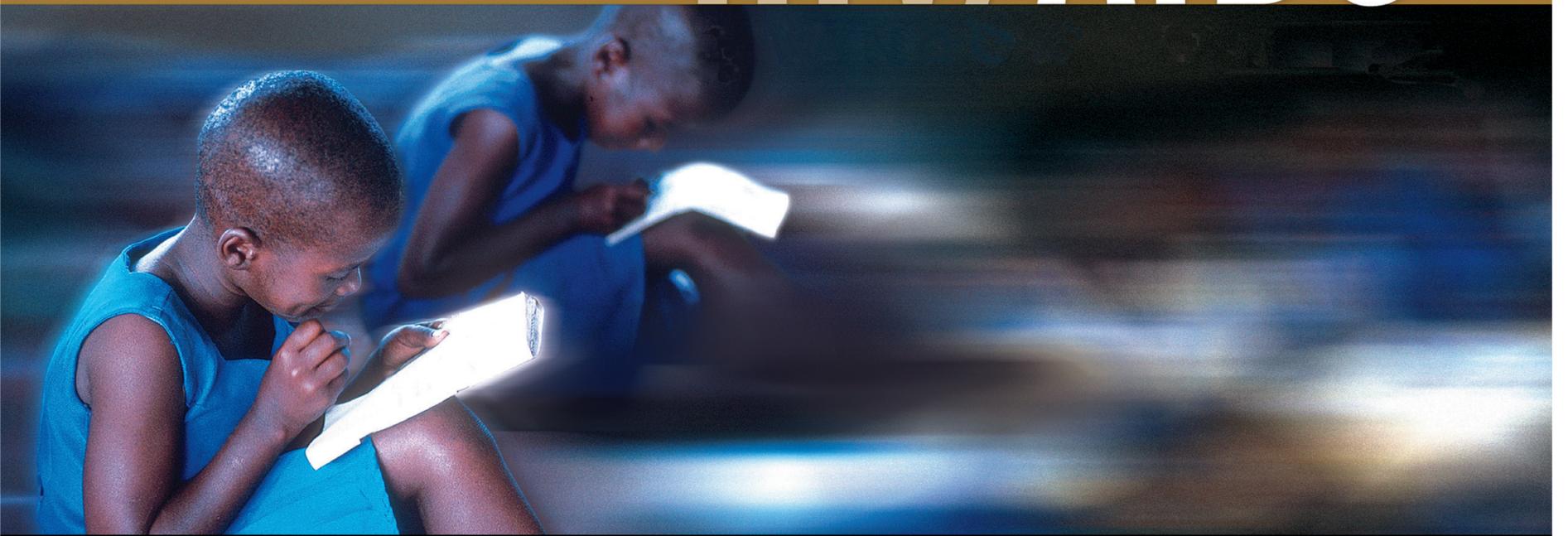
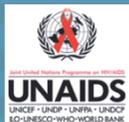


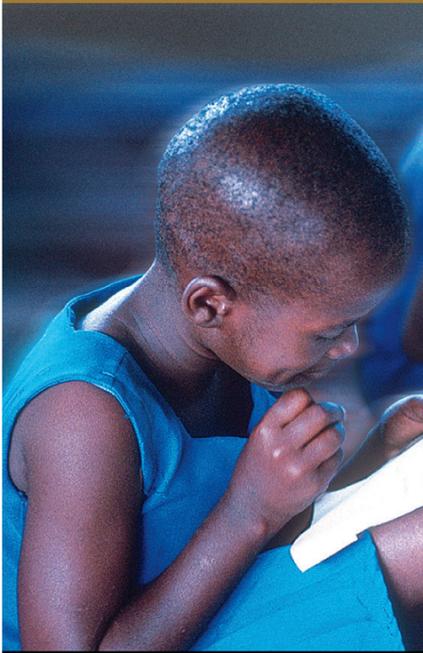
EDUCATION AND HIV/AIDS



Un Livre de Références sur
les Programmes de Prévention
du VIH/SIDA



**EDUCATION AND
HIV/AIDS**



**Programmes
de Prévention
du VIH/SIDA**



**L'Éducation et le VIH/SIDA :
Guide des programmes de
prévention du VIH/SIDA**

**(Education and HIV/AIDS :
A Sourcebook of HIV/AIDS
Prevention Programs)**

©2003

The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank (Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale)

1818 H Street, NW

Washington, DC 20433

Tous droits réservés.

Les résultats, les interprétations et les conclusions exprimés dans ce document sont ceux des auteurs et ne reflètent pas forcément les opinions des membres du Conseil de Directeurs exécutifs de la Banque mondiale, ni des gouvernements qu'ils représentent.

La Banque mondiale ne peut être tenue responsable de la précision des données qui sont présentées dans cet ouvrage.

La version électronique du *Guide* est disponible, en anglais, à <http://www.schoolsandhealth.org>

ou à <http://www.unesco.org/education/ibe/ichae>.

Des rapports en portugais et sur CD-Rom sont envisagés.

Pour obtenir des informations supplémentaires ou pour commander des exemplaires imprimés du *Guide* ou des CD-Rom, veuillez prendre contact avec la Banque mondiale.

Education Advisory Service (sur Internet)

<http://www.worldbank.org/education>

ou par courrier électronique

eservice@worldbank.org

ou par la poste

Education Advisory Service

The World Bank

1818 H Street, NW

Washington, DC 20433

USA

Table des matières

p.1 Partie 1 : À propos du *Guide*

p.7 Partie 2 : Résumés des programmes

- p.9 Afrique du Sud – loveLife : Promouvoir la santé sexuelle et les modes de vie sains pour les jeunes de l'Afrique du Sud
- p.10 Afrique du Sud – Soul *Buddyz* : Un projet d'éducation/divertissement multimédia pour les enfants de l'Afrique du Sud
- p.11 Mozambique – Action Aid : le programme « pierres de gué »
- p.12 Mozambique – L'UNFPA et Pathfinder International : *Geração Biz*, Cliniques de santé adaptées aux jeunes
- p.13 Ouganda – GOAL : Le projet Baaba
- p.14 Ouganda – La Fondation « Conversation Honnête » [Straight Talk Foundation]
- p.15 Sénégal – Le Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP) : Une expérience sur la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire
- p.17 Tanzanie – AMREF, LSHTM, et NIMR : Programme MEMA Kwa Vijana
- p.18 Tanzanie – Students Partnership Worldwide : Programme d'éducation à la santé en milieu scolaire (SHEP)
- p.19 Zambie – Projet d'éducation à la santé Copperbelt (CHEP) : le programme en milieu scolaire
- p.20 Zambie – La Planned Parenthood Association of Zambia (PPAZ), le Family Life Movement of Zambia (FLMZ), et la Swedish Association for Sexuality Education (RFSU) : Projet de Santé Reproductive des Adolescents de Kafue (KARHP), l'éducation par les pairs par le biais des Clubs d'Éducation à la Vie Familiale
- p.21 Zimbabwe – Africare : Projet de santé reproductive des adolescents; clubs AIDS Action en milieu scolaire
- p. 22 Zimbabwe – Midlands AIDS Service Organisation (MASO) : Projet d'initiative Youth Alive (« jeunesse vivante »)

p.24 Partie 3 : Les programmes

Afrique du Sud

- p.28 loveLife : Promouvoir la santé sexuelle et les modes de vie sains pour les jeunes de l'Afrique du Sud
- p.53 Soul *Buddyz* : Un projet d'éducation/divertissement multimédia pour les enfants de l'Afrique du Sud

Mozambique

- p.89 Action Aid: le programme « pierres de gué »
- p.113 L'UNFPA et Pathfinder International : *Geração Biz*, Cliniques de santé adaptées

aux jeunes

Ouganda

p.138 GOAL : Le projet Baaba

p.171 La Fondation « Conversation Honnête » [Straight Talk Foundation]

Sénégal

p.204 Le Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP) : Une expérience sur la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire

Tanzanie

p.243 AMREF, LSHTM, et NIMR : Programme MEMA Kwa Vijana

p.264 Students Partnership Worldwide : Programme d'éducation à la santé en milieu scolaire (SHEP)

Zambie

p.299 Projet d'éducation à la santé Copperbelt (CHEP) : le programme en milieu scolaire

p.334 La Planned Parenthood Association of Zambia (PPAZ), le Family Life Movement of Zambia (FLMZ), et la Swedish Association for Sexuality Education (RFSU) : Projet de Santé Reproductive des Adolescents de Kafue (KARHP), l'éducation par les pairs par le biais des Clubs d'Éducation à la Vie Familiale

Zimbabwe

p.369 Africare : Projet de santé reproductive des adolescents; clubs AIDS Action en milieu scolaire

p.399 Midlands AIDS Service Organisation (MASO) : Midlands AIDS Service Organisation (MASO) : Projet d'initiative Youth Alive (« jeunesse vivante »)

p.431 Partie 4 : Annexe. Leçons tirées des approches en milieu scolaire visant la réduction du risque associé au VIH/SIDA

Acronymes et Remerciements

ACRONYMES

ACCESS	Alliance for Children's Entitlement to Social Security
ACI	Africa Consultants International
AIC	Centre d'informations sur le SIDA (AIDS Information Centre)
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome (voir SIDA)
AIDSCAP	projet de contrôle et de prévention du SIDA (Control and Prevention Project)
AIDSCOM	Support technique sur le SIDA (AIDS Technical Support: Public Health Communication Component)
AMREF	African Medical and Research Foundation (Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique)
AMODEFA	Associação Mozambican para Defesa da Familia
ANC	Clinique prénatale (antenatal clinic)
ARV	Antirétroviral (antiretroviral)
ASRH	Adolescent sexual and reproductive health (voir SRA)
BBC	British Broadcasting Corporation
BP	British Petroleum
CAA	Community AIDS Abroad
CBD	Distributeur communautaire (community-based distributor)
CBO	Organisation communautaire (community-based organization)
CBoH	Central Board of Health
CEO	Chief executive officer (voir PDG)
CEFOREP	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction
CHEP	Copperbelt Health Education Project
CIDA/SAT	Southern African Training Program
CINDI	Children in Distress (projet)
COIN-Jeunes	Centre d'Orientation et d'Information des Jeunes (Youth Corner)
CPD	Condom promoters and distributors
CRDI	Centre de Recherche pour le Développement International
CRETf	Centre Régional d'Enseignement Technique Féminin
CTA	Conseiller technique en chef (chief technical adviser)
DAAC	District AIDS Action Committee
DAC	Development assistance committee
DANIDA	Danish International Development Agency
DEO	District Education Officer
DFID	Department for International Development (United Kingdom)

L'ÉDUCATION ET LE VIH/SIDA : GUIDE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

DHMT	District health management team
DoE	Department of Education
DoH	Department of Health
DPE	Disease prevention education
DSW	Fondation allemande pour la population mondiale (German Foundation for World Population)
EDF	Fond européen de développement (European Development Fund)
EFS	Économie familiale et sociale
EJAF	Elton John AIDS Foundation
EMP	Éducation en matière de population
EU	Union européenne (European Union) (voir UE)
EVF	Éducation à la vie familiale
EPS	Éducation pour la santé
FHT	Family Health Trust
FLE	Family life education
FLMZ	Family Life Movement of Zambia
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population (United Nations Population Fund)
FRESH	Focusing Resources on Effective School and Health
GEEP	Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population
GPA	Global Programme on AIDS
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agence allemande pour la coopération technique)
HALIRA	Health and Lifestyle Research
HIV	Human immunodeficiency virus (voir VIH)
HST	Health Systems Trust
IATT	Inter-Agency Task Team
IBE	International Bureau of Education
ICT	Information communication technology
IDRC	International Development Research Centre
IEC	Information, education, and communication
IIED	International Institute for Environment and Development
IIEP	International Institute for Educational Planning
INDE	Instituto Nacional de Desenvolvimento Educacional (Institut national du développement éducatif)
IPPF	International Planned Parenthood Foundation
IST	Infection sexuellement transmissible (voir STI)
IT	Information technology
KAB	Knowledge, attitudes, and behavior
KABP	Knowledge, attitudes, behavior, and practices
KAP	Knowledge, attitudes, and practice
KAPB	Knowledge, attitudes, practices, and beliefs
KARHP	Kafue Adolescent Reproductive Health Project
KASH	Knowledge, attitudes, skills, and habits
LEA	Leader-élève-animateur (animatrices)
LSE	Life skills education
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine (École d'hygiène et de

L'ÉDUCATION ET LE VIH/SIDA : GUIDE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

	médecine tropicale de Londres)
MASO	Midlands AIDS Service Organisation
MBOD	Medical Bureau for Occupational Diseases
MFD	Media for Development
MoE	Ministry of Education (Ministère de l'Éducation)
MoEC	Ministry of Education and Culture (Ministère de l'Éducation et de la Culture)
MoH	Ministry of Health (Ministère de la Santé)
MoYS	Ministry of Youth and Sport (Ministère de la Jeunesse et des Sports)
MPH	Master's Degree in Public Health (Maîtrise en santé publique)
MST	Maladie sexuellement transmissible (voir STD)
MTCT	Transmission mère-enfant (mother-to-child transmission)
MTN	Réseau téléphonique mobile (Mobile Telephone Network)
NACP	National AIDS Control Program
NAFCI	National Adolescent Friendly Clinic Initiative
NASHI	National Adolescent Sexual Health Initiative
NCRC	National Children's Rights Committee
NGO	Organisation non gouvernementale (nongovernmental organization) (voir ONG)
NIMR	National Institute for Medical Research (Institut national de la recherche médicale)
NORAD	Norwegian Agency for Development Cooperation
NPA	National Plan of Action
NSHP	National School Health Program
ONG	Organisation non gouvernementale (voir NGO)
ONUSIDA	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
P.-D.G.	Président-directeur général
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé (Integrated Health Development Program)
PDRH	Projet de Développement des Ressources Humaines
PEEP	Parent Elder Education Program
PHC	Soins de santé primaires (primary health care)
PNLS	Programme Nationale de Lutte contre le SIDA (National Program for the Fight Against AIDS)
PNPF	National Family Planning Programme (Programme national de planning familial)
PPASA	Planned Parenthood Association of South Africa
PPAZ	Planned Parenthood Association of Zambia
PPP	Pair, parent et fournisseur (peer, parent, and provider)
PRT	Professeurs-relais-technique
PSG	Project support group
PSI/CMS	Population Services International
PTA	Parent-Teacher Association (Association parents-enseignants)
PTC	Prevention Training Centres
PWA	Personnes vivant avec le SIDA (persons living with AIDS)
RFSU	Swedish Association for Sexuality Education
RHRU	Reproductive Health Research Unit

SABC	South Africa Broadcasting Corporation
SAFAIDS	Southern Africa AIDS Information Dissemination Service
SANASO	Southern Africa AIDS Network
SCF	Save the Children Fund
SCI	Sara Communication Initiative
SDC	Swiss Agency for Development and Cooperation
SHEP	School Health Education Program
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis (voir AIDS)
SIDA	Swedish International Development Authority
SPW	Students Partnership Worldwide
SRA	Santé de la Reproduction des Adolescents (voir ASRH)
SRH	Santé sexuelle et reproductive (sexual and reproductive health) (voir SSR)
SSP	Soins de santé primaires
SSR	Santé sexuelle et reproductive (voir SRH)
STD	Maladie sexuellement transmise (sexually transmitted disease) (voir MST)
STF	Straight Talk Foundation
STI	Infection sexuellement transmissible (sexually transmitted infection) (voir IST)
SVT	Sciences de la Vie et de la Terre
SYFA	Safeguard Youth from AIDS
TA	Conseiller technique (technical adviser)
TAMWA	The Tanzania Media Women's Association
TANESA	Tanzania Netherlands Support for AIDS
TASO	The AIDS Support Organisation
TOP	Formateur des pairs (trainer of peers)
TOT	Formateurs de formateurs (trainers of trainers)
TSh	Tanzanian shilling(s)
UE	Union européenne (voir EU)
UMATI	National Family Planning Association
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture)
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women
USAID	United States Agency for International Development (Agence Internationale de Développement des Etats Unis)
US	Shilling ougandais
VCT	Conseils et tests volontaires (voluntary counseling and testing)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine (voir HIV)
WHO	World Health Organization
YCDP	Youth community development group
YDC	Youth Development Centre (centre de développement de la jeunesse)
YFHS	Service de santé adapté aux jeunes/« amis des jeunes » (youth-friendly)

L'ÉDUCATION ET LE VIH/SIDA : GUIDE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

	health service)
YFM	FM de la jeunesse (Youth FM)
YWCA	Young Women's Christian Association
ZD	Dollar du Zimbabwe
ZECAB	Zambia Educational Capacity Building Program
ZIHP	Zambia Integrated Health Program

REMERCIEMENTS

Ce document a été préparé par les membres de l'équipe didactique de la Banque mondiale, sous la direction d'Alexandria Valerio et de Don Bundy, avec le soutien technique de Helen Baños Smith, Katie Tripp et Lesley Drake (Partnership for Child Development, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College, United Kingdom) et Seung-Hee Lee (Banque mondiale). Nous sommes reconnaissants de la direction et du soutien offerts par Birger Fredriksen, Ruth Kagia, Debrework Zewdie, Oey Meesook, Keith Hansen et Dzingai Mutumbuka (Banque mondiale). La publication du *Guide* a été soutenue par Ireland Aid.

Nous sommes reconnaissants envers El Hadji Habib Camara, Glynis Clacherty, David Kaweesa, Esther Kazilimani-Pale, Adeline Kimambo, Anne Salmi et Evelyn Serima d'avoir recueilli des données et d'avoir rédigé les ébauches des rapports sur les programmes. Nous remercions également Carolien Albers, Nicola Brennan, Ebrahim Jassat, Kevin Kelly, Michael Kelly, Dr. Kiwara, Nicole McHugh, Pronch Murray, Warren Naamara, Justin Nguma et Malick Semebene, qui ont offert leurs expertises et conseils dans les pays participants.

Bien d'autres personnes ont contribué aux discussions sur les sujets présentés dans cet ouvrage et elles ont contribué également à la correction : David Clarke (Department for International Development, Royaume-Uni), Delia Barcelona (UNFPA), Amaya Gillespie (UNICEF), Michael Kelly (University of Zambia), Brad Strickland (United States Agency for International Development), Jack Jones (World Health Organization), Inon Schenker (UNESCO), Carol Coombe (University of Pretoria, Afrique du Sud) et, de la Banque mondiale, Sheila Dutta, Hope Phillips, Elizabeth Lule et Mercy Tembon.

Nous sommes reconnaissants des contributions de nos agences partenaires. Un merci particulier s'adresse à Christine Abbo (Straight Talk Foundation), Terry Allsop (Department for International Development, Royaume-Uni), Rita Badiani (Pathfinder International, Mozambique), Tara Bukow (UNESCO International Institute for Education Planning), Kevin Byrne (Save the Children, Afrique du Sud), Isabel Byron (UNESCO International Bureau of Education), Jim Cogan (Students Partnership Worldwide, Royaume-Uni), Mary Crewe (University of Pretoria, Afrique du Sud), Amy Cunningham (United States Agency for International Development), Babacar Fall (GEEP, Sénégal), Craig Ferla (Students Partnership Worldwide, Tanzanie), Laura Ferguson (AMREF, Royaume-Uni), Alexander Heroys (AMREF, Royaume-Uni), Anna-Marie Hoffman (UNESCO), Aida Girma (UNAIDS, Mozambique), Sue Goldstein (Soul City, Afrique du Sud), Simon Gregson (Imperial College, Royaume-Uni), Liz Higgins (Ireland Aid), Clement Jumbe (Ministry of Education, Sport and Culture, Zimbabwe), Virgilio Juvane (Ministry of Education, Mozambique), Gloria Kodzwa (UNICEF, Mozambique), Irene Malambo (Ministry of Education, Zambie), Peter Masika (Youth Aware, Tanzanie), Kirsten Mitchell (GOAL, Ouganda), Alick Nyirenda (CHEP, Zambie), Vera Pieroth (AMREF, Tanzanie), Faye Richardson et David Ross (London School of

Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), Berit Rylander (Swedish International Development Authority), Alfredo Santos (Action Aid, Mozambique), Bobby Soobrayan (Ministry of Education, Afrique du Sud), Angela Stewart-Buchanan (loveLife, Afrique du Sud), Kenau Swaru (Ministry of Health, Afrique du Sud), George Tembo (UNAIDS, Zimbabwe), Miriam Temin (Department for International Development, Royaume-Uni), Alan Whiteside (University of Natal, Afrique du Sud), John Williamson (United States Agency for International Development) et, de la Banque mondiale, Jaap Bregman, Donald Hamilton, Cathal Higgins, Wacuka Ikua, Bruce Jones, Noel Kulemeka, Rest Lasway, Emmanuel Malangalila, Mmamtsetsa Marope, Paud Murphy, Khama Rogo et Clement Siamatowe.

Première Partie : **À propos du *Guide***

À propos du *Guide*

Les secteurs de l'éducation des pays touchés par le VIH/SIDA jouent un rôle de plus en plus important dans la lutte contre cette pandémie. Il s'agit, en partie, d'une réponse à l'effet dramatique du VIH/SIDA sur les secteurs de l'éducation ; cet effet touche à l'offre, à la demande et à la qualité de l'éducation, ce qui constitue une grande menace à la réussite de l'Éducation pour tous (Education for All) et des Objectifs de développement du millénaire (Millennium Development Goals).

Mais le rôle croissant des secteurs de l'éducation amène à reconnaître qu'une bonne formation est un des moyens les plus efficaces d'aider les jeunes à éviter le VIH/SIDA. Les enfants d'âge scolaire ont la prévalence la moins élevée d'infection et, même dans les pays les plus touchés, la grande majorité des élèves ne sont pas atteint(e)s de l'infection. Pour ces jeunes, il y a une « fenêtre d'espoir » (window of hope) – une possibilité de vivre leur vie sans SIDA, s'ils arrivent à acquérir les connaissances, les compétences et les valeurs qui les aideront à se protéger pendant qu'ils passent à l'âge adulte. L'acte de fournir aux jeunes le « vaccin social » qui leur est offert par l'éducation leur donne une vraie possibilité de profiter pleinement de la vie (*Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*, World Bank, 2002).

