiation ou de reformulation.

Cette démarche vise la participation des publics arabo-musulmans à la mise en œuvre d'actions de proximité et à la promotion d'une prise de conscience de l'existence du phénomène. Ainsi, la médiation en santé deviendra un outil permanent, de dialogue, de participation au processus de décision, d'exercice de la fonction de veille et de partage harmonieux de l'information pour optimiser les priorités de santé publique.

Il est impératif de rendre socialement compréhensible et acceptable un discours de santé ou de prévention à travers les différents canaux de sociabilité et d'échange. Il faut permettre à chacun d'avoir la chance d'accéder à de nouvelles formes de savoir et favoriser leurs appropriations comme de nouvelles données venant s'intégrer aux valeurs individuelles et collectives.

Références

- Augé, M. ; Herzlich, C. 1984. *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des archives contemporaines.
- Boudhiba. 1966. *La sexualité et l'Islam*. Paris, Presses universitaires de France.
- Bruner, C.; Cherabi, K. 1997. Numéro spécial: monde arabe. *Journal du SIDA (Journal de la démocratie sanitaire)* (Paris), décembre 1996-janvier 1997, p. 30. (journal@arcats-sante.org.)
- Cherabi K. ; Fanget D. 1997. *Le VIH/SIDA en milieu arabo-musulman en France*. Paris, Arcat-SIDA.
- Farmer, P. 1996. *La victime accusée : le SIDA en Haïti*. Paris, Karthala.
- Fassin, D. 1996. *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*. Paris, PUF Sociologie.
- Ferri, J. N. ; Radi, S. 1997. «Moralisme et identité : le SIDA en Égypte ». *Le journal du SIDA (Journal de la démocratie sanitaire)* (Paris), décembre 1996-janvier 1997. (Numéro spécial: Monde arabe-Migrants.)
Courrier électronique : edition@arcats-sante.org
- Good, B. 1998. *Comment faire de l'anthropologie médicale : médecine, rationalité, vécu*. Paris, Synthélabo.
- Micollier, E. 2000. « L'«étranger», porteur originel du virus ». Dans : *Le SIDA des autres*. Paris, Éditions de l'IRD.
- Vidal, L. 1995. « Les risques du culturalisme ». *Journal du SIDA (Journal de la démocratie sanitaire)* (Paris).

Zempléni, A. 1986. «Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture ». *L'ethnographie* (Paris), n° 96/97.

Langue originale : anglais

Manoj Kurian (Malaisie)

Docteur en médecine, spécialiste de la santé des collectivités. Chargé du programme « Santé et guérison » et coordinateur du programme « VIH/SIDA », au Conseil œcuménique des Églises (COE), à Genève. Après ses études de médecine, il a travaillé pendant plus de dix ans pour diverses organisations chrétiennes dans plusieurs régions de l'Inde. Il a coordonné une étude effectuée dans vingt pays sur la contribution des Églises à la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique, puis assuré la diffusion des informations et des résultats obtenus. Il a aussi participé à l'élaboration et à la diffusion d'un programme d'enseignement sur le VIH/SIDA destiné aux instituts de théologie, et de matériels didactiques sur les changements d'attitude destinés à aider les animateurs dans leur travail de sensibilisation au problème du VIH/SIDA. Courrier électronique : mku/@wcc-coe.org

RELIGION ET ÉDUCATION
POUR LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

UN POINT DE VUE CHRÉTIEN

Manoj Kurian

Le défi : passer des politiques à l'action

Il y a deux décennies, lorsque le syndrome immunodéficient acquis (SIDA) est apparu, il était impossible de prévoir comment l'épidémie évoluerait. Aujourd'hui, il est admis qu'elle représente le plus grand défi lancé à l'humanité dans le domaine de la santé, et la plus grave menace qui pèse sur les perspectives de progrès social, de développement économique et de sécurité mondiale. C'est surtout vrai en Afrique subsaharienne ; mais l'Asie du Sud, l'Europe de l'Est, les Caraïbes et d'autres régions du monde sont, elles aussi, sévèrement touchées, et la situation, là aussi, continue de s'aggraver¹.

L'épidémie de VIH/SIDA a crûment mis en évidence les divers défauts, particulièrement choquants, de nos sociétés :

- le fossé toujours plus profond séparant les riches et les pauvres, et le manque de détermination à le combler ;
- l'inaccessibilité des services de santé essentiels et l'effondrement des structures existantes dans de nombreuses régions du monde ;

- la difficulté, pour les femmes, de faire respecter leurs droits, d'éviter la contamination, d'imposer leurs choix en matière de procréation, d'exiger la protection des rapports sexuels ;
- le long et pesant silence des Églises, des sociétés civiles et des dirigeants qui n'ont pas osé aborder les questions de sexualité et les aspects fondamentaux de la prévention du SIDA ;
- l'augmentation alarmante du nombre des consommateurs de drogues injectables, et — pour le moins inquiétant — la forte baisse de l'âge auquel la consommation de ces drogues commence dans de nombreux pays.

Les jeunes sont les principales victimes de ces différents phénomènes. Il importe donc de savoir s'ils sont préparés, dans leurs communautés respectives, à répondre efficacement à la crise, et si les Églises contribuent ou nuisent à cette préparation. La capacité des communautés à réagir à l'épidémie de SIDA dépend de leur accès aux ressources suivantes :

- des informations et une éducation suffisantes ;
- un soutien spirituel et moral ;
- l'équité et les droits de l'homme ;
- des services d'aide psychopédagogique et de dépistage ;
- des moyens de prévention confirmés, tels que les préservatifs ;
- des seringues stériles et des centres de désintoxication ;
- des médicaments contre les infections opportunistes et contre les rétrovirus.

Il faut dispenser une éducation relative au VIH/SIDA dans les écoles pour que les jeunes puissent appréhender globalement ces questions.

Le mouvement œcuménique² accorde une importance particulière à la question du VIH/SIDA depuis le début de l'épidémie. En juin 1986, le groupe d'étude du Conseil œcuménique des Églises (COE)³ chargé d'examiner par quels moyens les Églises chrétiennes pourraient contribuer à résoudre la crise du SIDA, leur a recommandé d'intervenir principalement dans trois domaines : ceux du soutien moral, de l'action sociale et de l'éducation/prévention. Il leur a demandé de combattre ce qui lui semblait être un véritable danger, en empêchant que le SIDA ne serve de prétexte à la discrimination et à l'oppression ; et de défendre les droits fondamentaux des individus directement ou indirectement touchés par l'épidémie.

Les praticiens de l'éducation, de la santé et de l'aide psychologique à l'œuvre dans les organisations chrétiennes ou liées aux Églises chrétiennes ont largement contribué à définir des réponses collectives adaptées à l'épidémie. Les gouvernements ont ensuite adopté des politiques et

des mesures tout à fait claires. Mais les Églises membres du COE n'ont pas toutes appliqué ces mesures. Les hiérarchies ont eu des réactions très différentes selon les Églises et les régions du monde. Les Églises ont insuffisamment intégré la question du SIDA dans les divers aspects de leur fonctionnement.

L'attitude des hiérarchies chrétiennes a beaucoup évolué depuis trois ans, et les Églises réagissent aujourd'hui de façon positive à la crise. En novembre 2001, 120 représentants des Églises et des organisations œcuméniques africaines et internationales, réunis à Nairobi, au Kenya, dans le cadre du Colloque mondial du Conseil œcuménique des Églises « sur la réponse œcuménique aux défis du VIH/SIDA en Afrique »⁴, ont élaboré un plan d'action concertée en réponse à la pandémie. Ce colloque faisait suite à une série de rencontres tenues en 2001 en Ouganda, en Afrique du Sud et au Sénégal, auxquelles ont participé les dirigeants des Églises africaines, les conseils nationaux des Églises, les organisations œcuméniques et certaines organisations non gouvernementales (ONG) liées à ces divers organismes. Les participants à ces réunions préliminaires se sont retrouvés à Nairobi, où ils ont communiqué les résultats de leurs discussions aux représentants d'organisations œcuméniques internationales alliées aux organisations africaines, afin d'élaborer un plan d'action commun. Ce plan d'action énumère les divers domaines clés où les Églises doivent intervenir. Les Églises et les autres organisations participantes se sont engagées à appliquer le plan d'action. Ces Églises et le COE, ainsi que les organisations œcuméniques auxquelles ils sont alliés, sont en train de mettre au point des mécanismes destinés à faciliter cette application.

Le volet du plan d'action relatif à l'éducation et à la formation s'adresse spécifiquement aux Églises membres qui dispensent un enseignement dans les écoles. Il leur demande de mettre en pratique l'orientation générale définie par le plan d'action, et de respecter des normes minimales dans leur enseignement sur le SIDA.

ÉDUCATION

1. Rechercher des informations récentes et précises sur le VIH/SIDA, et mettre au point des systèmes capables de les diffuser largement au sein des Églises.
2. Enseigner que la stigmatisation et la discrimination sont des péchés, que les porteurs du VIH et, parmi eux, les malades du SIDA sont les bienvenus dans les Églises et dans les

communautés, qu'ils sont des membres estimés et reconnus de notre famille, et de précieux compagnons de voyage.

3. Remplir notre rôle d'enseignants en matière de sexe et de sexualité. Rompre le silence créé par la gêne et l'habitude. Il nous faut, dans notre enseignement, mettre l'accent sur la position relative des hommes et des femmes dans la société, et notamment sur l'émancipation des femmes et des filles ; montrer que les hommes doivent modifier leur comportement et assumer leurs responsabilités pour enrayer la transmission du VIH ; insister sur le respect dû à la dignité de toute personne humaine ; privilégier une éducation sexuelle qui fasse comprendre les avantages que l'aide psychopédagogique et le dépistage, d'une part, l'abstinence, la fidélité et la protection des rapports sexuels, de l'autre, présentent pour la santé.
4. Promouvoir, dans les séminaires et les instituts de théologie, la révision des programmes d'enseignement ou l'élaboration de nouveaux programmes conformes aux objectifs du plan d'action.
5. Élaborer des programmes d'éducation qui portent sur les différents modes de transmission du VIH. Des fidèles, des organisations liées aux Églises, des personnes touchées par le VIH/SIDA, des agents sanitaires, des ONG et d'autres individus ou organismes concernés participeront à cette élaboration sur la base de données factuelles précises, relatives au VIH/SIDA, tout en tenant compte des contextes culturels et des réalités locales. Les programmes ne se limiteront pas à l'enseignement scolaire ; ils comprendront aussi des activités pédagogiques extrascolaires destinées aux jeunes et aux adultes des deux sexes, ainsi que d'autres formes d'enseignement originales, fondées par exemple sur la liturgie.
6. Développer la capacité des Églises à mener des recherches spécialisées sur certains aspects de la pandémie quand ces recherches peuvent apporter une contribution irremplaçable.

FORMATION

1. Concevoir des programmes et des matériels de formation destinés à diffuser, à tous les niveaux des Églises, des connaissances théoriques et pratiques relatives à la sexualité humaine et au VIH/SIDA.
2. S'assurer que les matériels d'enseignement et de formation existants sont accessibles ; faire en sorte qu'ils soient communiqués, utilisés et adaptés aux différents besoins.

3. Intégrer la question du VIH/SIDA dans la formation des évêques, aumôniers et autres ecclésiastiques, des dirigeants laïques, des jeunes et, plus généralement, de tous ceux qui s'emploient :
 - à rompre le silence sur les questions de sexe et de sexualité ;
 - à surmonter la stigmatisation ;
 - à informer et à sensibiliser (théologie, éducation relative au VIH/SIDA, éducation sexuelle, anatomie) ;
 - à apporter une aide psychopédagogique en matière d'infection par le VIH/SIDA et de SIDA ;
 - à soigner ;
 - à parler du VIH/SIDA, et à conseiller les autres sur la façon d'en parler ;
 - à régler la liturgie, à célébrer le culte et à prêcher ;
 - à discuter des relations du SIDA avec la culture, l'inégalité des sexes, la situation des enfants ou la pauvreté ;
 - à constituer des réseaux.
4. Utiliser autrement les établissements d'enseignement et de formation, pour qu'ils soient d'une plus grande utilité à l'ère du SIDA .
5. Encourager et préparer une nouvelle génération de dirigeants ecclésiastiques à engager les Églises sur des questions liées au VIH/SIDA, en accordant une attention particulière aux jeunes et aux femmes.

De nombreuses Églises ont élaboré des politiques. L'Église catholique, qui est la plus grande Église chrétienne, a notamment mis en œuvre des politiques dans les différentes régions du monde. En janvier 2000, la Conférence des évêques catholiques d'Afrique australe a énoncé, à l'intention de toutes les écoles catholiques, des principes directeurs conformes à la doctrine de l'Église catholique⁵.

POLITIQUES

- Répondre à la crise en créant un comité de soutien moral chargé d'élaborer une politique générale et des programmes de soutien moral pour les écoles.
- Proposer aux élèves et aux enseignants des écoles publiques et des établissements d'enseignement et de formation postsecondaire une réponse à la crise du SIDA qui soit

compatible avec la doctrine de l'Église catholique et avec la politique nationale en matière d'infection par le VIH et de SIDA.

- Les écoles devront appliquer un programme détaillé d'éducation relative au VIH/SIDA ; elles devront l'appliquer à tous les niveaux d'enseignement, dans toutes les classes et avec l'aide de toutes les catégories du personnel enseignant, dans le cadre d'un programme d'éducation sexuelle transdisciplinaire visant à modifier le comportement des élèves.
- Il faut prêter une attention particulière aux exigences d'une « culture » qui prône le respect de la dignité, d'origine divine, de la personne humaine, et qui conçoit l'union sexuelle comme l'expression d'une relation d'amour parvenue au stade où l'homme et la femme s'engagent l'un envers l'autre à vivre ensemble dans le mariage.
- Les codes de conduite applicables aux élèves, aux enseignants et au personnel non enseignant devront comprendre des dispositions qui proscrivent les comportements discriminatoires à l'égard des porteurs du VIH et des malades du SIDA, ainsi que les comportements susceptibles de favoriser la transmission du VIH.
- Le programme devra s'intégrer dans tous les domaines d'étude, et présenter les informations avec sérieux, sous une forme compatible avec la doctrine de l'Église. Les matériels utilisés dans les différentes disciplines devront être compatibles avec la doctrine de l'Église concernant les relations humaines, la sexualité, le mariage et la contraception.
- Les programmes d'éducation relative au VIH/SIDA et d'éducation sexuelle devront promouvoir les normes sociales qui condamnent la toxicomanie, les atteintes à la pudeur, les violences sexuelles et les comportements sexuels à risque.
- Tous les enseignants chargés d'appliquer les programmes d'éducation devront recevoir une formation appropriée en matière de SIDA et d'éducation sexuelle, dans le cadre d'un programme de formation en milieu scolaire.

De façon générale, les politiques sont en place. Les différentes Églises n'ont pas le même point de vue sur la sexualité, les relations sexuelles et les stratégies de prévention. Elles doivent à présent appliquer leurs politiques en menant des actions concrètes qui favorisent les changements d'attitude positifs, qui permettent aux jeunes de se protéger du SIDA, et à leur communauté de les soutenir.