Ce *Guide* vise à soutenir les efforts des pays impliqués de renforcer le rôle du secteur de l'éducation dans la prévention du VIH/SIDA. Il a été développé pour répondre aux nombreuses demandes de créer un forum dont le but serait d'aider les pays à partager leurs expériences pratiques en ce qui concerne la planification et l'exécution des programmes qui sont destinés aux enfants d'âge scolaire. Ce *Guide* cherche à remplir ce rôle en fournissant des résumés concis des programmes, tout en utilisant une présentation standardisée qui souligne les éléments principaux des programmes, et qui rend plus facile la comparaison des programmes.

Pour bien des pays, le VIH/SIDA est un nouveau défi vis-à-vis du secteur de l'éducation. Par conséquent, très peu de programmes sont en place depuis assez longtemps pour mener une évaluation formelle. Au lieu de reporter l'accès aux

renseignements sur un programme jusqu'à la confirmation de son succès, le *Guide* emploie deux approches afin d'assurer la qualité des programmes. En premier lieu, les programmes ont été choisis par des experts nationaux, car ils s'avéraient prometteurs là où ils avaient été mis en œuvre. Deuxièmement, tous les programmes ont été évalués par rapport aux indicateurs que l'Équipe spéciale inter agences (Inter-Agency Task Team) du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) considère comme judicieux en ce qui concerne la programmation. Cela offre un cadre pour l'exploration des points forts et des faiblesses de la conception du programme, en attendant une évaluation plus décisive.

Le *Guide* a été développé rapidement afin de remplir une importante lacune informationnelle en ce qui concerne la création de programmes dans le secteur de l'éducation. C'est un travail en cours, et le contenu sera développé et peaufiné au fur et à mesure.

Objectifs du *Guide*

Le *Guide* vise à documenter, sous un format facile à utiliser, de divers programmes qui s'avèrent prometteurs pour les enfants d'âge scolaire. La base de données du *Guide* sera mise à jour périodiquement, pour offrir un aperçu des sortes de programmes qui sont en cours, et pour déterminer l'efficacité de ces programmes.

Le *Guide* offrira l'occasion de partager les idées sur la recontextualisation des programmes, afin de les adapter à des circonstances locales variées ; les lecteurs et lectrices pourront mettre en pratique ce qu'ils auront appris en lisant les rapports.

Public cible

Le *Guide* est conçu pour tout individu qui cherche à lancer ou à améliorer un programme de prévention du VIH/SIDA qui cible les enfants d'âge scolaire. En partageant les expériences pratiques sur les programmes de prévention du VIH/SIDA qui sont disponibles, le *Guide* servira de base pour les décisions que prendront les responsables dans le domaine de l'éducation, les planificateurs, les directeurs, et les spécialistes du gouvernement et de la société civile.

Le Format du *Guide*

Tous les programmes sont résumés dans la deuxième partie du *Guide* ; cela permet au lecteur ou à la lectrice qui cherche des conseils sur la conception d'un programme de parcourir les options pour identifier celles qui mériteraient une étude plus profonde. Les rapports intégraux sur tous les pays sont présentés dans la troisième partie. Chaque rapport de programme suit le même format, pour que le lecteur ou la lectrice puisse trouver plus facilement les aspects du programme qui suscitent un intérêt particulier. La structure uniforme du *Guide* permet de faire la comparaison des programmes plus facilement.

Chaque rapport de programme contient quatre parties principales:

Partie A : Description du programme

Cette partie donne une vue d'ensemble du programme. Elle décrit la raison d'être, les buts et les objectifs, le public cible, les composantes, et les approches principales.

Partie B : Mise en œuvre du programme

Cette partie décrit le processus dès l'évaluation initiale des besoins jusqu'au développement des matériels pédagogiques et de la formation, se terminant par une description des détails pratiques de la mise en œuvre. L'évaluation du coût unitaire est approximative, car le nombre de bénéficiaires est souvent difficile à déterminer avec certitude, et parce que les coûts des programmes nouvellement mis en œuvre peuvent être artificiellement élevés.

Partie C : Évaluation et leçons tirées

Cette partie commence par les commentaires de ceux et celles qui ont exécuté les programmes. Elle traite des défis et des leçons apprises, qui sont suivis en certains cas d'une description de l'évaluation formelle du programme. La partie finale est une exploration du degré auquel le programme est conforme aux indicateurs qui, selon les expertises, contribuent à la création d'un programme efficace. Ces indicateurs ont été adaptés par l'UNAIDS IATT à l'aide d'une analyse qui a été faite par l'UNICEF intitulée, « Lessons Learned About School Based Approaches to Reducing HIV/AIDS Related Risk » (voir Annexe 1).

Partie D : Informations supplémentaires

Cette partie offre des détails à propos des organisations qui sont associées au programme, avec leurs coordonnées. Elle comprend une liste des publications qui sont disponibles au lecteur/à la lectrice, avec un numéro de commande pour chaque publication.

Pays	Programme	Genre de programme
Afrique du Sud	loveLife	Campagne de mass media
	Soul Buddyz	Émission de télévision, campagne de mass media
Mozambique	Action Aid	Approche communautaire progressive qui utilise les « Stepping Stones » (« pierres de gué »)
	UNFPA/Pathfinder International	Assistance et évaluation bénévoles, éducation par les pairs
Sénégal	Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population	Éducation par les pairs aux niveaux universitaire et secondaire
Tanzanie	Mema kwa Vijana	Éducation par les pairs au niveau primaire
	Student Partnership Worldwide	Éducation par les pairs au niveau secondaire
Ouganda	GOAL: Baaba Project	Programme d'« outreach » (recherche de ceux et celles qui profiteraient de l'aide) ciblant les enfants de la rue

	Straight Talk	Bulletins, émission de radio
Zambie	Copperbelt Health Education Program	Clubs scolaires, communauté, changement du comportement par des activités divertissantes
	Kafue Adolescent Reproductive Health	Clubs scolaires, cliniques de santé, éducation par les pairs
Zimbabwe	Africare	Clubs scolaires au niveau secondaire, collecte de fonds, éducation par les pairs
	Midlands AIDS Service Organisation	Clubs scolaires au niveau secondaire, conseils, éducation par les pairs

Développement du *Guide*

Les mesures suivantes ont été prises dans chacun des pays pour développer le *Guide* :

- Le concept du *Guide* a été présenté au gouvernement, à la société civile, aux donateurs, et aux autres intéressés.
- Un point central a été identifié afin de coordonner les expertises et pour identifier les programmes qui méritent d'être inclus dans le *Guide*.
- Les programmes en considération ont été inspectés sur place, et un ou deux des programmes ont été sélectionnés pour chaque pays, dans le but de présenter de diverses approches, activités et groupes cibles.
- Par moyen d'un questionnaire standardisé, un consultant a conduit des entrevues avec les directeurs/trices, les exécuteurs/trices et les groupes cibles du programme pour préparer une ébauche du rapport.
- Une étude de la recherche qui était disponible, y compris de la littérature « grise », a été conduite et utilisée pour enrichir le contenu de l'ébauche du rapport.
- L'ébauche a été éditée, mise sous format standardisé et envoyée au directeur, ou à la directrice, du programme pour profiter de ses commentaires ; la version finale du rapport a été rajoutée au *Guide*.

Disponibilité du *Guide*

Le *Guide* est disponible sous forme électronique à www.schoolsandhealth.org ou à <http://www.unesco.org/education/ibe/ichae>.

Il est prévu de créer des rapports officiels du *Guide* en portugais et sur CD-Rom.

Pour des informations complémentaires ou pour commander un exemplaire du *Guide*, soit une version imprimée, soit une version sur Cd-Rom, veuillez prendre contact avec le World Bank Education Advisory Service à <http://www.worldbank.org/education>.

Par courrier électronique:
eservice@worldbank.org

Par la poste:
 Education Advisory Service

L'ÉDUCATION ET LE VIH/SIDA : GUIDE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

The World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
USA

Deuxième Partie : Résumés des programmes

Afrique du Sud

loveLife : Promouvoir la santé sexuelle et des modes de vie sains pour les jeunes de l'Afrique du Sud

Lancé en septembre 1999, loveLife est aujourd'hui l'un des programmes les plus importants et ambitieux du monde dans le domaine de la prévention du VIH. Le programme vise à réduire par au moins 50 % le taux de VIH chez les jeunes âgés de 15 à 20 ans, au cours des prochaines cinq années. C'est un programme complet et d'envergure nationale qui se sert des médias pour cibler les adolescent(e)s âgés de 12 à 17 ans. Il est centré sur la réduction des conséquences négatives de l'activité sexuelle précoce et adolescente par le biais du développement de la santé sexuelle et des modes de vie sains chez les jeunes.

Le programme loveLife est caractérisé par les principes essentiels suivants :

- L'enseignement doit traiter les problèmes associés au comportement sexuel dans son contexte général.
- L'utilisation du préservatif doit devenir un élément normal de la culture des jeunes.
- L'éducation et la prévention doivent être soutenues au cours de plusieurs années, et ce à un niveau assez élevé pour retenir l'attention du public.

loveLife se compose de trois composantes principales :

1. une campagne médiatique qui se sert de la publicité télévisée, radiodiffusée et imprimée ;
2. une réponse sociale qui comprend l'établissement des centres de jeunesse et des cliniques qui sont accessibles aux jeunes ; et
3. une composante de recherche qui contribue au développement du programme et qui est chargé de l'évaluation et la surveillance.

Toutes les activités soulignent que les jeunes sont capables de faire les choix nécessaires pour avoir un mode de vie sain. De plus, les valeurs de la responsabilité partagée et de la sexualité positive sont promulguées. Les objectifs de « retarder, réduire et protéger » sont intégrés dans les médias et dans les autres activités.

Les évaluations qui ont été conduites au cours des premières années de la mise en œuvre du programme démontrent que loveLife a réussi à sensibiliser les jeunes de l'Afrique du Sud à la santé sexuelle et reproductive. Les jeunes sont plus conscients des risques courus lors des rapports sexuels non protégés, et ils déclarent avoir retardé ou bien s'être abstenus des rapports sexuels.

Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, ce programme a été jugé d'en avoir atteint 14 en entier et 1 en partie ; l'un des indicateurs n'était pas applicable.

Afrique du Sud

***Soul Buddyz* : Un projet d'éducation/divertissement multimédia pour les enfants de l'Afrique du Sud**

L'Afrique du Sud est touchée par l'une des épidémies les plus importantes du monde ; 4,7 millions de personnes sont atteintes du VIH. C'est la cause la plus importante du décès dans l'Afrique du Sud et c'est la priorité de la santé publique nationale.

Soul Buddyz est un véhicule médiatique, éducatif et divertissant pour les enfants sud-africains âgés de 8 à 12 ans, et c'est calqué sur *Soul City*, un véhicule adulte qui a réussi. Il s'adresse aux enfants en leur diffusant des messages importants sur le SIDA, sur la sexualité chez les jeunes et sur la problématique hommes-femmes.

La série *Soul Buddyz* a été développée par un processus interactif qui faisait participer les enfants. Il consiste en une série dramatique télévisée en 26 épisodes ; un magazine radiodiffusé en trois langues locales, également en 26 épisodes ; et un livre sur les aptitudes à la vie quotidienne, distribué à un million d'enfants âgés de 12 ans. La série s'accompagne d'une campagne de plaidoyer s'adressant aux responsables politiques et augmentant la capacité des ONG d'agir pour promouvoir les droits des enfants.

L'évaluation de la série montre que 67 % des enfants sud-africains ont eu accès à *Soul Buddyz*. Ces enfants avaient une connaissance accrue, démontraient de meilleurs comportements et discutaient des problèmes plus que ceux et celles qui n'avaient pas eu accès au matériel pédagogique. De plus, le matériel pédagogique a amélioré la compréhension manifestée par les parents, ainsi que leur volonté de parler avec leurs enfants des problèmes épineux tels que les rapports intimes, le SIDA et les questions liées aux spécificités sexuelles.

Le coût du programme monte à approximativement 0,38 \$US par enfant. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 14 en entier et 2 en partie.

Mozambique

Action Aid : le programme « pierres de gué »

Action Aid se sert de la méthodologie « Stepping Stones » (« Pierres de gué ») afin de viser les communautés qui courent le risque d'être infectées par le VIH/SIDA. Cette méthodologie est utile pour fournir aux communautés les connaissances et les informations nécessaires pour répondre à leurs propres besoins. C'est fondé sur les principes suivants :

- Les meilleures solutions sont celles qui sont développées par les individus eux-mêmes.
- Les hommes et les femmes ont tous besoin d'un endroit où ils peuvent se réunir avec leurs pairs pour explorer leurs propres besoins et préoccupations en ce qui concerne la santé sexuelle et les relations personnelles.
- Le changement de comportement est plus efficace et soutenu si la communauté entière y participe.

L'objectif global du programme est donc d'aider les individus, leurs pairs et la communauté entière à modifier leur comportement aux niveaux personnel et collectif.

Dans la province de Maputo, les membres de la communauté qui ont choisi de participer au programme se réunissent une fois par semaine pour les ateliers « Stepping Stones ». Ils sont répartis en quatre groupes : les jeunes femmes, les femmes plus âgées, les jeunes hommes et les hommes plus âgés. Les animateurs de groupe se servent du *Stepping Stones Manual* (Manuel Stepping Stones) comme point de départ pour discuter des sujets auxquels s'intéressent les membres de la communauté : les problèmes de culture et de relations entre les deux sexes, les relations personnelles et le VIH/SIDA. Par le théâtre, le chant, la danse, et par d'autres activités participatives, l'attention de la communauté est attirée aux problèmes. Ces problèmes sont identifiés, et les membres du groupe trouvent des solutions réalistes, qui sont ensuite partagées avec les autres groupes. À la fin de l'atelier, les individus donnent leur parole à la communauté d'exécuter les modifications qu'ils viennent d'identifier.

Si l'on prend en considération l'effet secondaire du programme, approximativement 500 000 personnes en ont bénéficié. Le coût estimé du programme s'élève à 0,30 \$ US par individu par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 10 en entier et 4 en partie.

Mozambique

L'UNFPA et Pathfinder International : *Geração Biz*, Cliniques de santé adaptées aux jeunes

Geração Biz est un service de santé qui est adapté aux jeunes (« youth-friendly » Health Service [YFHS]). Il s'agit d'une composante d'un programme intégré de l'UNFPA (le Fonds des Nations Unies pour la population), de Pathfinder International et du gouvernement. Ce programme comprend des interventions aux niveaux scolaire et communautaire. Le but global du programme est de sensibiliser les jeunes âgés de 15 à 24 ans—ceux et celles qui sont scolarisés et ceux et celles qui ont quitté l'école—aux problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive. Le programme vise également à encourager l'adoption des comportements sexuels et reproductifs sans risque, sensibles aux relations entre les sexes et qui manifestent une reconnaissance de la responsabilité personnelle. Ce rapport traite de *Geração Biz*, la composante clinique du programme, qui a été lancée en 1999 à Maputo, la capitale du Mozambique.

Le but global de *Geração Biz* est d'améliorer l'accès qu'ont les adolescent(e)s aux services de santé sexuels et reproductifs, grâce au développement de services cliniques et d'assistance qui sont adaptés aux jeunes. Les jeunes reçoivent des conseils sur les maladies sexuellement transmissibles (MST), la contraception, l'utilisation du préservatif et les relations personnelles. Les infirmières et les médecins reçoivent une formation qui les aide à conseiller les jeunes de manière plus accueillante. Les éducateurs pairs se rendent aux cliniques pour parler aux jeunes de l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque ; ils leur donnent également des informations sur le VIH/SIDA.

Dans la ville de Maputo, il y a six cliniques de santé « youth-friendly » (YFHS, « amis des jeunes »), dont la plus grande se trouve à l'hôpital central. Les YFHS sont gérés par une conseillère technique de l'UNFPA-Pathfinder qui travaille en collaboration avec son homologue du Ministère de la Santé et avec les coordonnateurs cliniques des centres de santé.

En 2001, le programme a été évalué ; par conséquent, il a été agrandi en 2002 pour couvrir les provinces de Maputo, de Gaza et de Tete.

Pendant la première année du programme, 1 173 jeunes ont utilisé ses services. En 2002, plus de 11 000 jeunes les ont utilisés. Plus de 91 550 préservatifs ont été distribués. Le coût estimé par personne aidée s'élève à 80,76 \$US. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 12 en entier et 3 en partie ; l'un des indicateurs n'était pas applicable.

Ouganda

GOAL : Le projet Baaba

Le projet Baaba vise à encourager la santé sexuelle et reproductive des enfants de la rue en fournissant aux ONG qui travaillent avec ces jeunes la formation, les ressources et le soutien technique et financier qui leur sont nécessaires.

Établi en janvier 2001, ce projet développe des associations avec les ONG pour satisfaire aux besoins immédiats et à long terme des enfants de la rue. Le projet Baaba utilise une approche impartiale, fondée sur les habiletés fondamentales pour aborder la prévention du VIH/SIDA et d'autres problèmes auxquels les jeunes font face en devenant adultes, tels que les relations sexuelles, la toxicomanie et le viol.

En luganda, la langue régionale, *baaba* est le mot qui désigne un frère ou une sœur aîné(e) et respecté(e). Les baabas sont des éducateurs pairs qui instruisent les enfants de la rue sur le VIH/SIDA. Le projet Baaba cherche à autonomiser les jeunes de la rue, et les autres jeunes défavorisés, en leur donnant la confiance, les connaissances et les compétences nécessaires pour arrêter la propagation du VIH. Cette tâche s'accomplit avec la collaboration des ONG qui sont déjà en place pour rendre service aux enfants et jeunes de la rue dans les villes de Kampala, Jinja, Malaba, Masaka et Mbale. Le projet travaille à présent en collaboration avec 12 ONG.

Les activités du projet incluent l'éducation par les pairs, l'« outreach » (la recherche d'individus qui ont besoin de soutien), l'appui du personnel des ONG, l'amélioration de l'accès aux cliniques de santé sexuelle et reproductive et le plaidoyer dans la communauté.

Le coût total du projet s'élève à 92 703 \$US par an, soit 18,50 \$US par enfant par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA (UNAIDS), le programme a été jugé d'en avoir atteint 13 en entier et 1 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

Ouganda

La Fondation « Conversation Honnête » [Straight Talk Foundation]

La Straight Talk Foundation se sert d'une campagne mixte composée de médias imprimés et d'« outreach » (offre de l'assistance et du soutien à ceux et celles qui en bénéficieraient) qui a débuté en 1993 par le lancement du journal *Straight Talk*. Le but global du programme est de faire accroître, chez les adolescents et les adultes, la compréhension de la sexualité et la santé reproductive des adolescents. Il vise également à encourager le sexe à moindre risque et le développement des habiletés fondamentales, ainsi qu'à sensibiliser les gens aux droits des enfants et des adolescents.

À l'aide du journal *Young Talk*, le programme cible les enfants de 10 à 14 ans ; il cible ceux et celles de 15 à 19 ans par le journal *Straight Talk*. Les deux journaux sont livrés aux écoles et ils paraissent aussi sous forme d'encart dans l'exemplaire du dimanche d'un journal national. *Young Talk* et *Straight Talk* sont publiés mensuellement, traitant des sujets qui sont proposés par les lecteurs eux-mêmes. Ils fournissent des informations et conseils qui sont justes et francs sur des sujets liés à la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents. *Straight Talk* encourage les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) et les enseignants à établir des clubs Straight Talk dans les écoles pour faire avancer davantage les messages qui apparaissent dans les journaux. Il existe également une émission radiodiffusée s'adressant aux jeunes de 15 à 24 ans. Cette émission suit les thèmes des journaux, et elle est diffusée une fois par semaine en anglais et dans les langues locales.

La Straight Talk Foundation conduit des visites scolaires à l'aide d'une équipe constituée d'experts en santé et de conseillers, pour aider les enseignants et les élèves à élaborer un plan qui assurera la santé des adolescents. Ils conduisent des ateliers de sensibilisation pour les enseignants et les parents d'école primaire afin de les sensibiliser aux besoins et services liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents ; ils encouragent les adultes à parler avec les jeunes de leurs problèmes.

Une évaluation du programme a révélé que la plupart des adolescents ont accès aux journaux et qu'ils les lisent ; ils écoutent aussi les émissions de radio. Cela sensibilise les jeunes aux problèmes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Le programme Straight Talk a répondu directement aux besoins d'information chez les adolescents, et le gouvernement est de plus en plus reconnaissant de son effort.

Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 14 en entier ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

Sénégal

Le Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP) : Une expérience sur la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire

Le Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP) est un organisme pluridisciplinaire et non gouvernemental à but non lucratif, créé en mai 1989. La stratégie adoptée à cet effet reposait initialement sur deux leviers baptisés respectivement « Didactique de la population » et « Clubs EVF » mis en place pour porter les problèmes de population notamment la Santé de la reproduction des adolescents et adolescentes (SRA), la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), et la compréhension du VIH/SIDA précisément en classe, (au cœur de l'activité pédagogique), et les prolonger dans le cadre des activités socio-éducatives et extrascolaires.

En novembre 1994, le GEEP a initié un programme dénommé « Promotion de l'Éducation à la Vie Familiale » dans les établissements d'enseignement moyen et secondaire du Sénégal qui cible principalement les élèves de 12 à 19 ans et les professeurs. Tout en fournissant la documentation et l'équipement (technologie audiovisuelle et informatique), le programme vise à encourager le comportement sexuel responsable à travers des activités de formation, d'éducation par les pairs et de mobilisation sociale.

Par la suite, pour répondre à une demande d'information non satisfaite par les activités de sensibilisation de masse, des Centres d'Information et d'Orientation des jeunes (COIN-Jeunes – des espèces de bureaux-conseils sur les questions relatives à la Santé de la reproduction, aux IST et au VIH-SIDA) ont été créés dans certains établissements et à l'Université Cheikh Anta DIOP.