Agir au niveau des écoles

L'IMPÉRATIF MORAL

Dans de nombreux contextes culturels, les individus refusent de parler de la sexualité, du SIDA et des différents aspects de l'hygiène sexuelle. Beaucoup craignent qu'en parlant plus ouvertement de la sexualité et de l'éducation sexuelle, on encourage les comportements immoraux. Des recherches ont pourtant démontré que l'éducation en matière de sexualité, de SIDA ou, plus généralement, de santé, surtout quand elle s'adresse à des enfants ou à des jeunes, n'entraîne pas un accroissement de l'activité sexuelle, mais incite au contraire les individus à se protéger^{6,7}. D'autre part, il est certain qu'à l'échelle mondiale les jeunes connaissent encore mal la question du SIDA, et que beaucoup d'entre eux ne savent pas comment se protéger de l'épidémie. On n'en observe pas moins un accroissement de l'activité sexuelle des jeunes dans de nombreuses régions du monde^{8,9,10}. Il faut évidemment mettre cette tendance en rapport avec le nombre scandaleusement élevé des violences sexuelles exercées contre les jeunes et les enfants¹¹. Il incombe manifestement à l'Église de soustraire autant que possible les jeunes et les enfants aux situations propices à la transmission du VIH, et l'enseignement scolaire doit jouer un rôle important à cet égard. L'action de l'Église en faveur d'un enseignement éclairé, fondé sur des informations solides, qui prépare les jeunes et les enfants à prendre des décisions raisonnables et justes, est le moyen le plus efficace de susciter des comportements réfléchis et conformes à la morale.

LES IMPÉRATIFS THÉOLOGIQUES

Dans une étude consacrée aux impératifs théologiques en matière d'infection par le VIH et de SIDA¹², Musa Dube rappelle que dans ce domaine *les Églises doivent guérir et se guérir*.

Les Églises doivent guérir

Jésus a chargé ses disciples *de prêcher, d'enseigner et de guérir*. Pour faire la volonté de Dieu, les Églises chrétiennes doivent être des communautés soignantes et contribuer au soulagement des

souffrances dans un monde caractérisé par l'effondrement des structures sociales sous l'effet de la guerre, de l'injustice, de la pauvreté, de l'exclusion et de la maladie. Elles ont la possibilité de trouver la guérison, le pardon et l'intégrité, et de partager ces bienfaits avec la société civile.

En prêchant la bonne nouvelle apportée par Jésus, l'Église chrétienne fait sien le message qui nous annonce l'intégrité de l'individu et de la communauté — message résumé par les propositions suivantes :

- tous les individus, quels que soient leur sexe, leur origine sociale, leur origine ethnique, leur race, leur âge ou leur religion, sont créés à l'image de Dieu, qui veut que l'humanité et l'ensemble de la création vivent (*Genèse*, 1-2) ;
- cela est confirmé par l'avènement de Jésus, venu pour que tous vivent, et pour qu'ils aient la vie dans sa plénitude (*Jean*, 10, 10) ;
- durant sa mission sur la Terre, le Christ a guéri toutes les maladies sans exception (*Marc*, 1, 29-34), pardonné les péchés (*Jean*, 8, 1-12 ; *Luc*, 7, 36-49 ; 15, 11-32), et mis fin à l'infamie qui s'attachait à la lèpre, en posant la main sur des lépreux et en leur rendant la santé physique et sociale (*Marc*, 1, 40-45 ; *Luc*, 17, 11-19) ;
- dénoncer le pharisaïsme de certains fidèles (*Luc*, 18, 9-14) ;
- prendre le parti des pauvres et des exclus (*Matthieu*, 9, 10-13 ; *Luc*, 18, 1-8) ; dénoncer les institutions sociales oppressives (*Luc*, 4, 16-22) ;
- former des disciples qui poursuivront l'action entreprise ;
- l'Église et la communauté sont le corps du Christ (*première Épître aux Corinthiens*, 13, 9-10) ; tous leurs membres forment un seul corps ; les souffrances des membres atteints par l'épidémie de SIDA ont donc de graves conséquences pour tous ;
- la résurrection du Christ est une victoire sur les puissances de la mort.

Et se guérir

Divers aspects du comportement de l'Église devraient cependant amener ses membres à réfléchir, à se repentir et à renouveler leur adhésion à l'évangile du Christ.

- De nombreux membres de l'Église considèrent le SIDA comme une punition infligée aux pécheurs ; ils renforcent ainsi la stigmatisation qui frappe généralement les malades du SIDA , et leur rendent plus difficile l'accès à des soins de qualité.

- Le silence et la méfiance dont l'Église entoure traditionnellement la sexualité, l'ont conduite à émettre des messages contradictoires et l'ont empêchée de s'exprimer clairement sur la protection des rapports sexuels et la prévention du SIDA.
- L'Église présente la chasteté comme le moyen de prévenir le SIDA, et néglige la conception biblique qui affirme le caractère sacré de toute vie humaine.
- Le problème du SIDA ne se pose pas seulement au niveau individuel. L'Église ne porte pas une attention suffisante aux conséquences sociales et institutionnelles de l'épidémie.
- L'Église souffre aussi de l'étroitesse d'esprit d'une grande partie de ses membres, d'un manque de connaissances théoriques et pratiques, du manque de communication et des divisions qui existent entre les différentes Églises chrétiennes, de la faiblesse de ses liens avec les Etats et les autres ONG.
- L'Église a contribué à la disparition d'institutions culturelles utiles qui enseignaient des règles de comportement sexuel aux jeunes dans diverses communautés indigènes¹³. Et elle n'a pas suffisamment combattu des pratiques culturelles dangereuses qui favorisent la transmission du VIH/SIDA.

L'utilité des Églises chrétiennes dépendra de leur réaction. La crise les oblige à mieux analyser les situations humaines qui aggravent la pandémie, à prendre plus clairement conscience de l'inhumanité de certaines relations humaines, à mieux discerner les ruptures du lien social et les injustices du système social, à découvrir leur propre aveuglement et leur propre complicité. Le SIDA est un signe des temps qui nous force à voir et à comprendre¹⁴.

L'enseignement de la Bible, l'évangile du Christ et les traditions chrétiennes fournissent à l'Église des cadres dans lesquels elle peut préparer et inciter ses membres à servir les créatures de Dieu au milieu de la pandémie de SIDA.

Quelques exemples de programmes d'éducation appliqués avec succès dans des écoles chrétiennes

Éduquer, ce n'est pas seulement transmettre des connaissances. En apprenant aux jeunes un plus grand nombre de faits, on ne les prépare pas nécessairement mieux à prendre des décisions. Pour être efficace, l'éducation que les Églises dispensent aux jeunes en matière de SIDA doit offrir les caractéristiques suivantes. Elle doit :

- reposer sur des valeurs ;
- aborder l'ensemble des questions d'hygiène sexuelle et de procréation qui concernent les élèves ;
- développer des compétences fonctionnelles et former le caractère des élèves par des méthodes actives ;
- associer les pairs des élèves à l'élaboration et à l'application du programme ;
- faire appel à la participation active de la communauté et de la société civile ;
- tenir compte du contexte culturel local ;
- former aussi bien les enseignants que les élèves.

Beaucoup de programmes d'éducation efficaces ont été conçus à l'origine pour des classes organisées par les Églises, par exemple dans le cadre des écoles du dimanche ou des centres de jeunes, puis adaptés aux exigences des écoles chrétiennes ou des écoles publiques. Les quelques exemples suivants ne sont pas représentatifs de ce qui se fait dans toutes les Églises chrétiennes et dans toutes les régions du monde.