Dans cette entreprise, le GEEP a bénéficié de l'appui institutionnel, technique, et financier de partenaires permanents ou occasionnels constitués par des institutions gouvernementales (Ministère de l'Éducation, de la Santé, et de la Prévention, de l'Économie et des Finances) ; des Agences Gouvernementales étrangères (USAID, CRDI) ; des Agences des Nations-Unies (FNUAP, UNESCO, UNIFEM) ; et des Organisations Non Gouvernementales (Population Council, Rainbo, Club 2/3 Canada, Schools online).

Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 12 en entier et 3 en partie ; l'un des indicateurs n'était pas applicable.

Tanzanie

AMREF, LSHTM, et NIMR : Programme MEMA Kwa Vijana

En janvier 1999, la Fondation Africaine pour la Médecine et la Recherche (AMREF), en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et l'Institut National de la Recherche Médicale - Tanzanie (NIMR), a amorcé un programme dans 62 écoles et dans 18 centres de santé dans la région de Mwanza en Tanzanie.

Son objectif principal est d'améliorer la connaissance de la santé reproductive chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans et de diminuer le taux de contamination par les infections sexuellement transmissibles et par le VIH, ainsi que le taux de grossesses non désirées. Pour ce faire, les éducateurs pairs, sous la direction des enseignants, utilisent des techniques informelles et participatives afin d'apprendre la santé reproductive aux jeunes. Les travailleurs et les travailleuses de la santé sont formé(e)s pour rendre les services de santé plus accessibles aux jeunes, et la communauté est mobilisée à participer aux Youth Health Weeks (semaines de la santé de la jeunesse), qui ont lieu une fois par an.

Le programme atteint approximativement 2 850 nouveaux participants adolescents par an ; le coût s'élève à 1,37 \$US par enfant par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 13 en entier et 2 en partie ; l'un des indicateurs n'était pas applicable.

Tanzanie

Students Partnership Worldwide : Programme d'éducation à la santé en milieu scolaire (SHEP)

Students Partnership Worldwide (SPW) est une ONG à but non lucratif qui vise à mettre les enfants au cœur du processus de développement. Travaillant sous l'égide du Ministère de l'Éducation et de la Culture de la Tanzanie, le SPW est de l'avis que les jeunes ont beaucoup à offrir, et que leur âge peut être avantageux lors des discussions sur des sujets épineux.

Le SPW de la Tanzanie vient de terminer la troisième année de l'exécution du Demonstration Model of School Health Education (modèle de démonstration d'éducation à la santé en milieu scolaire) dans 35 écoles secondaires de tous les sept districts de la région d'Iringa. Le programme forme les Tanzaniens et les Européens âgés de 18 à 25 ans avant de les employer comme éducateurs pairs. Ils jouent un rôle important dans une campagne scolaire qui vise à mobiliser les jeunes contre le VIH/SIDA. Les éducateurs pairs utilisent des activités participatives dans la salle de classe et lors des activités extrascolaires, afin d'enseigner la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Ils travaillent aussi à faciliter l'accès aux services adaptés aux jeunes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs de l'école.

Ces jeunes éducateurs pairs, qui sont d'ailleurs dévoués et bien formés, se révèlent très habiles à mettre en cause la « culture » de honte et de dénégation chez la génération plus âgée. De plus, ils sont habiles à produire la modification de comportement qui est nécessaire, en exerçant une influence positive sur leurs pairs plus jeunes. Les élèves qui ont été touchés par le School Health Education Program sont capables d'apprendre à leurs égaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs de l'école ; ils peuvent également instruire les générations plus âgées.

Jusqu'à présent, approximativement 16 250 élèves ont bénéficié du programme à un coût qui s'élève à 24,12 \$US par élève par an. Il est à noter, que 15 000 adultes en ont bénéficié aussi, avec de nombreux autres adultes et enfants d'âge scolaire dans la communauté. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 11 en entier et 5 en partie.

Zambie

Projet d'éducation à la santé Copperbelt (CHEP) : le programme en milieu scolaire

Le projet d'éducation à la santé Copperbelt est centré sur l'éducation à la santé et sur la prévention du VIH/SIDA dans la province du Copperbelt en Zambie. Le projet a été lancé en janvier 1988. Pendant la première année, l'accent était mis sur la diffusion au grand public des informations relatives aux dangers du VIH/SIDA, à sa transmission et aux méthodes disponibles pour se protéger, et pour protéger les autres, contre cette maladie.

La déclaration de mission du CHEP fait remarquer que le projet travaille en collaboration avec tous les secteurs de la communauté afin de développer les connaissances, les valeurs et les habiletés fondamentales qui permettent la créativité, la responsabilité et les modes de vie sains. Le CHEP a concentré ses efforts sur trois unités particulières : les Enfants et les Jeunes (Child- and Youth-Focused), la Communauté (Community-Focused), le Lieu de travail (Occupation-Focused).

L'unité qui est centrée sur les enfants et les jeunes dispose de trois programmes qui ciblent les enfants et les jeunes dans les zones urbaines et rurales : un programme en milieu scolaire, un programme pour les jeunes qui ont quitté l'école et un programme pour les enfants vulnérables et pour d'autres jeunes de la communauté.

Le programme qui est mené en milieu scolaire est le plus important du CHEP en ce qui concerne sa portée et ses ressources. Avec le programme pour les jeunes qui ne sont plus scolarisés, il représente le noyau du travail fait par le CHEP. Le programme qui est mené en milieu scolaire cible les enfants et les jeunes âgés de 3 à 35 ans, ainsi que les enfants aux besoins spéciaux. Il se tient dans les écoles maternelles, les écoles primaires et secondaires, les collèges et les universités. Le but global du programme en milieu scolaire est d'assurer que les enfants et les jeunes acquièrent et maintiennent des comportements qui ne les exposeront pas au risque de contracter les MST et le VIH.

Les éléments principaux du programme en milieu scolaire sont : les Anti-AIDS Clubs (clubs anti-SIDA), la Sara Communication Initiative (l'initiative de communication Sara), Education Through Entertainment (l'éducation par le divertissement), Games for Life (les jeux pour la vie) et les services de santé « youth-friendly » (adaptés aux jeunes).

Depuis sa création en 1988, le CHEP a été financé principalement par la Norwegian Agency for Development Cooperation—NORAD (l'agence norvégienne de coopération au développement). Le coût estimé annuel pour maintenir ce programme s'élève à 350 000 \$US. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 12 en entier et 2 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

Zambie

La Planned Parenthood Association of Zambia (PPAZ), le Family Life Movement of Zambia (FLMZ), et la Swedish Association for Sexuality Education (RFSU) : Projet de Santé Reproductive des Adolescents de Kafue (KARHP), l'Éducation par les pairs par le biais des Clubs d'Éducation à la Vie Familiale

Le KARHP est une intervention présentant de multiples facettes, qui est basée dans les écoles, les cliniques et la communauté ; elle a commencé en 1997 dans le district de Kafue en Zambie. Le but général du programme est de développer des stratégies pour fournir des informations et des services liés à la santé sexuelle et reproductive (SSR) et à l'éducation à la vie familiale (EVF) aux jeunes scolarisés, âgés de 10 à 24 ans. Pour accomplir cette tâche, le programme a adopté une approche dénommée « triple P » : pairs (pairs), parents (parents – mère et père), et providers (fournisseurs des soins de santé). Des éducateurs pairs, des *parent-elder educators* (parents et aînés qui jouent le rôle d'enseignant) et des fournisseurs des soins de santé reçoivent une formation qui les prépare à fournir des informations et services de SSR et d'EVF aux jeunes. Ils mobilisent et sensibilisent également la communauté générale.

La composante principale du programme pour les jeunes scolarisés est le programme d'éducation par les pairs qui est mené par les clubs EVF (éducation à la vie familiale). Les clubs EVF sont des activités extrascolaires. Les activités du club sont animées par des éducateurs pairs qualifiés et elles sont surveillées par des enseignants (marraines et parrains) qualifiés. Plusieurs sujets liés à la santé sexuelle sont discutés, tels que l'abstinence, la prise de décision et les compétences en communication. On encourage l'abstinence comme option préférée en ce qui concerne la santé sexuelle des jeunes qui sont scolarisés, mais pour ceux et celles qui sont déjà sexuellement actifs l'utilisation correcte du préservatif est encouragée et enseignée.

Au départ, le programme ciblait 10 700 adolescent(e)s scolarisé(e)s. En 2000, une évaluation a mené à l'expansion du programme, pour couvrir la plupart du district de Kafue. Le nombre total approximatif des adolescents bénéficiaires (scolarisés et non) au cours du programme s'élève à 53 000 au coût moyen de 2,26 \$US par jeune par an. La participation des ONG s'est terminée en 2002 et le programme est maintenant sous le contrôle des District Offices of the Zambian Ministry of Health, le Ministère de l'éducation et le Ministère du développement communautaire et social.

Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 10 en entier et 4 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

Zimbabwe

Africare : Projet de santé reproductive des adolescents ; clubs AIDS Action en milieu scolaire

En 2000, l'Africare, une organisation non gouvernementale (ONG) zimbabwéenne, a établi son AIDS Action Clubs Program en collaboration avec le District Education Office (bureau de l'éducation du district). Les clubs ciblent les jeunes âgés de 10 à 24 ans dans les écoles primaires et secondaires. Le programme a commencé dans 26 écoles des districts de Bindura et de Mount Darwin (dans la province centrale de Mashonaland) et il s'est ensuite agrandi pour opérer dans 61 écoles : 16 à Bindura, 10 à Mount Darwin, 10 à Makoni South, 10 à Makoni North et 15 dans la zone urbaine de Harare.

Le but du programme est de contribuer à la réduction de la propagation du VIH/SIDA en donnant aux adolescents des informations sur la santé reproductive et en encourageant des comportements et attitudes positifs. Le projet consiste en deux composantes essentielles : les clubs AIDS Action, qui utilisent l'éducation par les pairs, la formation en habiletés fondamentales et la sensibilisation à l'abus des enfants. Il emploie aussi des activités qui sont conçues pour générer les revenus, et qui sont nécessaires à l'autosuffisance.

Jusqu'ici le programme a atteint 25 200 jeunes scolarisés et 10 000 jeunes déscolarisés, au coût approximatif de 8,89 \$US par jeune par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 9 en entier et 5 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

Zimbabwe

Midlands AIDS Service Organisation (MASO) : Projet d'initiative Youth Alive (« jeunesse vivante »)

La Midlands Aids Service Organisation (MASO), une organisation non gouvernementale (ONG) zimbabwéenne, a créé le Youth Alive Initiative Project en 1996. Ce programme cible les jeunes âgés de 10 à 24 ans, scolarisés et déscolarisés, dans les zones urbaines et rurales de la province des Midlands du Zimbabwe. Il vise à encourager les pratiques sexuelles à moindre risque chez les jeunes, à réduire le taux de VIH/SIDA dans la population générale et à promouvoir un mode de vie positif chez les gens qui ont été infectés ou touchés par cette maladie.

Pour atteindre ces objectifs, les enseignants bénévoles reçoivent une formation qui les prépare à diriger les clubs de jeunesse. Les jeunes adhèrent de leur plein gré aux clubs. Ceux et celles qui participent aux clubs sont formé(e)s par les enseignants dans deux domaines : l'éducation par les pairs et les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Ces jeunes diffusent ensuite les informations à leurs pairs pour encourager le développement des habiletés fondamentales, de la communication et de la modification du comportement. Cette diffusion a lieu par le biais du counselling individuel, et lors des activités d'« outreach » (recherche des individus qui bénéficieraient du soutien). Ces activités comportent des spectacles pour les jeunes et pour les autres membres de la communauté. Les clubs et les activités d'« outreach » mettent l'accent sur l'abstinence.

De plus, les enseignants et les éducateurs pairs sont formés pour donner des conseils relatifs à l'abus des enfants ; ils ont donc les compétences nécessaires pour répondre aux besoins et aux problèmes des enfants.

Le programme a créé de nombreux manuels et matériels pédagogiques que l'on peut obtenir auprès des bureaux de la MASO (Voir la partie D, « Matériel pédagogique »).

Jusqu'ici, plus de 10 000 jeunes et 1 000 adultes ont bénéficié du programme, au coût approximatif de 71 \$US par jeune par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 11 en entier et 3 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

Afrique du Sud



Résumé du programme

loveLife : Promouvoir la santé sexuelle et des modes de vie sains pour les jeunes de l'Afrique du Sud

Lancé en septembre 1999, loveLife est aujourd'hui l'un des programmes les plus importants et ambitieux du monde dans le domaine de la prévention du VIH. Le programme vise à réduire par au moins 50 % le taux de VIH chez les jeunes âgés de 15 à 20 ans, au cours des prochaines cinq années. C'est un programme complet et d'envergure nationale qui se sert des médias pour cibler les adolescent(e)s âgés de 12 à 17 ans. Il est centré sur la réduction des conséquences négatives de l'activité sexuelle précoce et adolescente par le biais du développement de la santé sexuelle et des modes de vie sains chez les jeunes.

Le programme loveLife est caractérisé par les principes essentiels suivants :

- L'enseignement doit traiter les problèmes associés au comportement sexuel dans son contexte général.
- L'utilisation du préservatif doit devenir un élément normal de la culture des jeunes.
- L'éducation et la prévention doivent être soutenues au cours de plusieurs années, et ce à un niveau assez élevé pour retenir l'attention du public.

loveLife se compose de trois composantes principales :

1. une campagne médiatique qui se sert de la publicité télévisée, radiodiffusée et imprimée ;
2. une réponse sociale qui comprend l'établissement des centres de jeunesse et des cliniques qui sont accessibles aux jeunes ; et
3. une composante de recherche qui contribue au développement du programme et qui est chargé de l'évaluation et la surveillance.

Toutes les activités soulignent que les jeunes sont capables de faire les choix nécessaires pour avoir un mode de vie sain. De plus, les valeurs de la responsabilité partagée et de la sexualité positive sont promulguées. Les objectifs de « retarder, réduire et protéger » sont intégrés dans les médias et dans les autres activités.

Les évaluations qui ont été conduites au cours des premières années de la mise en œuvre du programme démontrent que loveLife a réussi à sensibiliser les jeunes de l'Afrique du Sud à la santé sexuelle et reproductive. Les jeunes sont plus conscients des risques courus lors des rapports sexuels non protégés, et ils déclarent avoir retardé ou bien s'être abstenus des rapports sexuels.

Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, ce programme a été jugé d'en avoir atteint 14 en entier et 1 en partie ; l'un des indicateurs n'était pas applicable.

loveLife : Promouvoir la santé sexuelle et les modes de vie sains pour les jeunes de l'Afrique du Sud

PARTIE A : DESCRIPTION DU PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

L'idée de créer le programme loveLife a vu le jour à la fin des années 90, lorsqu'une organisation dénommée Advocacy Initiatives (Initiatives d'appui), en collaboration avec plusieurs organisations de la jeunesse, a examiné la recherche qui avait été conduite sur le changement de comportement chez les jeunes. Quelques-unes de ces organisations ont formé un consortium, qui comprenait la Planned Parenthood Association of South Africa (PPASA [Fédération du planning familial de l'Afrique du Sud], la RHRU (Reproductive Health Research Unit [Unité de recherche en santé reproductive]) et le Health Systems Trust (HST [Trust des systèmes de santé]). Au début, ce consortium était dénommé la National Sexual Health Initiative (NASHI [Initiative nationale de santé sexuelle]). Vers la fin de 1999, cette organisation a été relancée sous le nom de loveLife.

Les objectifs de loveLife ont été élaborés pour répondre aux découvertes qui indiquent que la plupart des programmes d'éducation existants sur le VIH/SIDA ont eu un effet

limité sur le comportement sexuel. Les enquêtes montrent qu'approximativement 98 % des Sud-Africains sont conscients du VIH/SIDA et comment cette maladie se propage ; or, l'utilisation du préservatif chez les hommes sud-africains est restée presque inchangée, au taux de 10 % au cours des cinq dernières années. Cependant, il existe un important besoin d'enseignement efficace sur la santé sexuelle et reproductive. Le SIDA s'avère excessivement difficile à maîtriser : une femme sur trois en Afrique du Sud accouche avant l'âge de 18 ans ; les infections sexuellement transmises (IST) sont endémiques chez les jeunes dans une bonne partie de l'Afrique du Sud et la violence, la coercition et l'abus font typiquement partie du comportement des adolescents. loveLife vise à améliorer cette situation.

Je pense que ça me fait me sentir bien...c'est difficile avec nos parents, plus nous les voyons sur la route, plus nos parents s'ouvrent et discutent de loveLife avec nous.
Jeune fille d'une zone rurale

1998	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche et élaboration de l'approche loveLife
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Continuation de la recherche • Premières rubriques dans les journaux nationaux • Première émission de radio diffusée sur Youth FM (YFM) • Lancement de loveLife • Premières publications élaborées • Centres d'appel établis sous la Commission nationale de la jeunesse [National Youth Commission]—l'un pour les enfants, l'autre pour les parents
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne médiatique commence avec des panneaux d'affichage, d'abord pour faire connaître la marque loveLife au grand public • Plusieurs émissions de télévision et de radio • Premiers centres de jeunesse établis • Critères développés et formation commence pour l'établissement de la NAFCI • Organisation du programme de franchise
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'« outreach » élaboré : (centres de jeunesse, jeux loveLife, tournée) • Programme de franchise lancé et développé • Lancement du Lovetrain • Continuation de la campagne médiatique • Lancement de la NAFCI
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'« outreach » s'agrandit. Plus de centres de jeunesse et d'installations de la NAFCI sont lancés • Campagne médiatique développée, ajoutant une campagne visant les parents • Réseau de programmes radiodiffusés atteint 17 stations

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Lancé en septembre 1999, loveLife a commencé par une approche triple. Les publications sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents, les relations personnelles et

les problèmes des jeunes ont été développées et diffusées par moyen des journaux et directement aux écoles, aux cliniques et aux centres de jeunesse de loveLife. Un centre d'appels a été créé pour les enfants et les adolescents qui avaient besoin de conseils, et pour les parents qui cherchaient des conseils pour apprendre comment parler à leurs enfants. Une émission de radio a été diffusée sur les ondes de Youth FM ; cette émission permettait aux jeunes d'appeler afin de poser leurs questions aux experts.

En 2000, loveLife est devenu une campagne médiatique totale, avec des panneaux d'affichage et des émissions de télévision et de radio ; tout visait à encourager les jeunes à réfléchir sur la santé sexuelle et reproductive. Le centre d'appels a commencé à se concentrer davantage sur les enfants qui avaient des questions relatives à la SSR, mais qui ne connaissaient personne qui puisse répondre à leurs questions. Les centres de jeunesse ont été établis à des endroits où les jeunes pouvaient passer leur temps libre en s'informant sur les problèmes de la SSR et en discutant des relations personnelles sous la direction de conseillers qualifiés. Le programme a aussi accordé une franchise à d'autres organisations pour s'étendre encore plus loin.

En 2001, les installations de la National Adolescent-Friendly Clinic Initiative (NAFCI [Initiative nationale de cliniques accueillantes aux adolescents]) ont été ouvertes pour permettre aux jeunes d'avoir accès aux soins et aux informations liés à la SSR, et ce dans un environnement confidentiel et accueillant. La campagne médiatique et les « Y-Centers » ont continué à s'agrandir, faisant de loveLife un nom que tout le monde connaît.

Vue d'ensemble du programme

But

D'ici 2005, loveLife vise à réduire le taux d'infection par le VIH et celui de la grossesse chez les jeunes âgés de 12 à 20 ans en Afrique du Sud d'au moins 50 %. Il est centré sur la réduction des conséquences négatives de l'activité sexuelle précoce et adolescente par la promotion de la SSR et des modes de vie sains chez les adolescents.

loveLife vise à motiver et à préparer les jeunes pour qu'ils puissent faire des choix sains dans tous les aspects de leur vie. Le programme loveLife traite les problèmes liés aux choix tels que :

- rester à l'école et continuer à poursuivre son éducation
- éviter les drogues (stupéfiants)
- le respect de soi et des autres ainsi que le rejet de la pression coercitive des pairs
- retarder les rapports sexuels jusqu'à ce qu'on se sente prêt(e) ou préparé(e)
- le planning familial et l'utilisation de la contraception et de la protection contre les maladies sexuellement transmises (MST) lors des rapports sexuels, et
- le respect et la fidélité envers son partenaire

Objectifs du programme

Les objectifs du programme loveLife sont de :

- cibler les groupes au risque le plus élevé

- faire face aux problèmes de comportement sexuel
- assurer que l'utilisation du préservatif fasse partie de la culture de la jeunesse
- maintenir, au cours des années, l'intérêt du public à l'égard de l'éducation et de la prévention
- permettre aux jeunes de faire des choix informés
- encourager les jeunes à partager la responsabilité
- encourager la sexualité positive

Ces objectifs se fondent sur les résultats des enquêtes sur la SSR qui ont été conduites en Afrique du Sud ; ils sont également fondés sur la recherche conduite au niveau internationale.

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Le groupe cible primaire de loveLife est composé des jeunes âgés de 12 à 17 ans.

Groupe cible secondaire

Les adultes qui sont en contact avec les jeunes (les travailleurs des soins de santé, les enseignants, les parents et les autres membres de la communauté) constituent le groupe cible secondaire.

Champ d'action

loveLife est un programme d'envergure nationale.

Durée du programme

loveLife vise à diminuer le taux d'infection par le VIH et celui de la grossesse chez les jeunes âgés de 12 à 20 ans au cours d'une période de six ans, soit de 2000 jusqu'en 2005. Pour maintenir le changement de comportement, il est prévu de continuer après cette phase initiale pendant au moins 10 ans.

Buts du programme

La figure 2 montre les buts principaux du programme. Le coordonnateur du programme ne les a pas classés parce qu'ils sont perçus comme étant de la même importance et étroitement liés. Le changement de comportement est néanmoins vu comme la pierre angulaire de l'effort d'éviter le comportement sexuel à risque et de changer le comportement en ce qui concerne la santé sexuelle.