AFRIQUE DU SUD

« Sakh'ulutsha » (Union biblique) est le nom d'un programme novateur d'éducation pratique destiné aux élèves des écoles âgés de 11 à 18 ans. De 38 000 à 40 000 élèves, répartis dans plus de 200 écoles (entre 200 et 300), dont 95 % sont des écoles publiques, participent chaque année à ce programme¹⁵. Un réseau d'acteurs très divers soutient le travail de 40 animateurs sociaux spécialistes d'éducation pratique et de 150 bénévoles. Les groupes d'élèves inscrits au programme dans les différentes écoles se répartissent en 12 modules, et le programme se termine par la tenue d'un camp. Les différents modules ont pour but de préparer les jeunes à influencer leurs camarades, à les persuader d'adopter un comportement qui les aidera à mener une vie saine, et qui leur permettra d'éviter les risques d'infection par le VIH. Ils s'inspirent de valeurs chrétiennes ; mais ils ne sont pas spécialement conçus pour des Chrétiens, et pourraient être acceptés sans peine par les membres d'autres cultures ou par les fidèles d'autres religions. Les communautés participent activement à l'application du programme, qui bénéficie par ailleurs d'un large soutien de la part de l'État et du secteur privé.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

L'Église unie du Christ est la première Église des États-Unis qui ait affronté le problème du VIH/SIDA. Elle a élaboré et diffusé des matériels et des stratégies d'enseignement efficaces. Elle a notamment publié un document intitulé «Affirming persons — saving Lives » [Affirmer la dignité des personnes, sauver des vies]¹⁶.

Ce document s'appuie sur les valeurs chrétiennes, l'étude de la Bible, la réflexion théologique et la prière. Il propose des méthodes pour fournir à des jeunes d'âges divers des informations concrètes et complètes sur la transmission du VIH et la prévention du SIDA, pour développer leur capacité de prendre des décisions morales et de s'y tenir, d'évaluer les risques d'infection par le VIH, de refuser efficacement les invitations indésirables, d'exprimer leurs sentiments et leur volonté de protéger les rapports sexuels. Il comprend huit modules qui s'adressent à des groupes différents : adultes, enfants de niveau préscolaire (écoles maternelles et jardins d'enfants), jeunes, parents, élèves de première et de deuxième années, élèves de troisième et de quatrième années, élèves de cinquième et de sixième années, groupes plurigénérationnels.

Depuis 1994, ce programme d'éducation est largement appliqué dans les communautés chrétiennes des États-Unis et de pays situés dans d'autres régions du monde. Certains enseignants des écoles publiques y ont également recours. Il s'est avéré efficace pour les raisons suivantes :

- les matériels didactiques couvrent tous les aspects de la question traitée ;
- ils s'adressent à des tranches d'âge déterminées ;
- les pairs des élèves sont largement associés au programme ;
- le programme donne lieu à des discussions stimulantes, ainsi qu'à des exercices pratiques relatifs à l'élaboration des décisions.

INDE

L'« AIDS Wing » [Aile SIDA] de l'Église de l'Inde du Nord a rédigé un manuel pour la formation des jeunes éducateurs chargés d'informer leurs camarades sur le SIDA (AIDS Teen Peer Educator Training Manual). Ce manuel permet de former efficacement les jeunes bénévoles dans les 26 diocèses de l'Église. L'éducation relative au SIDA, qui relève des programmes diocésains pour la jeunesse, est assurée dans les écoles des différentes régions de l'Inde du Nord par les jeunes

éducateurs qui vivent dans ces régions¹⁷. On se sert des équipements et des réseaux existants dans les domaines de la santé et de l'éducation pour sensibiliser les jeunes à la question du SIDA. Le programme reçoit aussi un bon accueil dans les écoles non chrétiennes.

La Fondation *Action, Service, Hope for AIDS (ASHA)*¹⁸ propose aux écoles de Bangalore une éducation sexuelle fondée sur la formation du caractère, ainsi qu'un programme d'enseignement qui met l'accent sur la prise de conscience et l'éducation en matière de SIDA. Bien qu'il s'inspire de valeurs chrétiennes et s'adresse d'abord aux écoles chrétiennes, ce programme d'enseignement peut s'adapter à la réalité multiculturelle et multireligieuse de l'Inde. La Fondation applique ses programmes en étroite collaboration avec la société civile et les Églises locales. D'autre part, elle met à la disposition de la communauté une ligne téléphonique d'assistance, un service d'aide psychopédagogique en matière de SIDA et un centre médical.

Sur la voie du progrès

- L'action des Églises chrétiennes dans le domaine du SIDA peut s'appuyer sur des principes et des politiques clairement définis. Les Églises doivent appliquer et diffuser des programmes d'éducation destinés aux jeunes et fondés sur des valeurs. Elles doivent promouvoir, suivant les cas, l'abstinence ou des comportements sexuels sains et réfléchis en développant chez les jeunes la capacité de communiquer, de négocier et de refuser. Elles doivent aussi leur donner des informations complètes sur la contraception. Mais ces politiques ne se traduiront pas nécessairement par des actes si les parties prenantes, au niveau des paroisses et des communautés, ne sont pas strictement motivées et ne s'engagent pas vraiment dans le processus d'éducation.
- Il faut renforcer les réseaux de solidarité, d'entraide, de partage des informations et des données d'expérience, de coopération entre les Églises et les autres organisations chrétiennes qui s'intéressent à l'éducation relative au SIDA.
- Il faut déterminer et analyser la plus ou moins grande efficacité des divers programmes d'éducation, et recenser les différentes méthodes employées par les Églises chrétiennes et par les organisations de jeunesse liées à ces Églises.

- Il faut renforcer les relations que les Églises chrétiennes et leurs réseaux entretiennent, dans le domaine de l'éducation contre le SIDA, avec les autres organisations (gouvernementales ou non gouvernementales) concernées. Les Églises doivent jouer un rôle actif et constructif dans le projet «Focusing Resources on Effective School Health (FRESH)» mis en vigueur par le Forum mondial de l'éducation qui s'est tenu à Dakar en 2000¹⁹.
- Pendant la session extraordinaire qu'elle a consacrée au VIH/SIDA en juin 2001, l'Assemblée générale des Nations Unies a établi un cadre pour l'évaluation de l'action nationale et internationale menée contre l'épidémie. Les différents États se sont alors engagés à poursuivre une série d'objectifs de référence. Ils se sont notamment donné pour objectif, en ce qui concerne les jeunes, de réduire de 25 % le taux d'infection par le VIH parmi les individus âgés de 15 à 24 ans, ce chiffre devant être atteint au plus tard en 2005 dans les pays le plus sévèrement touchés, et en 2010 dans l'ensemble des pays du monde. Nous réaliserons cet objectif que si les communautés se mobilisent pour qu'un système d'éducation capable de combattre énergiquement le SIDA soit mis en place dans les écoles. En tant que membres de la société civile, les Églises et les autres organisations chrétiennes doivent faciliter cette mobilisation.

Notes

1. *Le point sur l'épidémie de SIDA, décembre 2001*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 2001 : www.unaids.org.
2. Le Conseil œcuménique des Églises est une association d'Églises du monde entier, qui représente 342 Églises réparties dans plus de 120 pays : www.wcc-coe.org.
3. *Le SIDA et la tâche de guérison de l'Église*, compte rendu de la 38^e réunion du Comité central du Conseil œcuménique des Églises, 1987, Appendice VI, p. 135.
4. Colloque mondial sur la réponse œcuménique aux défis du VIH/SIDA en Afrique, Nairobi, Kenya, 25-28 novembre 2001. Plan d'action : www.wcc-coe.org.
5. Policy on HIV/AIDS for Catholic schools, from the Southern African Catholic Bishops Conference, janvier 2000. Publié par le Catholic Institute of Education, P.O. Box 2083, Southdale 2135, Afrique du Sud.
6. ONUSIDA, *Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé*, Genève, 1997 : www.unaids.org.
7. Jan Vandemoortele, Enrique Delamonica, The «education vaccine» against HIV, *Current issues in comparative education*, vol. 3, n° 1, décembre 2000 : <http://www.tc.columbia.edu/cice/>.
8. Crise mondiale — action mondiale. Aide-mémoire préparé par l'ONUSIDA sur la prévention du VIH/SIDA auprès des jeunes, juillet 2001.
9. R. C. Sharma, *Case study — India : communication and advocacy strategies adolescent reproductive and sexual health*, Bangkok, UNESCO, 2000. (Adolescent reproductive health: package of research briefs, series 2.)
10. S. F. Katoanga, 2000. *Situation analysis of adolescent reproductive health in selected Pacific Island countries*. Communication présentée à l'Inter-country Workshop on Adolescent Reproductive Health for East and South East and the Pacific Island Countries, 27 avril-3 mai 2000.
11. Infant rape in Southern Africa: commentary, *The Lancet* (Londres), vol. 359, n° 9303, 26 janvier 2002.

12. Musa Dube, (dir. publ.). *HIV and AIDS curriculum for theological institutions in Africa*, Genève, COE, 2001 p. 5-6.
13. John Mbiti, *Introduction to African religion*, 2^e éd., Oxford, Royaume-Uni, Heinemann, 1975.
14. *Face au SIDA : l'action des Églises*, Genève, COE, 1997.
15. Annual and evaluation reports of Sakh'ulutsha. Scripture Union, Life-skills education, 2001 : www.su.org.za/lifeskil.htm.
16. Cynthia A. Bouman et le révérend William R. Johnson, *Affirming persons — saving lives*. HIV/AIDS Ministry, Programme of the United Church of Christ, 1994.
17. AIDS Teen Peer Educator Training Manual Synodical Board of Health Services, Church of North India, 1999 : cnisbhs@del.vsnl.net.in, www.ensynod.org.
18. ASHA (Action Service Hope for AIDS), Foundation, Bangalore, Inde : www.ashaf.org.
19. Inon Schenker, « Nouveaux défis pour l'éducation concernant le SIDA à l'école face à une pandémie du VIH en constante évolution », *Perspectives* (Paris, UNESCO), vol. 31, n° 3, septembre 2001.

VOIX DES JEUNES :
LA PREMIÈRE FOIS QUE J'AI ENTENDU PARLER DU SIDA

La première fois que j'ai entendu parler du SIDA, j'avais 12 ou 13 ans. À cette époque, je ne comprenais donc pas ce que c'était et pourquoi il était si dangereux. Par la suite, en grandissant, j'ai lu des livres et analysé l'ensemble de la situation dans le monde. Dans mon pays, j'ai commencé à comprendre quel type de maladie était le SIDA. J'ai vu de terribles films documentaires sur les drogués, les prostituées et les petits enfants infectés par cette maladie. Et, bien sûr, j'ai été choquée. Aussi, aujourd'hui, je pense constamment aux modes de vie sains à pratiquer, à mon avenir, et j'essaie de protéger mes amis des rapports « occasionnels ». Ce virus peut infecter chacun d'entre nous. C'est pourquoi il nous faut être sérieux dans nos comportements sexuels, penser à notre futur et à nos enfants. Il est nécessaire de réaliser des films sur ce sujet, des programmes de radio et de publier des fascicules — de faire de la publicité pour toute la société. De cette façon, nous contribuerons à ce que les personnes âgées de 15 à 40 ans aient une meilleure connaissance du problème et un sens plus élevé des responsabilités.

ANNA SHEKHTMAN

DE SEXE FEMININ, 20 ANS, MOSCOU (FEDERATION DE RUSSIE)

VOIX DES JEUNES :
LA PREMIÈRE FOIS QUE J'AI ENTENDU PARLER DU SIDA

J'avais 12 ans lorsque j'ai entendu parler du VIH/SIDA pour la première fois. Un ami m'avait décrit cette horrible maladie. J'étais effrayé et désireux d'en savoir plus. Le jour suivant, je suis allé à la bibliothèque de l'école pour m'informer davantage.

J'ai appris que c'était une maladie dangereuse d'origine virale. J'étais vraiment effrayé et je pensais que c'était comme un lent poison qui tuait petit à petit. J'étais alors déterminé à tout faire pour ne pas en être moi-même la victime. On sait hélas qu'il n'y a probablement aucun pays où le

VIH n'existe pas et qu'il s'étend rapidement dans les parties du monde où il était auparavant inconnu. Il est préoccupant d'apprendre que chaque année, dans le monde, environ 5,8 millions de personnes sont infectées par le VIH : soit 16 500 infections par jour ou 11 personnes toutes les minutes. La majorité de ces cas d'infection sont recensés dans les pays en développement, dont 50 % environ de la population est composée de jeunes comme moi, qui ont entre 15 et 24 ans.

En dépit des efforts intenses de la recherche médicale dans le monde, aucun remède à la maladie n'a été trouvé. Cela m'effraie beaucoup. Heureusement, un comportement approprié permet d'éviter cette dangereuse maladie. Malgré les connaissances que l'on en a et même si l'on sait qu'elle est difficilement transmissible, beaucoup ne se sentent pas à l'aise avec les personnes atteintes du SIDA et exercent à leur encontre une véritable discrimination. Je pense que les victimes du SIDA ont besoin d'amour et de soins, et non pas de haine et d'exclusion.

J'ai appris les faits suivants :

- Le SIDA est l'acronyme de syndrome immunodéficientaire acquis.
- Robert Gallo (États-Unis d'Amérique) et Luc Montagnier (France) ont tous deux identifié le VIH (virus immunodéficientaire humain) au microscope électronique en 1983.
- Il s'agit d'une maladie d'origine virale pour laquelle il n'y a pas de remède définitif. Toutefois, il existe des médicaments qui permettent de prolonger la vie des personnes atteintes.
- Le virus est transmis par les comportements sexuels à risque et par le sang et les produits sanguins contaminés.
- On peut s'en prévenir en évitant les comportements sexuels à risque et la consommation de drogue par voie intraveineuse et en contrôlant systématiquement le sang et les produits sanguins.
- Les scientifiques travaillent sans relâche à la mise au point d'un vaccin, et ils ont bon espoir qu'un vaccin contre le SIDA puisse être trouvé.

En tant que jeunesse et espoir de notre nation, nous avons de grandes responsabilités en matière de prévention du VIH/SIDA. Il est un proverbe qui dit : « Il vaut mieux prévenir que guérir ».

Mais, très souvent, l'on ne fait pas grand chose pour éviter la maladie. Dans le cas du VIH/SIDA, si les mesures appropriées étaient prises par tous les intéressés, on pourrait pratiquement prévenir la quasi-totalité des infections. On pourrait alors imaginer à nouveau un monde libéré de ce mal.

L'éducation par les pairs est très efficace pour la diffusion de l'information appropriée sur le VIH/SIDA. J'ai appris que les mesures suivantes sont efficaces pour la prévention du VIH/SIDA dans la communauté :

- L'éducation générale de santé sur les pratiques sexuelles sans risque, notamment le bon usage du préservatif.
- L'éducation intensive sur le SIDA à l'école.
- Un contrôle systématique des donations de sang, de produits sanguins ou d'organes avant leur utilisation.
- Décourager la consommation de drogues par voie intraveineuse.
- L'adoption stricte des diverses mesures de prévention dans tous les établissements de santé est très importante pour protéger l'ensemble du personnel chargé des soins et des patients.

Individuellement, il faut prendre soin :

- de ne pas s'injecter de drogue, ni de partager des aiguilles ;
- d'éviter les pratiques sexuelles à risque et les rapports sexuels occasionnels ;
- d'utiliser des préservatifs lorsque c'est nécessaire.