Promouvoir le changement de comportement
Promouvoir un comportement sexuel sain
Réduire le taux d'infection du VIH
Promouvoir l'utilisation du préservatif comme partie intégrale de la culture des jeunes
Réduire le nombre de partenaires sexuels
Retarder l'âge des premières relations sexuelles

Figure 2. Buts du programme (non classés)

Approches du programme

loveLife s'efforce d'augmenter les connaissances, de changer les attitudes et de changer le comportement chez les jeunes. On espère que cela sera accompli par :

- La fourniture des informations et des conseils judicieux. Cela assure que les jeunes sont bien informés, non seulement sur le VIH/SIDA, mais aussi sur les problèmes qui y sont associés.
- L'encouragement des jeunes à « Parlez-en ». Par exemple, quelques panneaux d'affichage présentent des messages énigmatiques. Cela encourage les jeunes à parler de leurs problèmes. Cette discussion leur permet d'essayer de se transformer ensemble, et elle aide aussi à intérioriser les changements de comportement qui sont souhaités.
- L'encouragement des jeunes à penser autrement. La stratégie de communication de loveLife cherche à changer les valeurs et attitudes omniprésentes chez les adolescent(e)s en ce qui a trait au sexe, à la sexualité et aux relations personnelles avec le sexe opposé. Les gens agissent selon leurs croyances ; si nous changeons nos croyances, nous pouvons changer nos actions.
- La création d'un nouveau mode de vie. Pour intérioriser les nouvelles attitudes, il faut les situer dans le contexte d'un choix de mode de vie. Il s'agit de créer de nouvelles normes de comportement chez les jeunes. Cela peut être accompli si les jeunes sont « mordus » de la culture populaire de loveLife.
- La création d'un environnement de soutien. La création des services « youth-friendly » (« amis des jeunes », c'est-à-dire adaptés aux jeunes) et la formation de réseaux sociaux positifs donnent aux jeunes la confiance de faire d'autres choix.

Le principe comportemental de « delay » (retard) était au centre de la stratégie de communication de 2002. Le mot « delay » n'a pas été utilisé dans la campagne médiatique de loveLife ; au contraire, les publicités ont diffusé le principe de retard des rapports sexuels de manières divertissantes et intéressantes, ce qui convenait mieux aux jeunes.

Composantes

Le programme loveLife consiste en trois composantes principales :

1. une campagne multimédia de sensibilisation, information et éducation ;
2. une réponse sociale qui donne la priorité à l'accès et l'acceptabilité de bons services de santé pour les adolescent(e)s ; et qui accorde la priorité à la mobilisation des réseaux sociaux comme élément d'un programme national d'éducation, « outreach » (services qui cherchent à attirer les clients) et soutien des jeunes ; et
3. la recherche qui vise à comprendre la dynamique de l'épidémie VIH/SIDA et qui surveille et évalue les activités et l'efficacité de loveLife.

Campagne multimédia

Le programme loveLife a uni les techniques traditionnelles du marketing avec les principes d'une solide formation en santé publique. Cela a mené à la création d'une marque qui représente un mode de vie que les jeunes associeront à une vie saine et

positive. La campagne médiatique est constamment révisée et adaptée pour retenir l'attention des jeunes. Elle comprend de nombreux éléments différents. Il y a trois composantes qui constituent la campagne médiatique ; chacune des composantes est présentée ci-dessous :



loveLife 2002 campagne de panneaux d'affichage

Campagne de publicité extérieure

De grands panneaux d'affichage sont installés dans les régions rurales et urbaines. Le but de ces panneaux est de faire parler les jeunes des problèmes liés à la SSR.

Télévision

Un grand nombre d'émissions de télévision variées ciblant les jeunes sont commandées et émises par loveLife. Voici trois exemples populaires des émissions produites par loveLife :

SEXualMENTality. Le premier décembre, la journée mondiale du SIDA, loveLife a présenté *SEXualMENTality* en collaboration avec la chaîne nationale. Il s'agissait d'un documentaire sur l'influence de la famille, des amis et de la culture dans la formation des attitudes et du comportement des jeunes hommes. Le documentaire a aussi enquêté sur l'impact de l'activité sexuelle précoce, des drogues, de l'alcool, du crime et de la pression des pairs ; il a également examiné les valeurs et les pensées intimes des hommes sud-africains.

Les histoires de trois hommes différents ont été racontées à la première personne :

- un artiste graphique qui a été reconnu coupable du viol et qui est maintenant tourmenté par son passé,

- un gérant de restaurant qui a revendu de la drogue et a fait le maquereau,
- un élève en peine d'amour qui a essayé de se suicider.

S'camto groundBREAKERS. C'est un « Reality show » pour les jeunes, télévisé en 13 parties au niveau national. Au cours de 13 semaines, deux équipes de jeunes Sud-Africains sont en compétition en plein air dans les régions rocailleuses de l'Afrique du Sud.

Au cours de la série, les jeunes font face à des problèmes tels que l'organisation des équipes, les conflits, la compassion, les malheurs et l'ambition. GroundBREAKERS est une expérience qui reflète les principes de loveLife : la promotion d'un nouveau mode de vie positif pour les jeunes Sud-Africains, qui est fondé sur les principes de choix informés, de responsabilité partagé et de vie saine.

S'camto TV. *S'camto TV* est un roadshow qui suit les voyages de 16 jeunes qui voyagent à travers le pays, parlant avec d'autres jeunes des sujets relatifs au sexe et à la sexualité. C'est centré sur des discussions directes et ouvertes à propos du sexe. Quand le programme a été évalué, les jeunes ont déclaré qu'ils l'avaient trouvé divertissant, en plus d'être croyable et vrai. Les jeunes ont dit qu'ils seraient trop gênés de regarder le programme avec leurs parents ; il n'a donc pas encouragé la communication entre les jeunes et leurs parents. Mais il a quand même encouragé les jeunes à se parler des sujets tels que les rapports sexuels forcés, les prises de décisions, la mise en question des mythes, le viol, l'avortement et l'influence des pairs. Son grand succès est apparemment la création d'une atmosphère où l'on peut parler des sujets tabous.



GroundBreakers

Radio

En association avec la SABC (South African Broadcasting Corporation) et YFM, loveLife travaille maintenant avec 17 stations de radio nationales et locales, ainsi qu'avec les stations de radio communautaires. Le nombre d'auditeurs total est approximativement

30 millions. Les émissions de radio sont diffusées dans toutes les onze langues officielles, et elles touchent les régions urbaines et rurales. La présentation peut varier, mais la plupart des émissions sont des causeries.

Publications

Il existe plusieurs initiatives.

S'camtoPRINT. Cette publication de 16 pages sur le mode de vie est insérée deux fois par mois dans le *Sunday Times*, le journal national. Elle existe depuis deux ans et c'est la publication pour les jeunes la plus distribuée de l'Afrique du Sud ; elle atteint 650 000 jeunes grâce au *Sunday Times* et 200 000 exemplaires additionnels sont distribués dans le réseau qui a été mis en place par loveLife ; ce réseau est constitué des écoles, des centres de jeunesse, des franchises et des cliniques.

thethaNathi. Ce supplément de huit pages est inséré deux fois par mois dans les publications des Independent Newspaper Groups (*The Star, Pretoria News, Cape Argus* et *Daily News*). Quand il a été lancé en novembre 2001 il ne comptait que quatre pages.

De plus, loveLife produit une série de publications d'informations et d'éducation qui ciblent les jeunes, les parents et les décideurs.

loveFacts. Cette plaquette d'informations et de conseils est conçue et présentée pour plaire aux jeunes ; les photos sont en couleurs et le langage est adapté aux jeunes. Elle couvre de nombreux sujets : les relations personnelles, la puberté, la discussion de la sexualité, le sexe à moindre risque, les premiers rapports sexuels, le VIH/SIDA, les préservatifs, la contraception, la contraception d'urgence, l'interruption de la grossesse, les IST et les façons d'éviter la grossesse.

Tell Me More. Cette revue couvre la gamme complète des sujets liés à la jeunesse et à la santé sexuelle et reproductive.

Talking and Listening to Your Teenager ; Love Them Enough to Talk about Sex (Parler à – et écouter – votre adolescent ; Aimez-les suffisamment pour leur parler du sexe). Ces publications donnent aux parents des informations sur la sexualité des jeunes et des suggestions pour les aider à communiquer avec leurs enfants.

The Impending Catastrophe Revisited (Retour à la catastrophe imminente). Un livre de ressources détaillé conçu pour ceux et celles qui cherchent des informations pour comprendre les conséquences de l'épidémie du VIH/SIDA qui se propage en Afrique du Sud.

loveLife's for us... (loveLife est pour nous). Il s'agit d'une enquête sur les jeunes et les parents sud-africains en ce qui concerne l'effet de la campagne loveLife jusqu'ici. C'est la plus récente publication de loveLife.

Une réponse sociale : L'accès aux services et aux réseaux sociaux

La deuxième composante du programme loveLife comporte la création d'un environnement qui appuiera le changement de comportement chez les jeunes. La figure 3 montre les différentes composantes de la réponse institutionnelle de loveLife et comment ces composantes sont liées. Ces aspects de l'initiative loveLife (c'est-à-dire les aspects relatifs au développement du service) sont d'une importance capitale. La sensibilisation atteinte par les médias doit être renforcée par la fourniture de services qui peuvent répondre aux demandes et aux besoins des jeunes. Chacun des services est décrit ci-dessous.

Service national de conseils et de counselling : thethajunction 0800-121-900

Un centre d'appels national a été établi pour offrir aux adolescents qui ont besoin d'assistance et de conseils un service qui est confidentiel, facilement disponible et gratuit. Il a commencé comme un service de conseils général, mais en septembre 2000 il est devenu un service de référence et de conseils spécialisés en santé sexuelle et reproductive. Ce changement a été effectué pour répondre au besoin qui avait été exprimé par de nombreux individus qui ont demandé que l'assistance soit plus complète. Le service d'aide est dénommé thethajunction – *thetha* veut dire « parler » dans la langue xhosa. Quand thethajunction a été lancé, une ligne téléphonique distincte, dénommée Parent Line, a été établie simultanément pour les adultes. Ce développement répondait aux besoins des parents qui cherchaient des conseils pour mieux faire face aux questions posées par les jeunes et pour faire face à la sexualité adolescente.

Le programme loveLife répond à plus de 60 000 appels par mois. Quarante-vingt-cinq pour cent de ces appels sont faits à partir d'une cabine téléphonique. C'est-à-dire que l'accès est disponible aux jeunes qui n'ont pas de téléphone et à ceux et celles qui veulent faire l'appel en privé, sans se soucier des parents et des frères et sœurs.

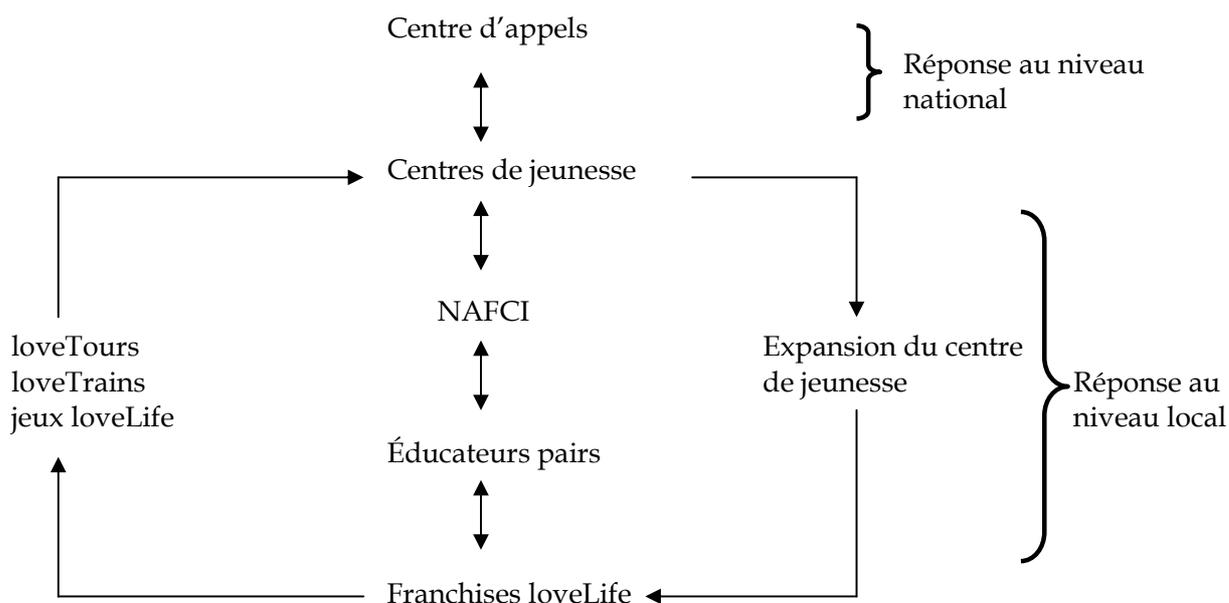


Figure 3. Liens de la réponse institutionnelle de loveLife

loveLife

Les centres de jeunesse constituent une partie intégrale des programmes SSRA (santé sexuelle et reproductive des adolescents). Ils offrent aux jeunes un endroit où ils peuvent trouver des services de qualité pour la SSR ; c'est aussi un endroit où les modes de vie positifs sont développés. Dans les communautés habituellement défavorisées il existe un besoin particulier de ce genre de service. loveLife a établi 14 centres de jeunesse en Afrique du Sud.

Ces centres offrent des services cliniques de haute qualité aux jeunes et ils servent de site pour la formation (par exemple, compétences en informatique), les sports, les activités récréatives (le basket-ball) et les activités qui encouragent la santé. Les centres de jeunesse fournissent un service ; de plus, ils constituent une démonstration pratique du mode de vie positif qui est promu par loveLife.

NAFCI

Le but de la NAFCI (National Adolescent-Friendly Clinic Initiative) est de renforcer la capacité des cliniques publiques de répondre aux besoins des jeunes. Cette initiative comprend l'éducation du public, ainsi qu'un système par lequel les cliniques qui offrent des services de base adaptés aux jeunes sont autorisées. Les services qui devraient être inclus sont :

- les informations, l'enseignement et l'assistance sur la SSR qui sont convenables ;
- les références en cas de violence, d'abus ou de problèmes de santé mentale ;
- les informations et les conseils sur la contraception, ainsi que la fourniture d'un choix de méthodes (contraceptifs oraux, contraception d'urgence, injections contraceptives et préservatifs) ;
- les tests et le counselling relatifs à la grossesse;
- le counselling et les références de pré- et de post-avortement
- l'information sur les IST, y compris le VIH, et sur la prévention, le diagnostic et la gestion syndromique des IST (y compris la notification des partenaires) ; et
- des informations sur le VIH, l'assistance avant et après les tests de VIH, les références pour les tests de VIH volontaires.

La NAFCI soutient le personnel de la clinique dans l'évaluation et l'amélioration de ses services afin de recevoir l'autorisation de fournir les services adaptés aux jeunes. Les cliniques sont par conséquent équipées d'un centre d'information où les jeunes ont accès aux ressources et informations ; il y a aussi une « chill room », une salle où les jeunes se réunissent pour se parler, et où travaillent les conseillers pairs.

loveTrain, loveTours et les jeux loveLife

Un train de six voitures et deux OBU (outside broadcast units [unités de transmission pour l'extérieur]) mobiles font le tour du pays pour offrir de l'éducation et des services aux jeunes. La radio communautaire informe les jeunes de la région de l'arrivée du train ; les groundBREAKERS--des jeunes qui travaillent bénévolement comme conseillers pairs dans le train--se rendent aux écoles pour mettre les élèves au courant.

Les franchisés (voir dessous) fournissent le suivi et le soutien après que le train et l'OBU aient quitté la région.

Les jeux loveLife sont organisés en collaboration avec l'United School Sports Association of South Africa. Plus de 4 millions de jeunes participent aux jeux sportifs et culturels qui se tiennent à travers le pays aux niveaux provincial et national. Les compétitions au niveau du district sont en train d'être organisées.

Étude de cas

John Ntsele était un éducateur pair du centre de jeunesse d'Orange Farm, à l'extérieur de Johannesburg, avant de devenir groundBREAKER dans le loveTrain. Il nous a parlé de ses expériences.

Q : Quels ont été les événements les plus marquants du voyage ?

R : Rencontrer les jeunes et d'apprendre d'eux—d'apprendre des choses sur les différentes langues et cultures. L'occasion de visiter les régions rurales. J'ai trouvé qu'il y avait des gens plus âgés, de 19 ou 20 ans, qui ne savaient rien sur le VIH. Ils demandaient : C'est quoi ce virus ? C'est quoi le SIDA ? Ils pensaient que les préservatifs étaient seulement pour les gens qui vivaient en ville. Le travail était stimulant, un défi. Il nous fallait souvent improviser et créer d'autres manières de diffuser le message. J'étais là non seulement comme enseignant, mais comme jeune.

Q : Qu'est-ce qui vous a surpris le plus ?

R : À Hammanskraal, il y avait des jeunes garçons de 7 à 10 ans, à peu près, qui disaient : « Autrefois, je volais et je fumais—mais je veux changer. Sauf qu'il manque de ressources dans notre communauté. Que pouvons-nous faire ? » J'étais surpris de voir que de si jeunes enfants se trouvaient dans cette situation. Je leur ai parlé des matchs de basket dans le train. Ils ont aimé ça et ils voulaient organiser leur propre équipe sportive. Je les ai envoyés au centre de jeunesse dans leur région, mais j'aurais aimé leur laisser un terrain de basket-ball !

Q : Quels conseils est-ce que vous donneriez aux autres groundBREAKERS qui embarqueraient pour faire la tournée en train ?

R : Il faut avoir de la patience, de l'énergie et de l'amour—ça vous donne du courage. Ce n'est pas facile : Il faut donner 250 % pour être certain de leur donner les bonnes informations—parce que vous n'êtes pas là pour vous-même, vous êtes là pour les jeunes. Si nous pouvions laisser un centre de jeunesse partout où nous allions, cela changerait tout.

Les franchises loveLife

La grande demande de l'information, du soutien et du matériel de ressource de la part des ONG, des organisations communautaires, des églises et des entreprises a mené à l'établissement d'un réseau de franchises loveLife. Il s'agit essentiellement d'une version sociale du concept commercial de la franchise, mais sans rémunération.

Les organisations locales de la jeunesse reçoivent une formation pour employer la culture populaire de la jeunesse comme véhicule de communication. On leur donne les supports de la marque loveLife, et ils participent à un réseau franchisé national et aux événements qui sont organisés par loveLife. En retour, les franchises acceptent les stratégies, l'image et les approches qu'utilise loveLife pour accomplir sa mission. Ils

s'engagent également à conformer aux normes établies pour la promotion de loveLife et à collaborer au processus de surveillance. L'annexe 1 décrit le programme principal des franchisés loveLife.

Recherche

La recherche et l'évaluation sont au cœur de tout le travail qui est fait par loveLife. De nombreuses publications ont vu le jour grâce à la recherche conduite par loveLife au cours des dernières années.

En 2000, une enquête nationale sur les jeunes – « Hot Prospects, Cold Facts, Portrait of Young South Africa » [Perspectives d'avenir, Réalités, Portrait de la jeune Afrique du Sud] – a été conduite. L'enquête a examiné comment les jeunes de l'Afrique du Sud passent leur temps libre, quels sont leurs soucis et leurs peurs, leur activité sexuelle et leurs connaissances sur le VIH/SIDA.

Beaucoup de cette recherche est disponible sous forme qui la rend accessible au grand public ; cela fait partie de la campagne de plaidoyer de loveLove. En 2001, un rapport intitulé *Impending Catastrophe Revisited* (Retour à la catastrophe imminente), a été publié qui a aidé les gens à comprendre l'importance et les conséquences de l'épidémie croissante du VIH/SIDA en Afrique du Sud.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

Non disponible.

Matériel du programme

Le matériel utilisé dans le programme a été présenté dans la partie intitulée « Composantes », ci-dessus.

Choix du personnel

Les programmes de loveLife sont mis en œuvre par un consortium d'ONG sud-africaines : Health Systems Trust (HST [Trust des systèmes de santé]), Planned Parenthood Association of South Africa (PPASA [Fédération du planning familial de l'Afrique du Sud]) et RHRU (Reproductive Health Research Unit [Unité de recherche en santé reproductive]).

Le personnel est employé par les trois ONG pour travailler à temps plein ou à temps partiel sur la campagne loveLife. Le HST emploie 47 personnes, la PPSA emploie 125 personnes et la RHRU emploie 19 personnes sur la campagne loveLife. Il y a maintenant 357 groundBREAKERS qui travaillent bénévolement, et de nombreux autres bénévoles à tous les niveaux. La figure 4 contient l'organigramme de loveLife.

La figure 5 montre comment les différentes composantes du programme sont organisées.

Mise en œuvre du programme

À cause de l'étendue du programme, une description de sa mise en œuvre dépasserait le cadre de ce rapport. Pour de plus amples détails, veuillez contacter loveLife directement (Voir la partie D, « Organisations et contacts »).

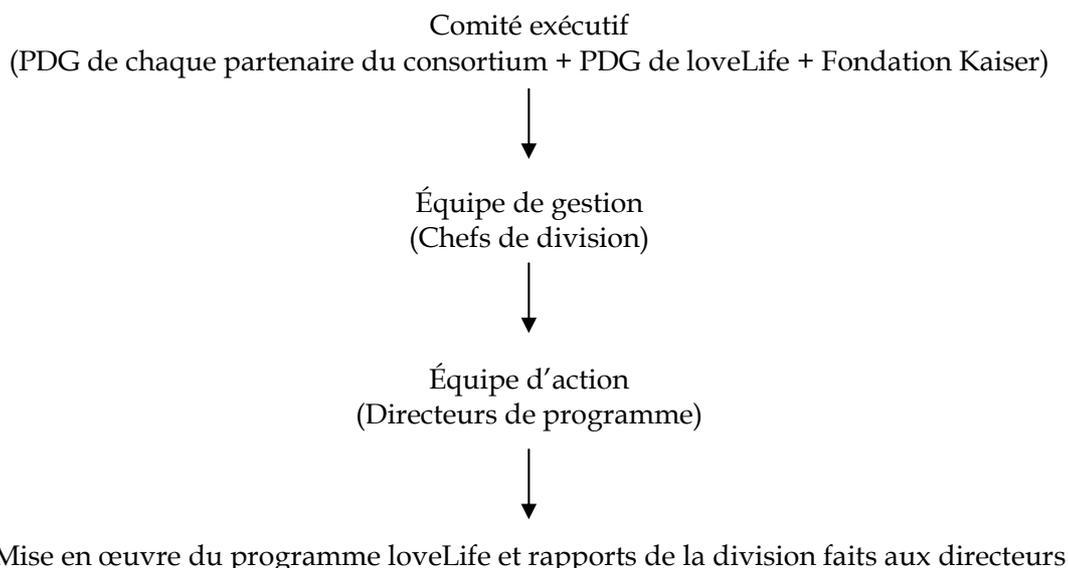


Figure 4. Organigramme du programme loveLife

Ressources du programme

Le bureau central de loveLife se trouve à Johannesburg, où les lignes d'aide sont installées. De plus, les partenaires du projet – la PPSA, la RHRU et le HST – ont leurs propres bureaux centraux. La PPSA a également de nombreux bureaux provinciaux à travers le pays.

loveLife est propriétaire d'un train et de deux OBU (unités de transmission pour l'extérieur). Il a aussi établi de nombreux centres de jeunesse à travers le pays.

Plaidoyer

Les publications créées par la composante de recherche de loveLife servent à plaider pour le message de l'organisation. Par exemple, l'enquête nationale de 2000, qui portait sur les jeunes—« Hot Prospects, Cold Facts, Portrait of Young South Africa » [Perspectives d'avenir, Réalités, Portrait de la jeune Afrique du Sud]—a été largement diffusée sous une forme accessible et a servi à sensibiliser le monde aux vies des jeunes de l'Afrique du Sud. Cette enquête a examiné comment les jeunes de l'Afrique du Sud passent leur temps libre, quels sont leurs soucis et leurs peurs, leur activité sexuelle et leurs connaissances sur le VIH/SIDA.

Le programme est un modèle de plaidoyer en ce qu'il promeut les sujets liés à la SSR des adolescents et sensibilise le grand public à ces problèmes. De plus, en travaillant de près avec les autres ONG et le gouvernement, les messages de loveLife sont intégrés aux fondements de la société.

Rapport financier

La majeure partie du financement de loveLife est fournie par la Henry J. Kaiser Family Foundation et la Bill and Melinda Gates Foundation. D'autre financement est fourni par le gouvernement sud-africain, l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) et la Nelson Mandela Foundation.

loveLife fonctionne sur un budget annuel de 20 millions de dollars US (R200 millions).

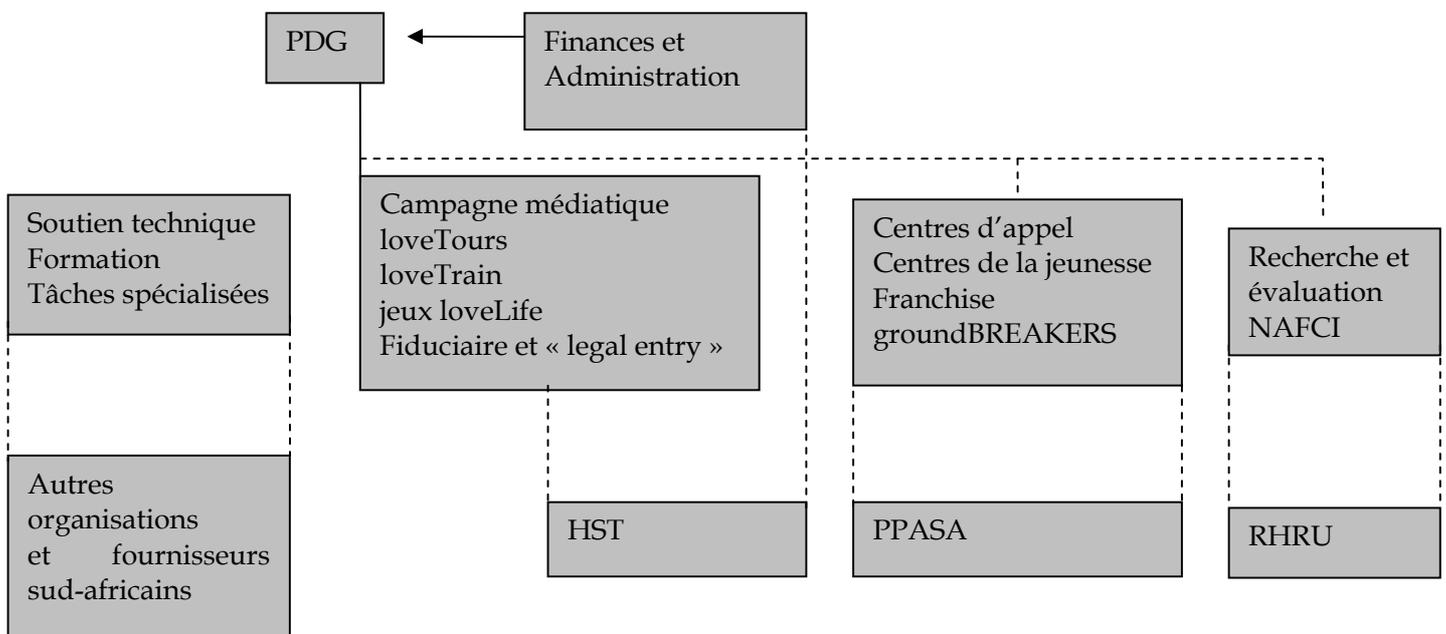


Figure 5. Organisation des composantes du programme

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

L'évaluation récente de loveLife a identifié plusieurs défis auxquels l'initiative fait face.

Nouveauté

loveLife a été lancé il y a seulement deux ans ; depuis son début, sa visibilité et ses programmes continuent à se développer. Beaucoup des éléments clé du programme sont toujours en train d'être augmentés, en particulier la NAFCI. Le défi sera de continuer à faire participer les jeunes par la campagne médiatique de sensibilisation, tout en continuant la mise en œuvre pratique du programme.

Beaucoup de personnes n ont pas encore entendu parler du programme

Soixante-deux pour cent des jeunes ont entendu parler de loveLife, mais il ne faut pas oublier que cela veut dire que presque quatre jeunes sur dix (38 %) âgés de 12 à 17 ans ignorent toujours cette initiative. Il s'agit d'un défi mais aussi d'une occasion pour ceux et celles qui participent à loveLife de continuer à élargir et améliorer leur effort de « faire passer le mot » aux autres jeunes.

Même si les résultats de la récente évaluation montrent que beaucoup de jeunes sont conscients de loveLife et de ses objectifs globaux, la conscience est seulement le premier pas d'un long processus.

Le changement de comportement qui a été signalé n'est pas forcément le changement réel. Beaucoup de jeunes qui connaissent loveLife déclarent que le programme a eu une influence positive sur leurs comportements. Néanmoins, la recherche conduite jusqu'ici ne révèle pas précisément quels comportements ont changé. L'un des défis qui confrontent la section de recherche de l'initiative est conduire une évaluation qui serait plus large et qui s'étendrait sur plusieurs années pour évaluer l'impact de loveLife ; une telle évaluation tiendrait compte des indicateurs liés au comportement sexuel des adolescents (par exemple, le retard des premiers rapports sexuels).

Convaincre les parents

Bien que les jeunes paraissent ouverts à la communication et croient que la communication pourrait encourager des attitudes et des pratiques qui seraient plus saines en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, les parents semblent moins disposés et moins convaincus qu'elle puisse faire une différence. L'un des défis clé sera de convaincre plus de parents que la communication ouverte sur le sexe et la sexualité pourra, en effet, assurer que les jeunes sud-africains feront des choix plus sains.

Évaluation

Une publication récente intitulée « loveLife's for us... » [loveLife est pour nous] contient des informations qui proviennent d'une évaluation de l'initiative loveLife.

Veillez contacter loveLife pour plus d'informations sur leur processus d'évaluation et pour obtenir les résultats de cette évaluation. (Voir Partie D, « Organisations et contacts ».)

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	La valeur principale que loveLife cherche à promouvoir est le choix. Cela suggère que l'on croit que les jeunes sont capables de faire des choix sages en ce qui concerne leur comportement sexuel. Les groundBreakers sont employés pour diffuser des messages sur la prévention.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	Atteint en partie	loveLife cible spécifiquement les jeunes âgés de 12 à 17 ans. Le programme tient compte de la recherche qui a été conduite sur le groupe cible. Il n'est cependant pas clair lesquelles des initiatives et des composantes s'adressent aux jeunes d'un âge particulier.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	Le programme intègre des attitudes, des compétences et un environnement de soutien où les jeunes peuvent faire des choix sages.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le	✓	La promotion des valeurs sociales positives dans le contexte des relations personnelles et du comportement

	changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.		constitue l'un des points centraux du programme.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	✓	L'un des trois domaines centraux du programme est la recherche. La recherche est utilisée pour améliorer les aspects du programme qui sont liés aux médias et à la réponse sociale.
6	Conduit une formation continue aux enseignants et aux autres fournisseurs de service.	✓	Les fournisseurs de service, tels que les infirmières cliniques et les jeunes qui travaillent dans le programme, reçoivent une formation et du soutien.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	Le programme utilise une stratégie multimédia et des activités variées.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	La section de plaidoyer du programme fait participer la communauté générale, tout comme l'effort local aux centres de jeunesse.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	✓	On a pris soin d'introduire les messages de la campagne médiatique d'une manière qui tient compte du développement. Mais il se peut que les enfants voient les messages hors séquence, ce qui peut mener à la confusion.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	Non applicable	Le programme loveLife ne fait pas partie du système d'éducation formel.
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	✓	Le programme loveLife tient compte du fait que les interventions de mass media doivent particulièrement être maintenues à un niveau suffisamment élevé et pendant suffisamment de temps avant d'avoir un effet sur le comportement.
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	✓	Le programme loveLife n'opère pas en collaboration directe avec les écoles, mais ses messages généraux complètent les messages du programme de santé en milieu scolaire. Il n'existe pas encore des programmes sur le VIH/SIDA dans toutes les écoles de l'Afrique du Sud. Il y a donc des régions où loveLife est

			l'une des seules sources d'informations sur le VIH et sur d'autres sujets liés à la santé sexuelle et reproductive.
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	On a pris soin d'assurer que les messages sont corrects et cohérents. Toutes les initiatives sont examinées individuellement avant leur mise en œuvre. Une formation complète est donnée, mais les franchises pourraient communiquer des messages variés, ce qui constitue une raison de s'inquiéter.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	loveLife plaide pour son programme par le biais de ses publications. La couverture est si répandue à travers le pays que la plupart des gens sont conscients de son existence et des messages qu'il diffuse.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément normal et sain de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	✓	loveLife fait un effort de dépeindre la sexualité humaine comme un élément normal et sain de la vie.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	L'évaluation et le suivi sont un élément essentiel du programme. Des évaluations ont été conduites et publiées pour une plus profonde analyse.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

loveLife
P.O. Box 45
Parklands

2121

Johannesburg, South Africa

Tél : (+27 11) 771-6800

Télécopie : (+27 11) 771-6801

Courrier électronique : talk@lovelife.org.za

Site Internet : www.lovelife.org.za

Health Systems Trust

P.O. Box 808

Durban 4000, South Africa

Tél : (+27 31) 307-2954

Télécopie : (+27 31) 304-0775

Courrier électronique : hst@healthlink.org.za

Reproductive Health Research Unit

Department of Obstetrics and Gynaecology

Chris Hani Baragwanath Hospital

P.O. Bertsham

2013

South Africa

Tél : (+27 11) 033-1228

Télécopie : (+27 11) 033-1227

Courrier électronique : jstadler@rhrujhb.co.za

Planned Parenthood Association SA

P.O. Box 1023

Saxonwold

2123

Johannesburg, South Africa

Tél : (+27 11) 880-1162

Télécopie : (+27 11) 880-1191

Courrier électronique : ppasa@ppasa.org.za

Liste des collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été compilé par Glynis Clacherty, de Clacherty and Associates, une agence qui se spécialise dans la recherche participative avec les enfants et dans le développement du matériel pédagogique relatif aux enfants et à la santé. Mme Clacherty a beaucoup travaillé sur les liens entre le VIH/SIDA et les enfants. Elle est basée à Johannesburg, en Afrique du Sud.

Angela Stewart-Buchanan, de loveLife, a collaboré à la rédaction de ce rapport.

Version anglaise éditée par Katie Tripp et Helen Baños Smith.

Matériel pédagogique

Loud and Clear : Tips on Talking to Your Children About Difficult Things ! (Comment parler aux enfants à propos des sujets difficiles)

(Numéro de commande : loveLife01)

Love Facts : Talk About It (Parler de l'amour)

(Numéro de commande : loveLife02)

Love Them Enough to Talk About Sex (Parler à – et écouter – votre adolescent ; Aimez-les suffisamment pour leur parler du sexe)

(Numéro de commande : loveLife03)

Talking and Listening : Parents and Teenagers Together, Find Out How to Make it Easier... (Parler et écouter : Les parents et les adolescents ensemble, comment le rendre plus facile)

(Numéro de commande : loveLife04)

Impending Catastrophe Revisited : An Update on the HIV/AIDS Epidemic in South Africa (Retour à la catastrophe imminente : Mise à jour sur l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique du Sud)

(Numéro de commande : loveLife05)

Tell Me More (Dites-moi plus)

(Numéro de commande : loveLife06)

Hot Prospects, Cold Facts, Portrait of Young South Africa (Portrait de la jeune Afrique du Sud)

(Numéro de commande : loveLife07)

Looking at loveLife : The First Year : Summaries of Monitoring and Evaluation (Coup d'œil sur loveLife : La première année : Résumés du suivi et de l'évaluation)

(Numéro de commande : loveLife08)

« *loveLife's for Us...* » *A Survey of SA Youth 2001* (loveLife est pour nous, étude des jeunes de l'Afrique du Sud)

(Numéro de commande : loveLife09)

Our Story (Notre histoire)

(Numéro de commande : loveLife10)

loveLife Franchise

(Numéro de commande : loveLife11)

S'camto (journal)

(Numéro de commande : loveLife12)

ANNEXE 1. FRANCHISES, DOMAINES PRINCIPAUX DU PROGRAMME, ACTIVITÉS ET NORMES

Domaine principal	Activité	Norme
Promouvoir la marque loveLife	<ul style="list-style-type: none"> • Afficher le logo loveLife bien en vue • Diffuser le matériel pédagogique loveLife ; mettre les affiches en vue du public, diffuser le matériel promotionnel pendant les événements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le logo est affiché où il est visible au public. • Le matériel pédagogique est utilisé et il est distribué au groupe cible approprié, selon le plan.
Développer et mettre en œuvre un plan d'action de loveLife	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer les messages de loveLife par moyen de la culture populaire de la jeunesse (musique, sports, récréation, etc.) • Développer une composante d'éducation par les pairs et de direction par les jeunes • Mettre en œuvre un programme de SSR et d'habiletés fondamentales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme mixte : <ul style="list-style-type: none"> - le basket-ball ou un autre sport pour diffuser le message - pièces, musique, art • Éducateurs pairs : au moins deux groupes de 15 à 20 jeunes, âgés de 12 à 17 ans, par année (moitié H, moitié F) • « Mobilisateurs » communautaires :

	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir des dossiers élémentaires, fournis par loveLife. 	<p>un groupe de 20 « community mobilizers » par an, ayant reçu la formation en compétences fondamentales, âgés de 18 à 25 ans (10 H, 10 F)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moins deux personnes par organisation reçoivent la formation nécessaire pour diriger les programmes d'éducation par les pairs, de SSR et d'habiletés fondamentales. • Chaque trimestre, entre 20 et 30 jeunes âgés de 12 à 17 ans participent aux ateliers. (Les éducateurs pairs peuvent être recrutés lors de ces ateliers.) • Chaque trimestre entre 20 et 30 jeunes âgés de 12 à 17 ans participent aux ateliers loveLife visant la motivation et d'autres aspects du développement de la jeunesse. • Les rapports mensuels ou trimestriels, fournis par loveLife, sont soumis.
<p>Participer aux activités de la franchise nationale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager les jeunes à participer aux activités coordonnées au niveau national qui sont 	<ul style="list-style-type: none"> • À négocier auprès de la franchise • Participation aux jeux loveLife

	<p>organisées et financées par loveLife.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être disposé(e) à participer à la recherche et à l'évaluation. • Être disposé(e) à écrire de ses expériences et à contribuer aux bulletins et aux autres publications. 	<ul style="list-style-type: none"> • loveTours • loveTrain • Coopérer, fournir de l'information, aider à résoudre les problèmes d'organisation. • Au moins deux contributions par an.
<p>Renforcer le soutien communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les acteurs essentiels pour avoir leur appui afin d'assurer le soutien communautaire pour l'initiative loveLife. 	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un groupe de travail loveLife. • Réunions avec les fournisseurs de soins de santé locaux (examiner les liens avec la NAFCI et/ou un atelier sur les services qui sont accessibles aux adolescents. • Formation en éducation des parents.

Résumé du programme

Soul Buddyz : Un projet d'éducation/divertissement multimédia pour les enfants de l'Afrique du Sud

L'Afrique du Sud est touchée par l'une des épidémies les plus importantes du monde ; 4,7 millions de personnes sont atteintes du VIH. C'est la cause la plus importante du décès dans l'Afrique du Sud et c'est la priorité de la santé publique nationale.

Soul Buddyz est un véhicule médiatique, éducatif et divertissant pour les enfants sud-africains âgés de 8 à 12 ans, et c'est calqué sur *Soul City*, un véhicule adulte qui a réussi. Il s'adresse aux enfants en leur diffusant des messages importants sur le SIDA, sur la sexualité chez les jeunes et sur la problématique hommes-femmes.

La série *Soul Buddyz* a été développée par un processus interactif qui faisait participer les enfants. Il consiste en une série dramatique télévisée en 26 épisodes ; un magazine radiodiffusé en trois langues locales, également en 26 épisodes ; et un livre sur les aptitudes à la vie quotidienne, distribué à un million d'enfants âgés de 12 ans. La série s'accompagne d'une campagne de plaidoyer s'adressant aux responsables politiques et augmentant la capacité des ONG d'agir pour promouvoir les droits des enfants.

L'évaluation de la série montre que 67 % des enfants sud-africains ont eu accès à *Soul Buddyz*. Ces enfants avaient une connaissance accrue, démontraient de meilleurs comportements et discutaient des problèmes plus que ceux et celles qui n'avaient pas eu accès au matériel pédagogique. De plus, le matériel pédagogique a amélioré la compréhension manifestée par les parents, ainsi que leur volonté de parler avec leurs enfants des problèmes épineux tels que les rapports intimes, le SIDA et les questions liées aux spécificités sexuelles.

Le coût du programme monte à approximativement 0,38 \$US par enfant. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 14 en entier et 2 en partie.

Soul *Buddyz* : Un projet d'éducation et de divertissement multimédia pour les enfants de l'Afrique du Sud

PARTIE A : LE PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

En Afrique du Sud, il faut assurer que les jeunes aient assez d'information et de compétences, ainsi qu'un environnement positif, pour qu'ils puissent se protéger de l'infection par le VIH. À cause de la forte discrimination envers les personnes vivant avec le SIDA, il faut impérativement éliminer la honte associée au SIDA. Les enfants touchés par le SIDA, ou ceux et celles qui en souffrent, ont besoin du soutien social. Il faut mobiliser les communautés à l'échelle nationale pour qu'elles aient la capacité de jouer ce rôle de soutien.

Le Soul City Institute for Health and Development Communication (l'Institut Soul City pour la communication de santé et de développement) a été établi en Afrique du Sud en 1992. Il se sert du pouvoir du mass media pour aborder les problèmes qui ont été cités ci-dessus. L'« Edutainment » (education-entertainment [Éducation-divertissement]) est considéré au niveau international comme un outil didactique puissant. Beaucoup de programmes éducatifs médiatiques sont incapables d'attirer un grand public ; l'« edutainment » intègre les sujets éducatifs aux présentations divertissantes qui permettent aux promoteurs de santé d'obtenir les créneaux de prime time. Le pouvoir de l'« edutainment » vient de sa capacité de modeler les attitudes et les comportements positifs par le biais des personnages auxquels le public cible s'identifie. Les personnages jouent un rôle central dans les vies des téléspectateurs, qui vivent indirectement les leçons vécues par les personnages. Le pouvoir de produire le revenu publicitaire permet aussi le développement des partenariats qui sont mutuellement bénéfiques entre les médias et les promoteurs de santé.

*Soul Buddyz nous apprend...nous devons travailler en équipe avec nos amis.
Téléspectateur de Soul Buddyz*

L'approche « edutainment » est particulièrement appropriée pour l'Afrique du Sud parce que la portée des médias est bonne dans ce pays. La télévision atteint approximativement 74 % de la population ; la radio en atteint 93 % et les journaux atteignent 40 % de la population.

Le Soul City Institute for Health and Development Communication a commencé son effort par la création de *Soul City*, une série de prime time, diffusée hebdomadairement, qui est très populaire ; elle traite les problèmes de santé et de communication par le biais d'une série dramatique télévisée. La série s'accompagne d'une émission dramatique quotidienne à la radio ; de brochures sur la santé et d'une campagne intensive de publicité, marketing et plaidoyer.

Les évaluations de *Soul City* démontrent régulièrement que cette émission est efficace à influencer de divers problèmes de la santé : Il transmet des informations, augmente les discussions et l'interaction interpersonnelle et il change les attitudes, les pratiques et les normes sociales. De plus, il a été déterminé que *Soul City* est populaire chez les jeunes de moins de 16 ans, bien que le matériel pédagogique ait été conçu pour les jeunes plus âgés et les adultes. L'Afrique du Sud est un pays dont la population est jeune : À peu près 40 % de la population est âgé de moins de 18 ans et il y a approximativement 13 millions d'enfants entre les âges de 5 et 18 ans. Chaque année, une grande cohorte de jeunes Sud-Africains vulnérables devient donc sexuellement active.