J'espère que, grâce aux efforts de tous, nous pourrons un jour nous débarrasser de cette dangereuse maladie.

RABIN RIMAL

DE SEXE MASCULIN, 16 ANS, KATHMANDU (NEPAL)

VOIX DES JEUNES :

LA PREMIÈRE FOIS QUE J'AI ENTENDU PARLER DU SIDA

J'ai 17 ans et je fréquente le lycée technique André Peytavin de Saint-Louis, au Sénégal. J'ai entendu parler pour la première fois du SIDA au cours d'une réunion de sensibilisation qui a eu lieu dans mon quartier.

Une foule importante s'était assemblée sur la place centrale. Debout au milieu de la foule, un médecin a pris la parole. Il a dit : « En dépit des efforts de la communauté nationale et internationale, le SIDA n'a pas cessé de progresser, affectant la population sexuellement active, et en particulier les adolescents et les jeunes. Il y a plusieurs modes de transmission, et notamment : la transmission par

rapport sexuel, le contact avec des objets contaminés par du sang au cours de certaines pratiques socioculturelles telles que l'excision des filles, la circoncision, la scarification, le tatouage, l'utilisation en commun de seringues, etc. La transmission pendant la grossesse est appelée transmission verticale (mère-enfant). Les effets du SIDA sont la diarrhée, la fièvre, la perte de poids, la fatigue prolongée, etc. En ce qui concerne la prévention, vous devez vous abstenir de relations sexuelles jusqu'au mariage, n'utiliser les seringues qu'une fois, contrôler tous les produits sanguins avant transfusion, éviter d'avoir des partenaires sexuels nombreux, encourager l'utilisation des préservatifs, etc. La grande menace que fait peser cette maladie est qu'elle affecte le secteur productif de nos sociétés. Les médicaments qui ont pu donner quelques signes d'espoir (antirétroviraux) sont loin d'être aisément disponibles. Cela signifie que la prévention est notre moyen le plus efficace de combattre la maladie ».

Ce jour-là, j'ai été pris de panique, et j'ai répété tout ce que j'avais entendu à mes parents et amis. Depuis ce jour, j'ai adhéré à une association appelée STOP-SIDA, dont je suis membre actif, pour continuer de promouvoir la prévention du SIDA dans mon pays.

MAMADOU NDIAYE

DE SEXE MASCULIN, 17 ANS, SAINT-LOUIS (SENEGAL)

VOIX DES JEUNES :

LA PREMIÈRE FOIS QUE J'AI ENTENDU PARLER DU SIDA

En tant que jeune commençant ses études supérieures, j'aimerais avoir un regard rétrospectif lorsque j'ai entendu parler du SIDA pour la première fois — au cours de mes années d'école primaire. Ma réaction initiale a été : « Oh, c'est juste une autre maladie, peut-être comme le cancer ou le diabète ». Pendant un certain temps, je ne me suis pas senti concerné, mais, avec le pilonnage continu d'informations à l'école, par les médias et d'autres moyens, j'ai été forcé de m'y intéresser. J'ai vite compris que ce n'était pas *juste une autre maladie*. J'ai commencé à assimiler ce qui était dit à ce sujet et je me rappelle le sentiment de pitié que j'ai ressenti pour ceux qui avaient contracté le VIH/SIDA, comprenant ce que cela pouvait avoir de dévastateur pour eux.

Au lycée, une victime du SIDA nous a rendu visite et nous a fait part de ce que signifiait vraiment vivre avec cette maladie, parlant de son combat sans fin contre l'infection. Cette visite a été

la seule fois où je me suis trouvé, en connaissance de cause, en présence de quelqu'un atteint du SIDA. Je me suis senti vulnérable et impressionné alors qu'il parlait de façon émouvante de ses épreuves.

Les statistiques des cas de SIDA, sur le plan régional et international, contribuent aussi à notre sentiment de vulnérabilité. On a dit que la région des Caraïbes avait le deuxième taux le plus élevé de cas de VIH/SIDA dans le monde. La pensée que ce fléau avait la possibilité d'éliminer des millions de personnes me fait craindre pour la survie de nos petites communautés insulaires.

Je pense aussi aux nombreuses personnes qui restent exposées aux risques de contracter le virus en raison de leur promiscuité sexuelle et de leur négligence. Je me suis à de nombreuses reprises demandé qui, autour de moi, pouvait avoir contracté la maladie. Mes amis et moi en parlions constamment entre nous — comment le SIDA pouvait détruire nos vies et nos rêves. Étant à un âge « perturbé » par les hormones, je me suis cependant mis à craindre l'idée d'avoir des relations sexuelles.

Il est difficile de comprendre comment on peut rester aussi insouciant face à un problème aussi grave. Avant de prendre des décisions impétueuses aux conséquences fatales, nous devons nous préoccuper davantage de protéger nos vies et de les vivre aussi pleinement que possible. Toutefois, l'éducation concernant l'épidémie devrait être mieux adaptée aux besoins et intérêts des jeunes du monde. Notre attention doit être appelée et maintenue de façon à ce que nous soyons plus vigilants face à la véritable crise qui nous menace et plus responsables quant à notre comportement personnel et social.

EUSTACE T. WALLACE

DE SEXE MASCULIN, 18 ANS, SAINT-KITTS-ET-NEVIS

VOIX DES JEUNES :

LA PREMIÈRE FOIS QUE J'AI ENTENDU PARLER DU SIDA

J'avais 19 ans quand j'ai appris que j'étais séropositive au VIH. À l'hôpital, après ce diagnostic de séropositivité, un médecin principal était pour la première fois de sa carrière confronté à la nécessité de dire à une jeune personne que sa vie, ses rêves, ses aspirations étaient finis, et — oui — que je ne devais plus jamais avoir de relations sexuelles.

Ce fut un choc terrible. J'avais entendu parler du SIDA auparavant. Il avait même été mentionné une fois en classe d'éducation sexuelle à l'école. Mais, pour moi, c'était la « maladie des autres ». Je savais ce qui était arrivé à Rock Hudson ; je savais que Freddy Mercury était mort du SIDA. J'avais un sentiment d'immunité. Lorsque j'ai eu des relations sexuelles pour la première fois, alors que j'étais adolescente, j'étais très préoccupée. Mais mon souci était de ne pas être enceinte, et non pas de ne pas être infectée par le VIH. On n'utilisait donc jamais de préservatif.

Je pensais que l'on pouvait dire si une personne était infectée ou non par le VIH uniquement en la regardant. Mon petit ami avait l'air très bien. Mais il était infecté, et nous ne le savions pas.

Rétrospectivement, je me dis que j'étais sotte. En outre, je n'étais pas vraiment prête à avoir des relations sexuelles. Je ne pouvais pas négocier, je ne savais pas comment demander qu'il mette un préservatif. Et j'étais tellement sûre que cela ne m'arriverait jamais, à moi.

Le « cocktail anti-SIDA », c'est plus d'une douzaine de comprimés que je prends chaque jour et qui me maintiennent en vie. Je me sens bien, j'ai l'air bien, j'ai une mission : au cours des sept dernières années, avec la volonté de sauver la vie des autres, je prends du temps sur mon travail pour visiter les écoles dans tout Israël. Je rencontre des jeunes qui sont exactement comme je me rappelle l'avoir été il n'y a pas si longtemps. Je me présente à eux comme une éducatrice en matière de SIDA, avec la force de mon histoire personnelle — une personne qui leur ressemble —, et je leur parle de ma propre expérience.