À la lumière de cette situation et de la nature sérieuse de la pandémie du SIDA, et vu l'importance de commencer l'intervention dès l'enfance, le Soul City Institute for Health and Development Communication a décidé de créer une série d'« edutainment » pour les enfants âgés de 8 à 12 ans. *Soul Buddyz* est un programme qui est centré sur la perspective de l'enfant vis-à-vis du VIH/SIDA, sur la sexualité et sur d'autres sujets qui sont pertinents aux enfants. Il consiste en une émission de télévision et une émission

radiodiffusée accompagnées des matériels imprimés sur les aptitudes à la vie quotidienne ; ces matériels sont destinés aux enfants et aux parents.



Le logo de *Soul Buddyz*

Le Soul City Institute for Health and Development Communication est maintenant en train de développer *Soul Buddyz2*, qu'il espère diffuser à la télévision et à la radio sud-africaines en 2003.

1992	<ul style="list-style-type: none"> Établissement du Soul City Institute for Health and Development Communication
1999	<ul style="list-style-type: none"> Épisode pilote de <i>Soul Buddyz</i> Recherche et rédaction des scripts, de la brochure pour les parents et des matériels imprimés sur les aptitudes à la vie quotidienne
2000	<ul style="list-style-type: none"> Tournage de la série télévisée Développement du script de radio Série télévisée sur la chaîne nationale (août 2000 - février 2001) Livre d'aptitudes à la vie quotidienne pour les élèves de la 5ème année
2001	<ul style="list-style-type: none"> Émission de radio diffusée au niveau national Recherche conduite pour <i>Soul Buddyz 2</i>
2002	<ul style="list-style-type: none"> Rédaction du script et tournage de <i>Soul Buddyz 2</i>
2003	<ul style="list-style-type: none"> Les émissions de télévision et de radio de <i>Soul Buddyz 2</i> seront diffusées au niveau national

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Vue d'ensemble du programme

But

Améliorer la qualité de vie des jeunes Sud-Africains par le biais de meilleures connaissances sur la santé.

Objectifs du programme

Créer un véhicule multimédia d'« edutainment » qui sera populaire chez les enfants âgés de 8 à 12 ans. Le véhicule offrira des messages importants sur la santé et ces messages seront pertinents aux enfants de cette tranche d'âge ; leurs connaissances sur la santé seront donc accrues. Le véhicule comprend la télévision, la radio et les matériels imprimés.

Soul Buddyz nous apprend que si tu as un problème avec quelqu'un, la violence ne le résoudra pas.
Enfant de milieu périurbain

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Le groupe cible primaire consiste en les enfants âgés de 8 à 12 ans de toutes les races, tous les groupes linguistiques et tous les groupes socioéconomiques de l'Afrique du Sud.

Groupe cible secondaire

Les parents et les tuteurs des enfants âgés de 8 à 12 ans sont ciblés par la télévision, la radio et les matériels imprimés, qui sont essentiellement créés pour les enfants ; il s'agit quand même d'un public secondaire. De plus, un livre sur les compétences parentales est spécifiquement conçu pour aider les parents et les tuteurs.

Champ d'action

Soul Buddyz est un projet d'envergure nationale qui atteint toutes les personnes qui ont accès à la télévision, à la radio et aux médias imprimés.

Durée du programme

Le développement du véhicule *Soul Buddyz* a pris beaucoup de temps. La création d'un chapitre du livre et un épisode de la série télévisée a pris trois mois. La recherche, la rédaction des scripts et le tournage de la série télévisée ont pris 18 mois.

La série télévisée a été diffusée à la télévision nationale à partir du mois d'août 2000 jusqu'en février 2001. Le développement de l'émission de radio a pris six mois et le programme a été radiodiffusé entre février 2001 et avril 2001. Le développement du livre d'aptitudes à la vie quotidienne a pris six mois, et il a été distribué dans les écoles en octobre 2000.

Une seconde série, *Soul Buddyz 2*, est en cours de développement.

Buts du programme

Les buts du programme *Soul Buddyz* sont mieux résumés par les messages qui sont intégrés dans la série. Les messages liés au VIH/SIDA sont généraux et spécifiques. Les messages généraux traitent les problèmes liés à l'estime de soi et à la problématique hommes-femmes.

La recherche formatrice avait indiqué que les enfants ne connaissaient pas ces domaines, ou qu'ils devaient changer leurs attitudes pour éviter des comportements et des situations à risque. La croyance que les enfants sont capables de travailler ensemble, de se donner du soutien et de s'entraider de manières positives n'est pas généralement trouvée dans les programmes de ce genre ; mais c'est très puissant pour autonomiser les gens. Ces buts mèneront éventuellement à une société qui sera mieux renseignée, plus inclusive et équitable.

Pour de plus amples détails sur les messages de *Soul Buddyz*, voir l'annexe 3 (« Explication détaillée des buts »).

Respect mutuel
Soutien des pairs ; s'entraider
Promotion des droits des enfants
Autonomiser les filles
Égalité des individus
Changement des attitudes des garçons afin d'arrêter la violence sexuelle
Apprendre à exprimer les émotions
Résolution des problèmes
Prise de responsabilité pour ses actions

Figure 2. Buts du programme – Message général (non classés)

Parler du VIH/SIDA et du sexe
Essayer d'obtenir des informations correctes et de vérifier les informations venant de différentes sources
Comprendre la puberté
Le droit de dire « non » aux rapports sexuels
Se renseigner à propos de l'abus des enfants
Éliminer la honte

Figure 3. Buts du programme – Messages plus spécifiques sur le VIH/SIDA et la sexualité (non classés)

Approches du programme

Les cinq approches principales du programme sont :

1. la promotion d'une politique publique saine
2. la création d'environnements de soutien
3. le soutien de l'action communautaire pour la santé
4. le développement des compétences personnelles

5. la réorientation des services de santé

J'aime bien *Soul Buddyz* parce que ça m'apprend à distinguer le bien du mal.
Enfant de milieu périurbain

Les aspects clés de la méthodologie sont présentés dans la figure 4.

Par un processus complet de recherche formative, les messages sur la communication de la santé et du développement sont développés et intégrés au véhicule d'« edutainment ». Quelques-uns de ces messages abordent le VIH/SIDA, la sexualité des jeunes et la violence domestique. On prend soin d'assurer que les matériels médiatiques sont de la plus haute qualité. L'élément dramatique dépeint des situations vraisemblables pour que le téléspectateur puisse s'identifier aux personnages qui sont modelés. Les émotions sont mises en relief, afin de former et changer les attitudes envers les relations entre les deux sexes, et envers les autres sujets qui sont présentés.

Les choses qu'on voit sur *Soul Buddyz* arrivent à tous les jours.
Enfant de milieu périurbain

Composantes

Le programme consiste en six composantes principales ; les cinq premières composantes sont présentées en détail ci-après.

1. une série de télévision dramatique
2. un magazine radiodiffusé
3. le matériel pédagogique sur les aptitudes à la vie quotidienne pour les enfants
4. une brochure sur les compétences parentales
5. une vidéocassette animée sur l'éducation sexuelle
6. le plaidoyer (Voir la Partie B de ce chapitre.)

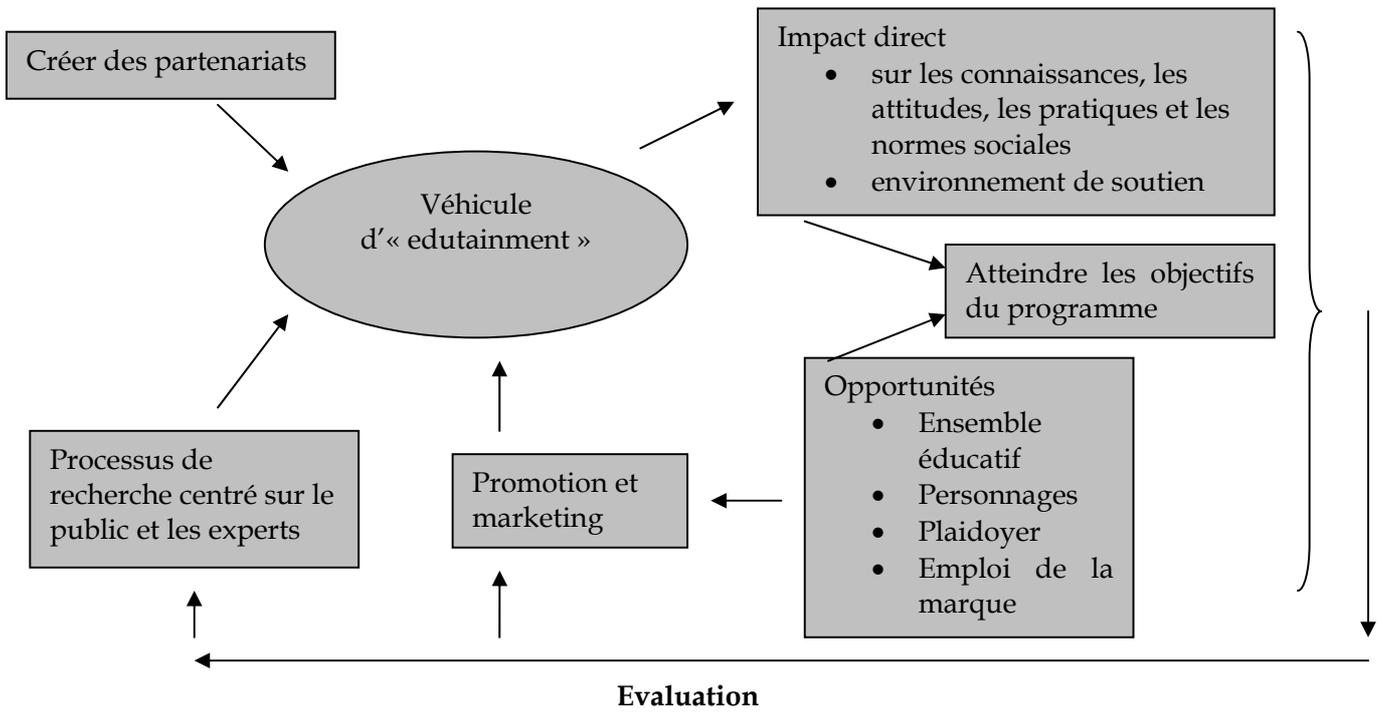
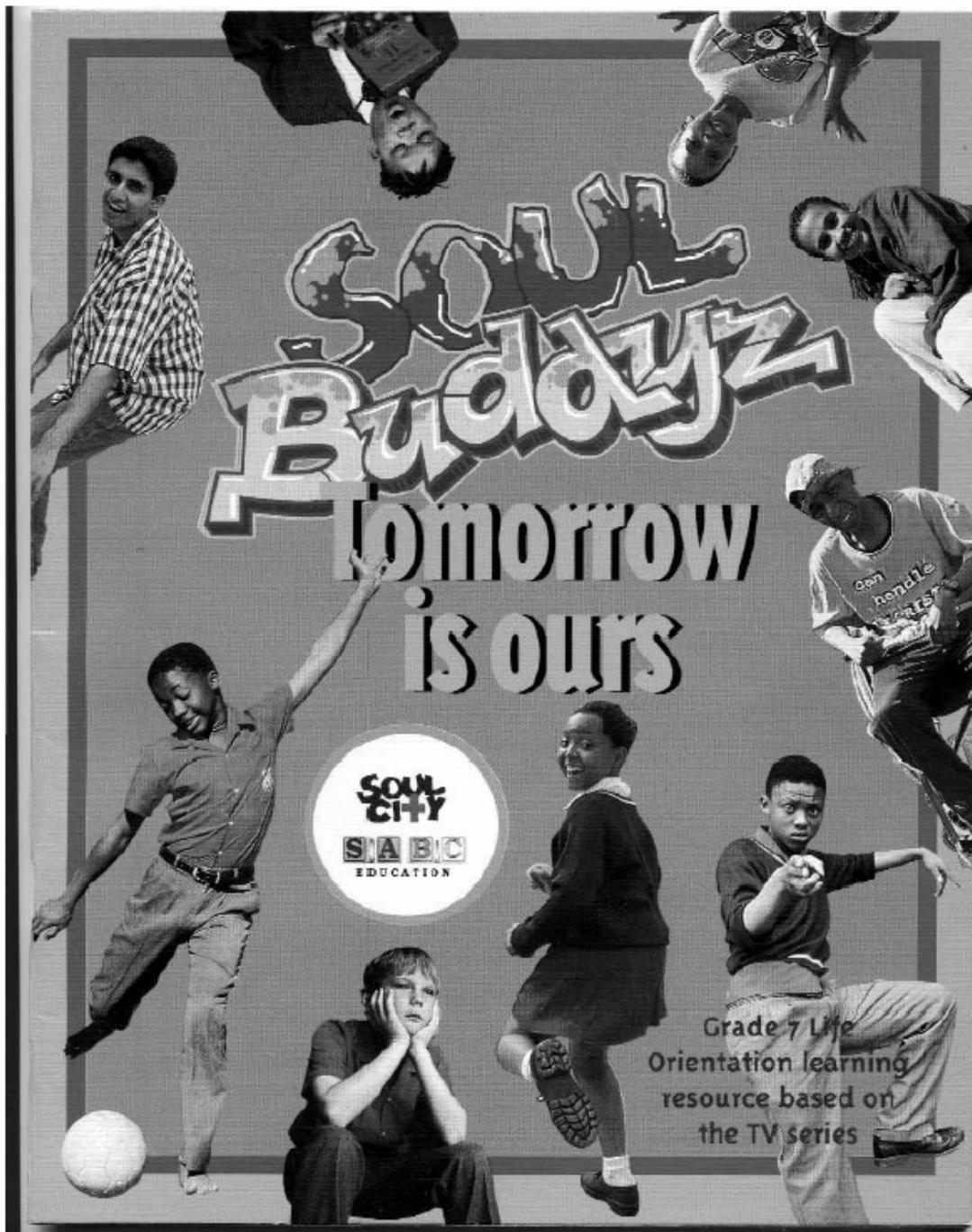


Figure 4. Le modèle « edutainment » de Soul City



Livre d'habiletés fondamentales – 5ème année

Série dramatique télévisée

Cette série télévisée de 26 épisodes est axée sur les vies de huit personnages (les « Soul Buddyz ») ; ce sont des enfants qui font face à de divers problèmes tels que s'adapter à une nouvelle école, subir des brimades et vivre avec une mère qui souffre du SIDA – des

problèmes auxquels ils doivent faire face dans la vie quotidienne. Les *Soul Buddyz* sont de diverses races, classes socioéconomiques et sexes.

La série *Soul Buddyz* se sert de nombreuses stratégies pour renforcer son impact. Chaque épisode se déroule du point de vue d'un(e) des huit *Soul Buddyz* ; ses pensées intimes sont transmises par voix off. Chaque épisode est caractérisé par une séquence de fantaisie qui illustre les espoirs et les peurs des enfants. Une chanson rap souligne le message principal de l'épisode et, à la fin de chaque épisode (qui dure 26 minutes), une douzaine d'enfants venant de tout le pays font des commentaires sur les sujets éducatifs soulevés. Les services des ONG, tels que la Childline (une ligne téléphonique sans frais pour les enfants) sont souvent intégrés dans la trame narrative de *Soul Buddyz*. Par exemple, un épisode qui traitait de l'abus sexuel a montré un enfant qui apprenait à se servir de la Childline, qui fournit du counselling et des services de suivi aux enfants. Après chaque épisode de *Soul Buddyz* le numéro de Childline est affiché bien en vue. Les matériels imprimés portent aussi le numéro de téléphone pour la Childline.

Le programme *Soul Buddyz* est multilingue. Les épisodes se déroulent en anglais, mais les enfants parlent dans leurs propres langues à la maison, ou lorsqu'ils parlent avec leurs parents ou avec leurs frères et sœurs. Ils parlent dans leur langue maternelle en voix off aussi. Les langues locales sont sous-titrées (en anglais) quand elles sont utilisées. *Soul Buddyz* est donc diffusé en cinq langues, bien qu'approximativement 60 % soit en anglais.

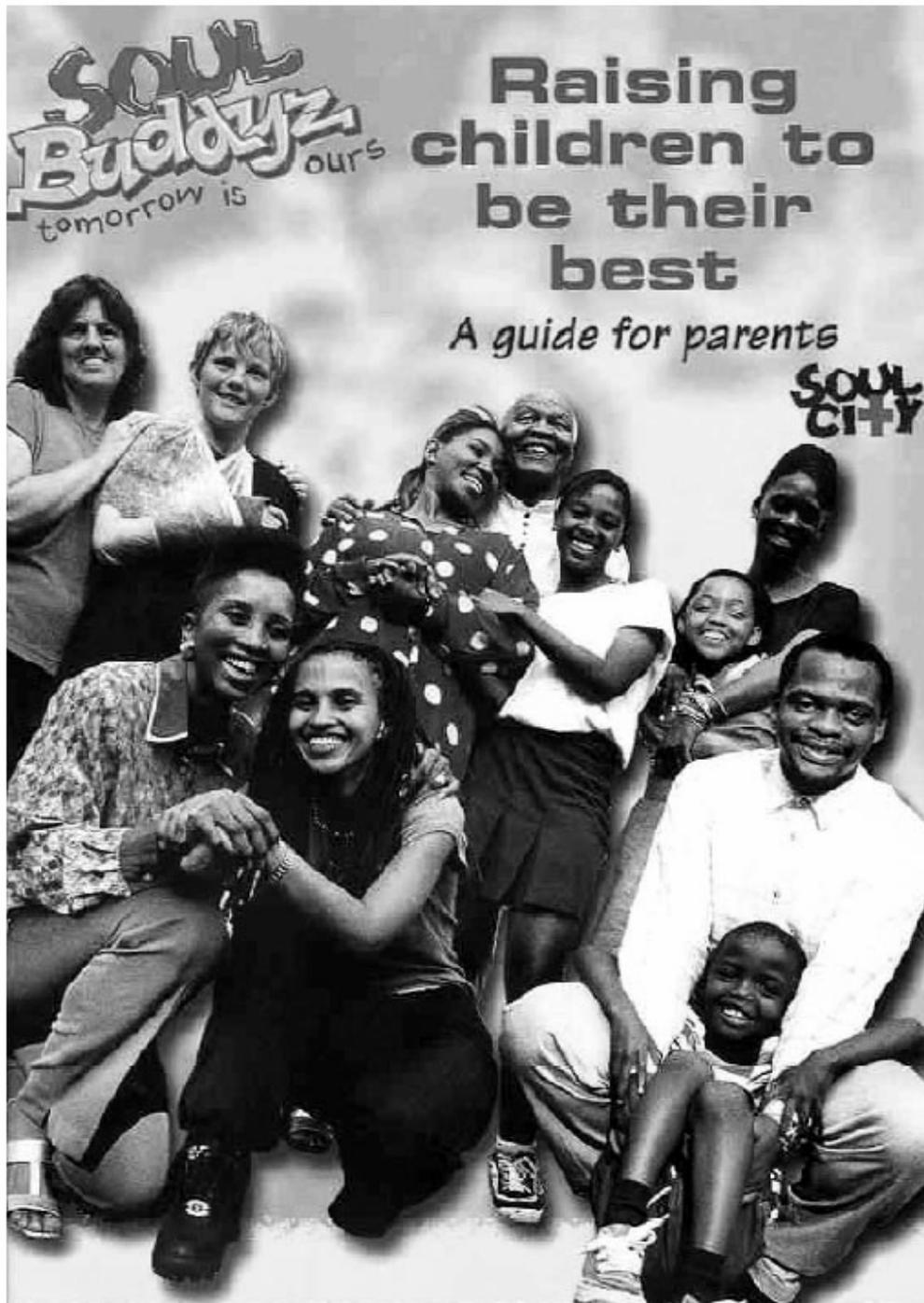
<p><i>Soul Buddyz</i> nous apprend de la vie. <i>Enfant de milieu métropolitain</i></p>

Radio

La composante de radio était constituée d'un magazine radiodiffusé de 26 épisodes ; ce magazine était aussi appelé *Soul Buddyz*. Le magazine, qui durait 30 minutes par épisode, incorporait une partie dramatique de dix minutes qui employait des enfants comme protagonistes. Il y avait aussi une partie dramatisée de 5 minutes pour les adultes et les enfants, ainsi qu'une causerie radiodiffusée avec de jeunes présentateurs/présentatrices et des invités experts. Ce magazine était radiodiffusé en trois langues sud-africaines – en setswana, en nord-sotho et en xhosa – pour plaire à un plus grand public.

Matériels imprimés sur les aptitudes à la vie quotidienne

Un livre d'aptitudes à la vie quotidienne a été distribué à un million d'élèves de 5ème (âgés de 12 ans) dans chaque école primaire de l'Afrique du Sud. Les matériels, illustrés de photos des personnages de *Soul Buddyz*, couvrent tous les sujets qui sont abordés dans la série télévisée et ils sont conçus pour être interactifs. Chaque unité commence par une bande dessinée (en photos) qui raconte brièvement l'histoire télévisée. La bande dessinée est suivie d'histoires tirées de la vie réelle, racontées par des enfants. De plus, il y a des activités (individuelles et de groupe) pour les enfants, des notes didactiques avec des idées pour améliorer l'enseignement et des coordonnées pour des organisations de soutien d'enfants. Trois affiches informationnelles accompagnent le livre.



Brochure de compétences parentales

Brochure de compétences parentales

Un petit livre, facile à utiliser, sur les compétences parentales a été distribué par le *Sunday Times*, un journal de dimanche dont la diffusion est la plus importante du pays (600 000 lecteurs). Il a aussi été distribué par les ONG de l'Afrique du Sud. Le taux

d'alphabétisation de l'Afrique du Sud est plutôt élevé—81,8 % des adultes de plus de 15 ans sont capables de lire et écrire—mais les aptitudes pour la lecture sont faibles. La brochure a donc été créée en trois langues au niveau de la 7^e année (10 ans). Le livre couvre des sujets tels que la communication, la discipline, la résolution des disputes, les ménages monoparentaux et l'encouragement de l'estime de soi chez les enfants. Il y a aussi des informations sur la prévention des accidents. La brochure explique également comment parler aux enfants de la sexualité, du VIH/SIDA et de la mort.

Notre groupe est uni et on s'aime bien. Parfois, quand nous nous baladons et des gens essaient de nous intimider, on ne s'enfuit pas pour laisser les autres se débrouiller tout seuls ; nous nous protégeons.
Enfant de milieu périurbain

Vidéocassette animée sur l'éducation sexuelle

À cause du manque de connaissances chez les enfants sud-africains en ce qui concerne la sexualité, une vidéocassette animée d'une durée de six minutes a été développée et intégrée à la série télévisée *Soul Buddyz*. Cette animation a résolu le problème posé par le fait de montrer les organes sexuels à la télévision nationale et elle a facilité la discussion sur le sujet.

La vidéo a été intégrée à un épisode où les Soul Buddyz sont confus par des questions relatives à la sexualité. Une infirmière aimable les assied pour leur montrer la vidéo. La télédiffusion de cet épisode marquait la première fois que des matériels didactiques tant sexuellement explicites aient jamais été vus à la télévision sud-africaine.

Pour maximiser l'utilité de la vidéo animée, l'épisode qui la contient a été condensé ; cette version plus courte, qui ne dure que 12 minutes, est vendue aux écoles et aux parents comme outil d'enseignement. Cette ressource est très demandée ; plus de 100 vidéos ont été vendues dans les deux premiers mois.

Soul Buddyz—c'est la réalité.
Enfant de milieu métropolitain

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Soul City a publié un guide complet pour les directeurs de programmes. Ce guide explique comment organiser un véhicule d'« edutainment » comme *Soul Buddyz*. Le guide, intitulé *Edutainment: How to Make Edutainment Work for You: A Step-by-Step Guide to Designing and Managing an Edutainment Project for Social Development*, est disponible chez Soul City (Voir Organisations et contacts, Partie D).

Évaluation des besoins

L'évaluation des besoins a été conduite en deux étapes principales. Dans la première étape, on a déterminé lesquels des messages devraient être diffusés par le programme *Soul Buddyz*. Pendant la seconde étape, il a été déterminé si ces messages avaient été transmis au public cible de la manière la plus appropriée et efficace.

Étape 1

Les études d'audience ont été conduites au niveau national chez les enfants âgés de 8 à 12 ans. Les experts qui ont mené l'enquête étaient spécialistes en recherche participative avec les enfants ; ils ont assuré que le processus n'était pas contraire à la morale et qu'il autonomisait les enfants.

Soul Buddyz m'apprend des choses sur le SIDA. Par exemple, quand la mère d'un des garçons a le SIDA, ça montre comment on peut y faire face.
Enfant de milieu périurbain

Une approche qualitative a été employée pour cette recherche. Les enfants, qui travaillaient en petits groupes, ont participé à de nombreuses activités comme le théâtre, le dessin et la cartographie. Ces activités étaient conçues pour donner aux chercheurs adultes une « fenêtre » à travers laquelle ils pouvaient apprécier les vies des enfants. Les activités étaient soigneusement structurées autour des questions clés de la recherche et elles étaient convenables à l'âge et au niveau de développement des enfants. Par exemple, un jeu du vrai ou faux a donné une idée des connaissances que les enfants avaient sur le VIH/SIDA. Dans une autre activité, il fallait dessiner une fille (ou un garçon) et donner une liste des « bonnes choses » associées aux filles (ou aux garçons) et les « mauvaises choses » qui y sont associées. Le jeu et le dessin ont servi ensuite de point de départ d'une discussion qui a été enregistrée et transcrite. Les études d'audience ont été intégrées aux ateliers de création des messages et les scénaristes les ont consultées.

Je pense que *Soul Buddyz* apprend aux enfants des choses que les parents trouvent difficile à aborder. Nous, les parents noirs, avons du mal – il y a des choses qui ne sont pas faciles à aborder avec nos enfants.
Parent de zone rurale

Étape 2

Chaque ébauche du script a été montrée aux groupes d'enfants qui venaient de divers environnements. Par la lecture et la discussion, les enfants ont fait des commentaires sur

l'histoire et les personnages. Les chercheurs ont ainsi déterminé si les enfants comprenaient bien les messages. De plus, la langue et la culture des enfants ont été rajoutées aux scripts. Les informations ont été retransmises aux scénaristes, qui ont ensuite adapté les scripts.

Matériel du programme

Le matériel de *Soul Buddyz* a été développé au cours d'une période de six mois en collaboration avec la section didactique de la chaîne South Africa Broadcasting Corporation (SABC) Educational Television et avec de nombreuses ONG, telle que la National Council of Child and Family Welfare, ainsi qu'avec des enfants.

La participation des enfants lors du développement du matériel était importante. En plus de l'évaluation des besoins (voir dessus), l'utilisation de « vraies histoires » a permis à beaucoup de jeunes de raconter leurs histoires aux autres jeunes sud-africains. De plus, le logo de *Soul Buddyz* a été créé avec la participation des enfants, comme étaient les chansons rap qui sont entendues dans la série. Les enfants ont aussi participé à la création des émissions de radio.

Soul Buddyz est un programme médiatique ; le matériel médiatique du groupe cible est donc présenté dans la partie qui traite des Composantes (voir dessus).



Les enfants participent à la création des émissions de radio *Soul Buddyz*

Choix et formation du personnel

La sélection du personnel interne est conduite par les voies ordinaires : par les annonces dans les médias et l'utilisation d'une agence spécialisée. La sélection des fournisseurs de service est faite par des appels d'offres, où le travail est offert dans les médias et les fournisseurs de services sont choisis selon leur expertise et leur rentabilité.

Des programmes de formation sont organisés pour les fournisseurs quand ils ne possèdent pas les compétences nécessaires. Par exemple, un programme de formation a été tenu pour les scénaristes de radio et les producteurs. (Voir « Mise en œuvre du programme », ci-après.)

Mise en œuvre du programme

Le processus de recherche qui est utilisé pour créer une intervention Soul City est illustré dans la figure 5.

Identification des sujets

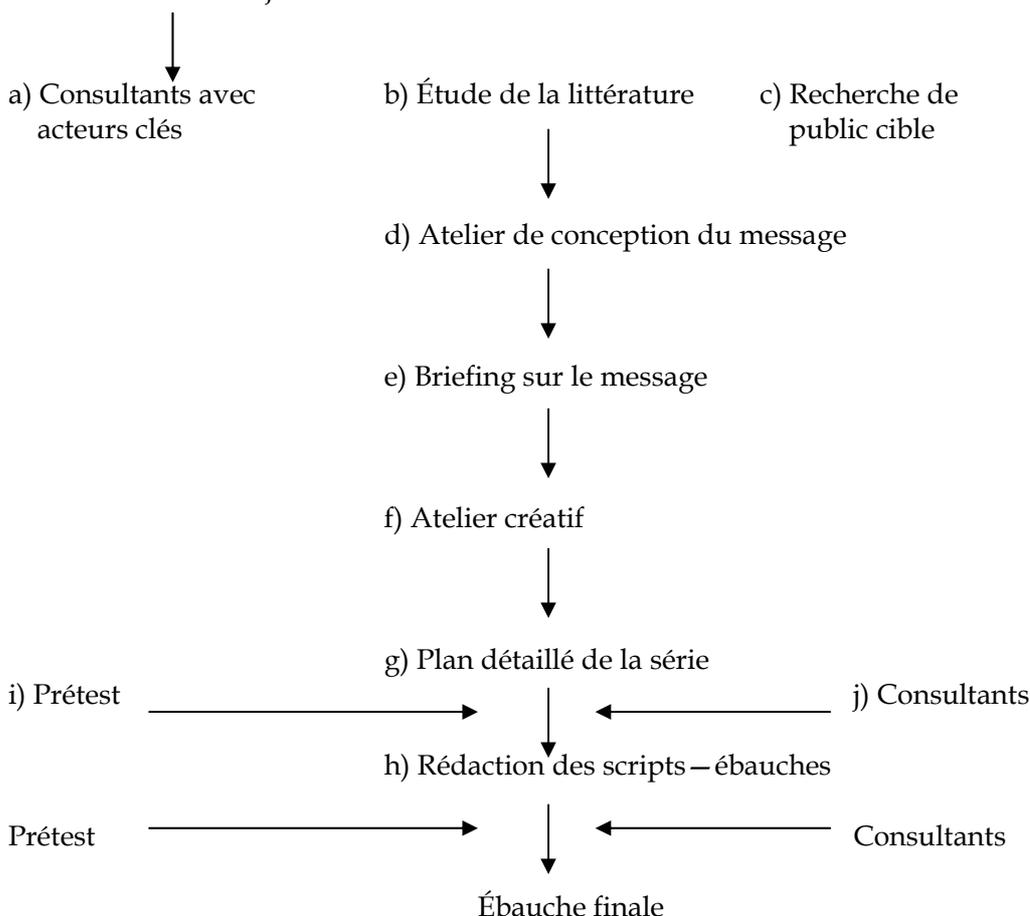


Figure 5. Processus de recherche formative

Une fois que les ébauches finales sont terminées, elles sont testées auprès des parents, des enseignants, des employés de garderie et des enfants dans les neuf provinces de l'Afrique du Sud. Cette mise à l'essai du matériel pédagogique aide les chercheurs à identifier les problèmes qui restent à résoudre.

Par exemple, l'épisode pilote de l'émission de radio, produit par une compagnie de production très respectée, a employé des adultes pour les voix des enfants. Par conséquent, les producteurs se sont rendus compte qu'il n'y avait pas d'émissions de radio en Afrique du Sud qui étaient conçues spécifiquement pour les enfants âgés de 8 à 12 ans. Cela a démontré également que les producteurs avaient peu d'expérience avec les enfants et qu'ils n'avaient pas d'expérience dans la production des programmes dramatiques pour enfants. Avec l'aide de la British Broadcasting Corporation (BBC), le projet *Soul Buddyz* a ensuite organisé un programme de formation pour apprendre aux producteurs de radio sud-africains à travailler avec les enfants.

De plus, les tests ont montré que les adultes avaient besoin d'aide avec leurs compétences parentales, surtout dans la communication avec les enfants et les façons de les discipliner avec sensibilité. Le développement de la brochure *Soul Buddyz* sur les compétences parentales est un résultat direct du processus d'essai.

Une campagne de plaidoyer a été menée auprès de la presse pour assurer que les messages de *Soul Buddyz* (et ceux de *Soul City*) atteignaient un large public et qu'ils devenaient acceptables à la société. La partie sur le plaidoyer (voir dessous) explique comment cet objectif a été atteint.

Ressources du programme

Le Soul City Institute for Health and Development Communication tient un bureau à Johannesburg. Le personnel de *Soul Buddyz* y est basé, et tous les outils pédagogiques sont entreposés dans le bureau. Les visiteurs sont toujours les bienvenus ; on peut se rendre au bureau pour chercher des dépliants, des vidéocassettes et d'autres supports utiles.

Je ne parle pas avec mes enfants de tous les sujets. Je suis très timide, mais depuis que j'ai vu ce programme [*Soul Buddyz*] j'ai changé. Cela m'a beaucoup aidé.

Parent

Plaidoyer

Le projet *Soul Buddyz* comprend une composante de plaidoyer qui est caractérisée par cinq domaines qui sont liés au VIH/SIDA :

- utiliser la presse
- former les ONG pour qu'elles sachent comment attirer l'attention de la presse
- créer des brochures pour les journalistes sur les droits des enfants et sur le VIH/SIDA
- former les journalistes sur les droits des enfants

- lancer une campagne pour accorder des droits de sécurité sociale aux enfants qui souffrent du VIH/SIDA ou qui sont touchés par cette pandémie

Utiliser la presse

Le projet *Soul Buddyz* s'est servi de la presse pour décrire les problèmes des enfants au public et aux responsables politiques de l'Afrique du Sud. La presse a fait des reportages sur le besoin de réduire la honte associée au VIH/SIDA, de promouvoir les soins et le soutien, et de soutenir l'éducation sexuelle qui est offerte aux jeunes. (Cela a préparé la voie à l'utilisation de l'épisode animé sur l'éducation sexuelle qui a été intégré à *Soul Buddyz*.) On s'attendait à ce que la vidéo animée fasse outrage au public. Des communiqués de presse ont été envoyés aux salles de presse, avec plusieurs boniments adressés directement aux journalistes clés.

Certains événements ont été orchestrés pour les médias. Par exemple, les organisateurs du projet ont invité des journalistes à regarder la vidéo d'éducation sexuelle en la présence des élèves. De nombreux articles ont paru en conséquence ; ils ont souligné la valeur de l'éducation sexuelle au plus tôt, pourvu qu'elle soit convenable à l'âge de l'enfant. Une telle éducation devrait faire partie d'un programme d'aptitudes à la vie quotidienne. Les articles ont souligné que l'éducation sexuelle encourage les prises de décision responsables chez les jeunes, et qu'elle n'encourage pas la promiscuité sexuelle.

Pendant la période où *Soul Buddyz* était diffusé, les reportages médiatiques sur les problèmes présentés dans le programme se sont vite multipliés. On en parlait dans de nombreuses émissions de télévision et de radio, ainsi qu'aux informations et dans les journaux.

Soul Buddyz est extraordinaire. On y traite des sujets et des situations vraisemblables et cela rend les enfants plus conscients des choses réelles.

Parent

Former les ONG

Soul Buddyz a conduit un stage de formation d'une durée d'une semaine pour deux organisations de défense des droits des enfants : le National Children's Rights Committee (NCRC – comité national des droits de l'enfant) et le National Plan of Action (NPA – plan national d'action) pour enfants. L'objectif de la formation était d'augmenter la capacité du NCRC et des structures provinciales du NPA d'effectuer un plaidoyer qui est centré sur le développement des compétences nécessaires pour le contact avec les médias. Un guide de formation a été créé par *Soul Buddyz* pour être distribué aux participants du stage. Le guide offrait des principes d'utilisation des outils de plaidoyer pendant la planification d'une campagne. De plus, un répertoire de contacts médiatiques a été développé pour aider le NCRC et les autres organisations à mobiliser les médias de l'Afrique du Sud, surtout en ce qui concerne les droits des enfants. Le répertoire a fourni des coordonnées pour des journalistes de radio, de télévision et de la presse dans tous les secteurs médiatiques.

Brochures pour journalistes

Une brochure de ressources concernant les droits des enfants a été créée pour aider les journalistes. La brochure contient des informations précises sur les initiatives qui portent sur les droits des enfants, y compris la Convention relative aux droits de l'enfant (Convention on the Rights of the Child), la Charte africaine (African Charter) et la Constitution de l'Afrique du Sud. De plus, les mécanismes qui ont été établis par le parlement sud-africain pour protéger les droits des enfants sont présentés en détail.

La brochure examine le rôle des mass media dans le reportage des problèmes des enfants, et elle contient quelques principes moraux. La brochure donne aux journalistes les coordonnées pour des organisations qui s'intéressent aux problèmes des enfants, y compris quelques organisations qui s'occupent du lien entre le VIH/SIDA et les enfants.

Une seconde brochure pour journalistes a été développée sur le VIH/SIDA. Elle contient des informations essentielles sur la nature infectieuse du VIH, sur l'épidémiologie et la prévention du VIH et elle offre des informations sur le traitement du VIH. Elle a paru à un moment important (en 2000), quand le président Thabo Mbeki de l'Afrique du Sud mettait en question le lien entre le VIH et le SIDA, ce qui a nuit aux initiatives de prévention et de soins. Cette brochure de ressources a été publiée en collaboration avec le Département de la Santé et le South African Editor's Forum, ce qui a rendu l'initiative plus crédible.

Soul Buddyz a changé mes relations avec mes amis, mes parents et avec les gens de la communauté ; j'ai appris à être plus respectueux et j'ai appris à parler des choses qui m'inquiètent ou qui me font mal.
Enfant de milieu périurbain

Former les journalistes sur les droits des enfants

Sept ateliers ont été conduits à travers le pays pour les journalistes et les éditeurs importants ; ces ateliers ont été coordonnés avec le lancement des brochures sur les droits des enfants et sur le SIDA. Les ateliers traitaient des problèmes liés aux droits des enfants et ont servi à familiariser les journalistes avec les institutions internationales, africaines et sud-africaines qui avaient été conçues pour protéger ces droits. Ils ont traité également des sujets moraux liés à la couverture médiatique des problèmes des enfants, y compris les problèmes qui sont associés au maintien de la vie privée dans le contexte du VIH/SIDA.

Campagne de sécurité sociale pour les enfants touchés par le VIH/SIDA

Le programme Soul City est cofondateur et membre actif de l'Alliance for Children's Entitlement to Social Security (ACCESS), une campagne à long terme qui plaide pour la sécurité sociale complète pour les enfants. L'institut a été motivé par la reconnaissance du fait que la pauvreté se trouve au centre de beaucoup des problèmes de santé qui sont abordés par *Soul Buddyz* et par la série *Soul City*.

La pandémie du SIDA rend la pauvreté plus sévère en Afrique du Sud parce qu'elle infecte le secteur de la population qui est économiquement actif. Beaucoup d'enfants sont laissés sans soutien parental et sans accès à une sécurité sociale suffisante ;

beaucoup de ces enfants sont menacés de malnutrition, de croissance retardée et d'une vie marquée des problèmes de santé et des problèmes sociaux.

Les activités ACCESS comprennent des pressions faites auprès du gouvernement, la croissance du soutien dans la société civile, le plaidoyer médiatique et la participation des enfants pour assurer que les voix des enfants sont entendues lors des délibérations à ce sujet au niveau national.

La campagne est liée à la série *Soul Buddyz* de plusieurs façons. Premièrement, la trame narrative dans la deuxième série de *Soul Buddyz* traite de la sécurité sociale et explique aux enfants exactement ce qui est disponible, et comment se procurer cette sécurité. Deuxièmement, la campagne de sécurité sociale se sert de la popularité des comédiens de *Soul Buddyz* pour présenter le matériel et pour contribuer aux délibérations relatives à la politique. Enfin, la popularité de *Soul Buddyz* à la télévision donne l'accès à la presse, qui diffuse des communiqués liés à la campagne.

J'ai appris des choses intéressantes sur la colère, parce que parfois j'en ai marre et je ne veux pas communiquer avec les enfants quand je suis fâché. Mais le livre m'a appris que ce n'est pas correct. Vous devez les écouter quand ils parlent de leurs problèmes, et vous devez les guider. Et quand vous êtes fâché(e) il faut les appeler et leur parler pour résoudre le problème.

Parent de zone rurale

Rapport financier

Le budget total de la première série de *Soul Buddyz* était de 2,3 millions \$US (23 millions rand) au cours de trois ans. Le financement a été reçu de la part de l'Union européenne, de l'UNICEF, du Département National de la Santé, du Mobile Telephone Network (MTN), de British Petroleum (BP), de SABC Educational Television et de Radda Barnen.

Coût estimé par enfant/jeune : Il y a approximativement 9 millions d'enfants âgés de six à huit ans en Afrique du Sud. L'analyse montre que *Soul Buddyz* a atteint 67 % de ces enfants. Le coût par enfant s'élève donc à 0,38 \$US (3,80 rand).

Pour de plus amples détails, voir l'annexe 2 (« Finances du programme »).

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Le programme *Soul Buddyz* démontre qu'il est possible d'utiliser des stratégies d'« edutainment » pour atteindre les enfants et pour les instruire sur des sujets difficiles.

Émission de radio

La tâche de créer une émission dramatique pour enfants à la radio s'est avérée intimidante. Comme nous l'avons signalé ci-dessus, avant la création de ce projet on n'avait effectivement pas d'expérience dans la production d'émissions dramatiques pour enfants à la radio. De plus, la commercialisation des médias dirigés par l'état avait mis la programmation destinée aux enfants en attente. L'épisode pilote du magazine sur les trois stations de radio a connu du succès. L'impact de l'émission pilote était visible et a inspiré les autres stations à participer. La réponse du public aux causeries a plu aux stations, et des leçons ont été apprises sur les heures de diffusion convenables à ce genre d'émission (par exemple, quand les enfants ne sont pas à l'école) ; on a appris également que les adultes et les enfants s'intéressent tous à de tels programmes. Grâce à l'efficacité des premières émissions de *Soul Buddyz* (en trois langues), les stations de toutes les trois langues africaines se sont engagées à produire et à diffuser la seconde série, prévue pour juillet 2003.

Émission de télévision

La série télévisée *Soul Buddyz* a été diffusée en plusieurs langues, avec sous-titres en anglais. L'évaluation montre que cette stratégie a très bien marché pour les téléspectateurs et que même les enfants plus jeunes n'avaient pas de difficulté à comprendre le contenu. L'utilisation de multiples langues est d'une importance particulière dans une société multiculturelle où l'anglais est d'une influence de plus en plus forte et où les langues parlées à la maison sont en voie de disparition. Une décision consciente a été prise d'utiliser de multiples langues pour rassurer les enfants, même s'il y avait un risque que les messages ne seraient pas tout à fait compris par tout le monde. Afin de compenser ce risque, la série télévisée a été soigneusement développée en vue d'accentuer l'aspect visuel, pour que les enfants puissent comprendre les histoires et les messages sans comprendre tous les mots.

Créer des partenariats

Un autre défi important était la création de partenariats avec des organisations clés telle que la chaîne nationale SABC. Sans cette alliance, le projet n'aurait pas été réalisé. La mise en œuvre et le développement de ce partenariat ont pris du temps, mais c'était essentiel. Il n'y a pas que les alliances avec de grandes organisations qui sont importantes. Les petites ONG qui travaillent dans des domaines particuliers sont essentielles. Par exemple, il était important d'avoir les conseils des ONG qui travaillaient sur l'abus sexuel lors des ateliers de création du message. Cela donne de la crédibilité au projet et assure que les messages soient conformes aux expériences réelles. Le développement de ces partenariats prend également du temps.