Appuyée par le projet de « Jérusalem AIDS », auquel je participe aussi en qualité de membre de l'administration, j'ai à ce jour contacté, par rencontre personnelle et dans le cadre de conférences, plus de 40 000 jeunes israéliens dans tout le pays : des Juifs, des Arabes, des Druzes. Le message que je leur adresse est très simple :

Je n'ai pas agi de façon vraiment responsable. J'ai joué à la « roulette russe ». Ne faites pas les mêmes erreurs que moi ! Utilisez votre cerveau, parlez-vous avant d'avoir des relations sexuelles, utilisez un préservatif. Ne prenez pas le « train du SIDA » : il n'a qu'une seule destination — la mort.

INBAL GUR ARIEH

DE SEXE FEMININ, 24 ANS, JERUSALEM (ISRAËL)

TITRE COURANT, PAGES PAIRES : *Ofelia T. Monzon*
TITRE COURANT, PAGES IMPAIRES : **Jonathan Mann**
TITRE COURANT, BAS DE PAGES : *Perspectives, vol. XXXIII, n° 2, juin 2002*

Langue originale : anglais

Ofelia T. Monzon (Philippines)

Titulaire d'une maîtrise du Collège de médecine de l'Université de Santo Tomas, Manille, elle a suivi une formation à l'Université Baylor et à l'UCLA School of Medecine, aux États-Unis d'Amérique. À l'origine de nombreuses activités sur le SIDA destinées aux travailleurs sexuels des Philippines, elle a créé le premier laboratoire de dépistage du SIDA. De 1988 à 1990 elle a dirigé l'exécution d'un programme d'action contre le SIDA dans trois agglomérations urbaines de Metro-Manila et a contribué à la conception d'une stratégie de dépistage du VIH. Elle a participé à la mise au point du premier plan à moyen terme sur le SIDA pour les Philippines. Actuellement présidente de l'AIDS Society des Philippines, elle est l'auteur ou le coauteur de plus d'une centaine de publications et de présentations d'affiches.

PROFILS D'ÉDUCATEURS

JONATHAN MANN

1947-1998

Ofelia T. Monzon

Écrire au sujet d'un être qui, au cours de sa brève existence, a marqué son domaine d'action par son génie peut se révéler un formidable défi.

Lorsque je l'ai rencontré pour la première fois, Jonathan Mann était un jeune médecin américain. Lors d'une réunion de donateurs organisée par l'OMS en 1986, il m'a dit qu'il venait tout juste de commencer à travailler à un nouveau poste créé par l'OMS pour conduire un programme sur le SIDA. Confronté à cette énorme responsabilité, il devait se contenter d'un seul assistant, le docteur Hiko Tamashiro. Ce dernier venait d'un pays où un seul cas de VIH/SIDA avait alors été signalé, tandis que la plupart des participants aux discussions étaient des représentants de pays appartenant à un continent où le SIDA posait déjà problème, à savoir l'Afrique.

Au cours d'un entretien privé avec Mann, dans le cadre de cette réunion, j'ai évoqué les difficultés que soulevait la prévention du SIDA dans un pays ayant de faibles ressources et dont la situation politique était alors instable. Au cours de cette démarche, on ne pouvait que se heurter à de multiples obstacles. Mann m'a conseillé de m'en ouvrir aux organes de décision des Philippines. À

l'époque, il m'avait impressionnée par la rigueur du discours à travers lequel il avait exposé ses préoccupations à l'assistance.

Jonathan Mann est entré à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986 après deux années d'un travail ardu en tant que fondateur et directeur du projet sur le SIDA, un projet de collaboration de recherche sur le SIDA, basé à Kinshasa, Zaïre, avec la participation des Centres pour le contrôle et la prévention de l'épidémie aux États-Unis, les instituts nationaux de la santé, l'Institut de la médecine tropicale (Anvers, Belgique) et le Ministère zaïrois de la santé. Ce fut également la rencontre avec Peter Piot, directeur actuel de l'ONUSIDA.

Avant de travailler au Zaïre, Mann était épidémiologiste et Assistant directeur du département de la santé au Nouveau Mexique. De 1975 à 1977, il a été responsable du Service d'information sur l'épidémie avec les Centres de contrôle de la maladie.

Jonathan Mann a dirigé le Programme global sur le SIDA à l'OMS jusqu'en 1990. Parmi les nombreuses initiatives novatrices de mobilisation d'appui et de ressources durant cette période, beaucoup se souviennent de la première réunion où plus de 100 ministres de la santé venant du monde entier se sont réunis à Londres pour discuter un thème unique : l'épidémie du SIDA.

À la suite de son départ de l'OMS à Genève, il est retourné aux États-Unis et a été nommé professeur d'épidémiologie et de la santé internationale à l'École de la santé publique de Harvard. En 1993, il a été premier professeur à la Chaire François-Xavier Bagnoud de la santé et des droits de l'Homme et directeur fondateur du Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'Homme à l'Université de Harvard.

Depuis le 1^{er} janvier 1998, et jusqu'à sa mort tragique et celle de son épouse en septembre de cette même année, Mann a été le Doyen de l'École de santé publique de l'Université de Allegheny des sciences de la santé à Philadelphie.

Mann est titulaire d'un B.A. (baccalauréat des arts) (*magna cum laude* en histoire) du Collège de Harvard, titulaire d'un M.D. (doctorat en médecine) de l'Université Washington de Saint-Louis (1974) et d'une M.H.P. (maîtrise en santé publique) de l'École de santé publique de Harvard (1980).

Il a été membre de l'Institut de médecine (Académie nationale des sciences) et de l'American College of Epidemiology. Il a été également Président de Médecins du monde, la filiale aux États-Unis de l'Organisation humanitaire médicale française, *Médecins du monde*. Mann a été directeur

de la Coalition globale des politiques sur le SIDA, une organisation indépendante orientée vers la recherche et la participation.

Je suis retournée aux Philippines, déterminée à inciter les autorités sanitaires à mettre en place des activités dans le domaine du SIDA. Au cours des quelques années qui ont suivi, j'ai encore entendu parler de Mann à travers les nombreux articles qui lui étaient consacrés. À de nombreuses reprises, le Programme mondial de l'OMS sur le SIDA a mis l'accent sur la nécessité d'agir par le biais de l'éducation et d'activités de sensibilisation de l'opinion publique, la situation étant par ailleurs illustrée par des statistiques qui révélaient une inquiétante augmentation du nombre de personnes touchées par le SIDA.

En 1988, Jonathan Mann est venu à Manille et m'a demandé de lui faire visiter les lieux. Je dirigeais alors un programme d'action en faveur des travailleurs sexuels à Manille et dans deux villes voisines. Nous intervenions dans un climat d'agitation politique et un coup d'État s'est d'ailleurs produit pendant ce programme biennal. La prostitution était illégale et le fait d'être en possession de préservatifs était considéré comme la preuve que l'on s'adonnait à cette activité. Dans la mesure où les travailleurs de terrain distribuaient des préservatifs et expliquaient comment il fallait les utiliser, il a fallu inviter la police urbaine à assister à une conférence sur la prévention du SIDA et sur la nécessité pour les travailleurs sur le terrain d'emporter avec eux des préservatifs. C'était une époque très intéressante.

Dans les bars et les clubs où je l'ai emmené, je me suis rendu compte du dévouement avec lequel Mann accomplissait sa mission. Il interviewait les travailleurs et travailleuses sexuels et s'efforçait de sonder avec sensibilité et perspicacité la situation de détresse dans laquelle ils se trouvaient. Certains des jeunes garçons étudiaient au collège et travaillaient pour payer leurs années de scolarité, tandis que la plupart des filles se prostituaient pour aider les membres de leur famille restés dans leur province d'origine à subvenir à leurs besoins. Ces travailleurs ne disaient pas à leur famille qu'elle était la nature de l'emploi qui leur permettait de se procurer l'argent nécessaire à leur survie.

Lors des conférences internationales sur le SIDA qui se sont succédé, je me suis retrouvée en présence de Jonathan Mann, attentive à la ferveur et au zèle grandissants avec lesquels il expliquait les obstacles à surmonter dans la lutte contre le SIDA. Il était conscient que le SIDA n'était pas qu'un simple problème de santé. Alors que la plupart des gens qui s'occupaient à l'époque de cette maladie avaient recours aux méthodes thérapeutiques et aux dispositifs de santé publique

traditionnels, Mann, lui, avertissait le monde entier que le combat contre le SIDA exigeait aussi d'affronter les problèmes sous-tendant le comportement humain. Peu à peu, les pays ont été sensibilisés à la nécessité pour les acteurs de la vie sociale de se rassembler afin de s'attaquer ensemble aux multiples problèmes complexes qui génèrent une vulnérabilité au VIH/SIDA.

Le temps passant, Mann a de plus en plus élevé la voix et mis en garde contre la rapidité avec laquelle la maladie se propageait, surtout dans les pays les moins armés pour y faire face. La pauvreté, l'inégalité entre les sexes, la marginalisation des personnes infectées et les violations des droits de l'homme, autant de questions sur lesquelles Mann n'a cessé de mettre l'accent, tout en demandant en permanence aux spécialistes de nombreuses disciplines de se joindre à ceux qui luttaient contre cette maladie.

Longtemps après son départ de l'OMS, il a continué à s'exprimer depuis l'École de santé publique de Harvard où il était venu enseigner et les médias ont continué de s'en faire l'écho. Son ouvrage en deux volumes *AIDS in the World* (Le SIDA dans le monde) (Mann, Tarantola, Netter, 1992 ; Mann, Tarantola, 1996) a servi de référence non seulement aux travailleurs locaux engagés dans des activités relatives au SIDA, mais à d'innombrables personnes de par le monde. La deuxième édition «offre des perspectives à partir desquelles individus, communautés, nations et organisations internationales pourront redéfinir l'action qu'ils souhaitent mener pour parer à la pandémie ».

Peut-on mesurer l'impact de cette personnalité dynamique sur le développement et les effets de la lutte contre le SIDA dans un pays ? Bien sûr que non. Au cours des premières années de mise en œuvre du Programme mondial sur le SIDA, seuls quelques malades ont été signalés aux Philippines. Simultanément ou presque, ce pays mettait au point son programme de lutte contre le SIDA. J'ai eu le privilège de participer à ces premiers travaux.

Au cours de ces années de lancement (1988-1990), le Programme mondial sur le SIDA a diffusé des communications relatives à la propagation de la maladie, à son impact sur des problèmes lourds de conséquences pour toutes les couches de la société, et sur la nécessité de faire de la solution de ces problèmes un des moyens de lutter contre l'épidémie. En 1987, l'OMS a également fourni un consultant pour mettre au point le premier Programme à moyen terme des Philippines. La plupart des pays de cette région, sinon tous, sont tributaires de l'information et des conseils que procure l'OMS en ce qui concerne les maladies ayant une importance pour la santé publique. Sous l'égide du Département de la santé, les premières activités de prévention par l'information et

l'éducation sur le SIDA ont été mises en œuvre. Au cours de cette période, Mann était un défenseur infatigable de cette cause. Les rapports qui provenaient de son bureau de l'OMS étaient transmis par les médias aux Philippines, comme partout dans le monde. L'opinion publique était dynamisée par les avertissements de Jonathan Mann.

Les Philippines mettent actuellement en œuvre leur troisième Plan à moyen terme de lutte contre le VIH/SIDA. Leur premier plan, qui a institué les axes fondamentaux de l'action préventive et de la lutte contre le virus, a été rédigé à l'époque où Mann invitait énergiquement, à travers ses messages, à la prudence et à l'action. Sous sa direction, le Programme mondial a joué un rôle très important en ce qu'il a fourni une information et des éléments permettant de conduire une action contre le SIDA au niveau national. Les organisations non gouvernementales qui travaillent actuellement aux Philippines dans le domaine du SIDA semblent avoir commencé à s'intéresser au problème et à agir au début des années 90.

À l'heure actuelle, les Philippines ont un faible taux de prévalence du VIH. Les méthodes passives et actives de surveillance utilisées depuis 1986 ont permis de relever qu'en novembre 2001 le nombre total de personnes infectées s'élevait à 1 589. Différentes activités préventives sont menées tant à l'échelon gouvernemental, à savoir, par le Conseil national philippin sur le SIDA, que par le biais de nombreuses organisations non gouvernementales. En principe, une éducation sur le SIDA doit être offerte dans les établissements scolaires à tous les niveaux, mais elle n'est pas partout dispensée comme il le faudrait. Depuis 1997, la Société sur le SIDA des Philippines s'efforce en permanence de s'assurer le concours des médias. Des programmes d'orientation et d'autres modes d'intervention sont mis en œuvre dans nombre de régions de ce pays qui compte 75 millions d'habitants. Le problème du SIDA a été étudié sous ses aspects juridiques et éthiques et les Philippines ont le mérite d'être le seul pays d'Asie qui se soit doté d'une « loi sur le SIDA » (Loi de la République numéro 8504, 1998). Des principes éthiques (Conseil national philippin sur le SIDA, 2000) ont été diffusés dans tout le pays et un contrôle de ces différentes initiatives a été institué. Des programmes de protection et d'assistance ont été lancés récemment.

L'influence de Mann sur l'action menée dans ce pays dans le domaine du SIDA, tant au niveau gouvernemental que non gouvernemental, ne saurait être minimisée. Mais il est difficile de déterminer dans quelle mesure elle est à l'origine du faible nombre de cas signalés de VIH/SIDA, d'autres facteurs ayant peut-être joué un rôle majeur : la participation active de différentes institutions, les différences culturelles, la mobilisation des responsables politiques, la circoncision et

l'absence de frontières communes avec d'autres pays sont en effet des causes disparates qui pourraient être invoquées. Je me contenterai de dire qu'à un stade crucial de l'élaboration du programme de lutte contre le SIDA de ce pays, l'on pouvait entendre la voix de Mann répéter inlassablement qu'il fallait adopter des mesures préventives.

Le Docteur Jonathan Mann et son épouse, le Docteur Mary-Lou Clements-Mann, étaient parmi les 229 passagers du vol Swissair 111 qui s'est écrasé près de la Côte de Nouvelle Écosse, à l'est du Canada, le 3 septembre 1998. Il n'y a eu aucun survivant. Ses trois fils vivent aux États-Unis.

Jonathan Mann n'a cessé d'œuvrer énergiquement et sans compter pour que nous conjuguions tous nos efforts dans la lutte contre le SIDA, jusqu'à ce qu'un accident d'avion lui impose à jamais le silence ; mais nous continuerons longtemps encore à suivre la voie qu'il a tracée.

Références

Consulter notamment : <http://www.hsph.harvard.edu/fixcenter/inmem.htm>

Mann, J. ; Tarantola D. ; Netter T. 1992. *AIDS in the World* [Le SIDA dans le monde]. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.

Mann, J. ; Tarantola, D. J. M. 1996. *AIDS in the World II* [Le SIDA dans le monde II]. Oxford, Royaume-Uni ; New York, NY, Oxford University Press.

Philippines. Loi de la République n° 8504, 1998. *The Philippine AIDS Prevention and Control Act of 1998* [Loi philippine de 1998 sur l'action préventive et la lutte contre le SIDA]. Manille.

Philippines. The Philippine National AIDS Council. The AIDS Society of the Philippines. 2000. *Ethical guidelines in AIDS investigations in the Philippines* [Principes éthiques relatifs aux études sur le SIDA aux Philippines]. Manille.