Depuis qu'ils ont vu *Soul Buddyz*, ces enfants sont maintenant très ouverts et libres à discuter de plusieurs sujets. Ils s'approchent de leur enseignant et ils lui disent « Écoutez, j'ai de quoi de confidentiel à dire. J'espère que vous n'allez pas en parler avec tout le monde ». Puis, ils parlent de leurs soucis – un, deux, trois, bla-bla-bla. Ils sont libres et ouverts. Ils peuvent maintenant en parler.

Élève de milieu périurbain

La distribution et l'utilisation des matériels imprimés

Un autre défi important est le besoin de vérifier que les matériels imprimés ont été distribués et utilisés dans les écoles. La distribution est très difficile dans un pays qui a hérité d'un manque d'attention envers écoles. Il a été difficile de trouver les noms et les adresses des écoles et encore plus difficile d'assurer que les enseignants ont bien reçu les livres.

Financement

Un projet comme *Soul Buddyz* nécessite un financement majeur – cela aussi a été difficile. Une des leçons les plus importantes tirées de ce projet est qu'il est possible d'exécuter ce genre de programme par étapes ; il faut d'abord trouver le financement pour le programme pilote, qui sert ensuite d'outil pour obtenir d'autre financement.

Évaluation

Une évaluation de *Soul Buddyz* a été commandée au début de 2001 ; elle a compris une composante quantitative et qualitative, les deux parties étant sous contrat à deux agences de recherche indépendantes. Les deux parties ont été coordonnées par un coordinateur indépendant. L'objectif était d'estimer la portée et la réception du programme et d'analyser son impact.

Les groupes suivants ont participé à l'évaluation :

- un sondage, conduit à travers tout le pays, de 2.000 enfants âgés de 8 à 13 ans,
- 1.500 parents et tuteurs de ces enfants, et
- les enseignants et les directeurs/directrices des écoles où les écoliers et écolières étaient inscrits.

La méthode d'échantillonnage suivie dans les écoles a assuré que l'échantillon était représentatif des enfants scolarisés et de leurs parents ou tuteurs. L'échantillon était représentatif aussi des écoles primaires, mixtes et secondaires de l'Afrique du Sud. Le taux de réponse (avec substitution) était de 100 % pour les directeurs, les enfants et les parents, et de 98 % pour les enseignants.

Des entrevues qualitatives (enquêtes, groupes de discussion, entrevues structurées, entrevues semi-structurées et entrevues en profondeur) ont été utilisées pour recueillir les informations. Ces recherches ont été conduites sur le terrain après la télédiffusion de *Soul Buddyz*, et après la distribution des brochures d'aptitudes à la vie quotidienne et de compétences parentales. La série radiodiffusée était toujours en ondes sur deux stations durant la recherche.

Une analyse statistique des données a démontré que :

- La plupart des enfants de 8 à 13 ans (de tous les groupes ethniques) avaient regardé, écouté ou utilisé le matériel pédagogique *Soul Buddyz*. La série télévisée avait atteint 36 % des parents ou des tuteurs adultes. Le matériel *Soul Buddyz* a été utilisé par 41 % des enfants de zone rurale. Ce taux de couverture est élevé dans les zones rurales, vu que toutes les stations de radio de ces zones n'ont pas été utilisées.
- Le matériel correspondait aux besoins du public cible. Ils l'ont trouvé agréable et éducatif et il était soutenu non seulement par les enfants, mais par les parents, les tuteurs et les enseignants.
- Le programme a encouragé des discussions fructueuses entre les enfants sur de sujets liés aux objectifs du programme ; des discussions portant spécifiquement sur le VIH/SIDA et les préservatifs étaient incluses. De plus, les parents qui avaient regardé *Soul Buddyz* étaient plus disposés à parler avec leurs enfants de la santé sexuelle et reproductive et de discuter des relations personnelles.
- Le fait de regarder/écouter *Soul Buddyz* est associé à une connaissance accrue, y compris la reconnaissance que les gens qui sont atteints du VIH peuvent avoir l'air d'être en bonne santé.
- Le fait de regarder/écouter *Soul Buddyz* a renforcé les attitudes positives sur un bon nombre de sujets liés à la sexualité des jeunes, y compris les rapports sexuels forcés. Il a aussi encouragé une croyance en l'égalité entre les sexes et une réduction de la honte associée au VIH/SIDA.
- Au niveau de l'action communautaire ou de la mobilisation sociale, beaucoup d'enfants ont déclaré qu'ils avaient formé des groupes de soutien. Le groupe de soutien *Soul Buddyz* de la série télévisée a sans doute inspiré quelques-uns de ces groupes. Un garçon a dit « Nous avons un club que nous avons fait nous-mêmes...nous sommes sept ou huit, je crois. Nous avons regardé la télé et nous voulions le dénommer 'survivors' ». À une école, deux jeunes de 10 ans ont réussi à faire installer des rampes pour les handicapés. Ces enfants ont agi à cause du programme *Soul Buddyz*.
- Les adultes qui ont regardé *Soul Buddyz* se sont rendus compte, au fur et à mesure de la période pendant laquelle le programme était diffusé, que les enfants ont des droits et qu'ils peuvent contribuer à la création d'une meilleure société. De plus, le programme les a aidés à communiquer de manière plus efficace avec les enfants sur la sexualité et sur d'autres sujets intimes. Plus de 90 % des parents étaient d'accord avec l'affirmation que *Soul Buddyz* a facilité les discussions sur les sujets difficiles avec leurs enfants.
- Quatre-vingt-quatorze pour cent des enseignants croyaient que *Soul Buddyz* leur avait donné une nouvelle compréhension des problèmes auxquels les enfants font face.

Pour de plus amples détails sur les résultats de l'évaluation, voir l'annexe 4 (« Résultats de l'évaluation »).

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	<p><i>Soul Buddyz</i> se sert beaucoup de la participation des enfants, ce qui révèle une reconnaissance des capacités des enfants. La recherche formative est particulièrement significative. Elle est conduite auprès des enfants et elle sert de base aux messages, au contenu et à l'approche du véhicule ultime d'« edutainment ».</p> <p>Des acteurs-enfants ont été employés lors du tournage de la série. L'emploi de jeunes comédiens inconnus a contribué à la croissance et au développement d'un certain nombre de jeunes.</p> <p>Une façon innovatrice de faire participer les enfants était la décision de leur montrer les 26 épisodes avant de les diffuser et de leur donner l'occasion de faire leurs commentaires sur chaque épisode, et ce dans leur langue maternelle. Ces commentaires étaient diffusés à la fin de chaque épisode sous le nom de « Buddyz buzz ».</p>
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	✓	La recherche formative et la mise à l'essai du script, qui ont été conduits auprès du groupe cible potentiel, assurent que les risques les plus communs de la tranche d'âge sont traités et que le véhicule est convenable aux enfants âgés de 7 à 12 ans.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	<p>Par l'utilisation d'émissions dramatiques vraisemblables à la télévision et à la radio, le programme fait un effort de modeler des attitudes et des compétences.</p> <p>Le livre d'habiletés fondamentales de 5^{ème} année met l'accent sur les attitudes et les compétences.</p>
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	<p>Un des thèmes principaux du programme consiste en l'effort de modeler les valeurs sociales positives (par exemple, le soutien des pairs).</p> <p>Les histoires qui sont axées sur le VIH/SIDA examinent les relations personnelles entre les garçons et les jeunes filles adolescents et mettent en</p>

			lumière des sujets tels que les relations entre les hommes et les femmes et les discussions ouvertes.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	✓	La recherche participative a été conduite auprès des enfants. Une étude complète de la littérature a été conduite. On a profité des compétences des consultants. Cela a assuré que le programme était fondé sur les besoins des élèves ; leur situation générale était donc dépeinte.
6	Conduit une formation continue aux enseignants et aux autres fournisseurs de service.	Atteint en partie	La formation des enseignants pour les préparer à utiliser le matériel pédagogique dans la salle de classe a été conduite lors de la distribution des matériels imprimés, en classe. L'évaluation révèle que la distribution et la formation sont des domaines qui pourraient être améliorés.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	Il s'agit d'un programme multimédia qui consiste en de nombreuses stratégies différentes (films, textes imprimés et radio). Le livre de 5ème, conçu comme ressource de la salle de classe, se sert beaucoup des stratégies participatives d'apprentissage. Beaucoup des activités sont fondées sur l'idée que les enfants sont capables d'agir pour améliorer leurs vies. En fait, c'est cela qui est modelé dans la série télévisée <i>Soul Buddyz</i> .
8	Fait participer la communauté générale.	✓	La communauté générale participe dans le sens que les parents sont ciblés par la brochure de compétences parentales. De plus, <i>Soul City</i> fait des alliances avec des ONG spécialisées afin de développer le programme. Par exemple, les organisations qui travaillent avec les enfants qui ont été touchés par le VIH/SIDA ont participé au développement des messages pour la série télévisée et ils ont étudié les scripts et le texte du livre.
9	Assure le suivi, la progression et la	✓	Les messages sont soigneusement créés après l'achèvement de la recherche

	continuité des messages.		<p>formative. Une « Bible des messages » est donnée aux scénaristes et aux directeurs, et le personnel de <i>Soul Buddyz</i> est toujours sur place lors du tournage et des enregistrements pour assurer que les messages sont diffusés correctement.</p> <p>La continuité du message est significative entre <i>Soul Buddyz 1</i> et <i>Soul Buddyz 2</i>.</p>
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	Non applicable	<p>Le Département National de l'Éducation participe au développement des messages et à l'examen des scripts et des matériels imprimés.</p> <p>Les matériels imprimés sont distribués dans les écoles. Le livre de 5^{ème} année sur les habiletés fondamentales est conçu pour aider les enseignants à enseigner le curriculum national.</p>
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	✓	<p>Le programme télévisé consiste en 26 épisodes qui sont passés au crible plus d'une fois par la chaîne nationale. La série <i>Soul Buddyz 1</i> a été examinée trois fois au cours d'un an et demi. La série <i>Soul Buddyz 2</i> consistera également en 26 épisodes, qui seront examinés à chaque semaine et qui seront probablement rediffusés.</p>
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	Non applicable	<p><i>Soul Buddyz</i> est à présent exclusivement un véhicule de mass media, même si le nouveau programme de clubs <i>Soul Buddyz</i> visera le domaine de la santé en milieu scolaire. Le programme n'est pas, il faut le dire, lié de manière formelle à un programme de santé en milieu scolaire.</p>
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	<p>Les messages sont développés en collaboration avec des spécialistes dans le domaine et ils sont suivis avec soin au cours de la production de la série.</p>
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	<p><i>Soul City</i> et <i>Soul Buddyz</i> sont caractérisés par une portée nationale et un soutien politique de grande envergure. Ils sont partiellement financés par le gouvernement.</p>
15	Dépeint la sexualité humaine comme un	✓	<p>Il s'agit d'un des messages puissants de <i>Soul Buddyz</i>. Plusieurs des histoires</p>

	élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.		traitent de la sexualité saine et du comportement non discriminatoire.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	<i>Soul Buddyz 1</i> a été suivi d'une importante évaluation au niveau national qui a compris une composante quantitative et qualitative.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

Le Soul City Institute for Health and Development Communication est une ONG qui a été établie en Afrique du Sud en 1992. Il se sert de la puissance des mass media pour la communication sur la santé et le développement. Il a atteint cet objectif par la création de deux véhicules médiatiques qui sont toujours en cours et qui traitent de divers sujets relatifs à la santé et au développement. Ces véhicules médiatiques sont *Soul City*, qui cible les adultes et les jeunes, et *Soul Buddyz*, qui cible les enfants âgés de 7 à 12 ans.

Pour d'autres informations à propos de *Soul City* et de *Soul Buddyz* veuillez contacter :

Dr. Sue Goldstein
 PO Box 1290
 Houghton
 Johannesburg 2041, South Africa
 Tél. : (+27 11) 643-5852
 Télécopie : (+27 11) 643-6253
 Courrier électronique : soulcity@soulcity.org.za

Liste des collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été compilé par Glynis Clacherty, de Clacherty and Associates, une agence qui se spécialise dans la recherche participative avec les enfants et dans le développement des matériels didactiques qui touchent aux enfants et à la santé. Mme Clacherty a beaucoup travaillé sur les liens entre le VIH/SIDA et les enfants. Son agence est basée à Johannesburg en Afrique du Sud.

Ce rapport est fondé sur un article écrit par Sue Goldstein, Shereen Usdin, Esca Scheepers, Aadielah Anderson et Garth Japhet du Soul City Institute for Health and Development Communication. Des informations supplémentaires ont été fournies par Sue Goldstein, directrice de la recherche et directrice de la série pour enfants de Soul City.

Version anglaise éditée par Katie Tripp et Helen Baños Smith.

Matériel pédagogique

Raising Children to Be Their Best : A Guide for Parents (guide pour parents sur la meilleure façon d'élever les enfants)

(Numéro de commande : *Soul Buddyz01*)

Tomorrow is Ours (ressource d'apprentissage sur l'orientation de la vie, pour élèves de 5^{ème} année, basée sur la série télévisée)

(Numéro de commande : *Soul Buddyz02*)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL

Cette annexe résume la structure du personnel du projet *Soul Buddyz*. Il faut noter que *Soul Buddyz* est un projet qui existe au sein d'une plus grande organisation, Soul City. La plupart des employés qui travaillent à temps partiel consacrent le reste de leur temps au projet Soul City.

Une stratégie importante qui est employée par Soul City est de consacrer un nombre minimum de personnel au projet et d'utiliser des experts externes. De nombreux fournisseurs de service ont travaillé sur le projet *Soul Buddyz*. Les fournisseurs de service

principaux sont énumérés ci-dessous, avec une description de leur contribution au projet.

- agence de recherche : études d'audience avec les enfants
- scénaristes de cinéma
- compagnie de production cinématographique
- scénaristes de radio
- compagnie de production de radio
- agence de recherche : essais des scénarios
- compagnie de marketing : événements de marketing tels que le lancement du projet et le marketing médiatique
- agence de publicité : publicité pour la série
- agences de recherche : évaluation

Rôle du personnel principal du programme

Directrice en chef (temps partiel)

Directrice générale du projet, responsable de la collecte de fonds ; assure que la directrice respecte les dates d'échéance. La directrice en chef joue aussi un rôle de monitrice et elle soutient la directrice quand cette dernière a besoin d'aide.

Directrice

Responsable de la coordination de la série et, en particulier, de la participation des intéressés ; elle assure le respect des dates d'échéance. Elle est aussi la « gardienne du message » et assure que les messages qui sont développés sont respectés soigneusement tout le long du processus.

Coordonnateur/Coordonnatrice de radio

Dirige la rédaction et le développement des scénarios et sert de liaison aux stations de radio. Cet individu coordonne et organise la formation de l'équipe de production et dirige la traduction.

Administratrice

Responsable de toute l'administration, y compris la transmission des scénarios aux consultants et la réception de leurs commentaires. Elle organise la logistique et participe au « *Buddyz Buzz* », ainsi qu'à la traduction.

Chercheur/Chercheuse

Soul City fait des enquêtes sur chaque intervention. La brochure de compétences parentales, ainsi que d'autres aspects du programme, sont testés auprès des adultes. La recherche formative est conduite en trois étapes : avec les enfants, les adultes et les intéressés clés. Les chercheurs de Soul City font la recherche formative auprès des adultes. La directrice de *Soul Buddyz* conduit la recherche auprès des intéressés et la recherche sur les enfants est conduite par un expert externe qui se spécialise dans le domaine.

Directeur du marketing

Dirige les relations publiques et les campagnes de publicité de *Soul Buddyz* (et de toutes les autres interventions de Soul City). Il travaille étroitement avec l'équipe de *Soul Buddyz* pour assurer que la campagne est appropriée.

Directrice du plaidoyer

Soul Buddyz est accompagné d'une campagne de plaidoyer axée sur un sujet particulier qui est traité dans le programme. La directrice du plaidoyer développe ces campagnes et les dirige. Elle crée aussi des alliances et des partenariats.

ANNEXE 2. FINANCES DU PROGRAMME

Frais	Somme d'argent versée (\$US)
Recherche et développement (épisodes pilotes compris)	40 000 (400 000 rand)
Télévision	900 000 (9 millions rand)
Radio	200 000 (2 millions rand)
Matériels imprimés	550 000 (5,5 millions rand)
Brochure de compétences parentales	100 000 (1 million rand)
Relations publiques et plaidoyer	200 000 (2 millions rand)
Personnel	200 000 (2 millions rand)
Évaluation	100 000 (1 million rand)
Total (taux d'échange : 10 rand = 1 \$US)	2,3 millions (23 millions rand)

ANNEXE 3. EXPLICATION DÉTAILLÉE DES BUTS

Les messages suivants reproduisent l'essentiel de la série *Soul Buddyz*. Après chaque message il y a une explication de son importance.

1. Je suis unique et j'ai mes propres forces et faiblesses – nous sommes tous et toutes différents et spéciaux de notre propre façon. Toutes les personnes méritent le respect, sans discrimination d'âge, de sexe, de religion, de race ou d'état de santé ou handicap. Ils ont des forces et des faiblesses tout comme vous. Ce message est au cœur de la série *Soul Buddyz*. La recherche formative a montré que les enfants qui étaient « différents » étaient taquinés et intimidés par les autres. Le groupe de *Soul Buddyz* incarnait ce message : de différentes races et milieux socioéconomiques, de différentes capacités, mais des amis qui s'entraidaient et se respectaient.

2. Il est important de rendre service à la communauté à laquelle on fait partie, et de reconnaître que ses actions, ou son inaction, influencent les autres et les touchent. Ce message demandait la participation de la communauté en ce qui concerne les différents sujets éducatifs, le SIDA compris, et il a promu le concept du soutien par les pairs. Il s'agissait d'un concours où chaque groupe d'élèves devait faire trois projets communautaires ; ils ont ensuite rencontré un juge qui a discuté des projets avec eux. La série s'est terminée par une « International Children's Rights Convention » : le prix était l'invitation d'y assister.

3. Les garçons et les filles sont égaux et méritent du respect égalitaire. Les filles sont capables de faire n'importe quoi, bien que cela soit parfois difficile. Les garçons sont permis de « sentir » et d'être sensibles. Le message était de faire respecter la dignité d'être une fille dans la société sud-africaine. La recherche formative a montré que les filles de l'Afrique du Sud s'inquiétaient de la forte possibilité d'être abusées : « Je n'aime pas être une fille parce que je ne veux pas être violée par des gangsters et Papa » a déclaré une fille de 9 ans. Un garçon d'onze ans a dit, « Quand tu la vois avec un autre homme, tu la frappes ». Quelques épisodes ont été consacrés à ce message, montrant des filles qui faisaient des choses que beaucoup d'enfants sud-africains trouvent impossibles : une fille qui souhaitait être pilote, par exemple. De plus, un effort a été fait d'éviter les rôles sexuels stéréotypés.

4. Il me faut identifier mes sentiments et apprendre à les exprimer d'une manière convenable. Les enfants ont le droit de rêver et d'espérer et de pouvoir exprimer ces rêves et ces espoirs. Les enfants ont le droit de s'inquiéter et de se soucier et il faut les encourager à exprimer ces inquiétudes pour pouvoir s'en occuper.

La recherche formative de *Soul Buddyz* a montré que les enfants ne savaient pas comment exprimer leurs émotions. Chaque histoire était narrée du point de vue d'un enfant, de sorte que les spectateurs puissent entendre la voix intime de l'enfant par une technique de voix off. Cela a permis aux enfants de comprendre ce que l'enfant de l'histoire sentait ; puisque les émotions du personnage étaient exprimées par les mots, les enfants comprenaient comment utiliser des mots eux-mêmes pour exprimer leurs propres émotions.

5. La vie est pleine de choix. Il est important de se rendre compte du fait que vos choix ont une influence sur votre avenir et peuvent avoir un effet sur les autres. Une approche caractérisée par la résolution des problèmes était encouragée ; les enfants cherchaient leurs propres réponses et essayaient de différentes solutions. Les enfants étaient encouragés à prendre la responsabilité de leurs propres actions.

6. Il est important de communiquer sur le SIDA et sur le sexe. Il est souvent difficile d'obtenir des informations sur les sujets sensibles, mais il est important de persister à essayer d'obtenir des informations correctes. Les amis et les adultes n'ont pas toujours raison et il faut vérifier les informations à l'aide d'autres sources. Avant la série, la plupart des enfants avaient entendu parler du SIDA, mais leurs connaissances étaient superficielles. Ils savaient qu'il n'existait pas de remède pour le SIDA, mais ils pensaient qu'il s'agissait de plaies et de la « folie ». Ils ne comprenaient pas la nature invisible de

l'infection par le VIH, ni les façons de le transmettre. « Si tu es à côté d'eux, ils te transmettent l'infection – s'ils l'ont, tu l'auras aussi » a dit un garçon de dix ans.

La recherche formative a montré aussi que les parents avaient du mal à parler du sexe avec leurs enfants. Lors d'un sondage national conduit auprès des jeunes, seulement 14 % des jeunes ont déclaré que leurs parents leur avaient parlé du sexe. La série raconte l'histoire d'un jeune garçon qui apprend que sa mère souffre du SIDA. Il apprend au fur et à mesure les faits sur le SIDA, de plusieurs sources ; une des sources est un camarade d'école qui lui donne des informations inexactes.

7. Mon corps est à moi. Il est normal de me sentir mal à l'aise avec tous les changements qui ont lieu pendant la puberté. Les enfants ont le droit de dire non au sexe et à l'abus. Il y a une histoire romantique sur une adolescente qui a ses premières règles et apprend les faits sur la puberté. En même temps, un garçon a une éjaculation nocturne et tous les mythes y associés sont dissipés. Dans une autre histoire une fille a été sexuellement abusée par son oncle. L'épisode montre comment elle est aidée par la « Childline » (un centre d'appels pour aider les enfants) et par une amie pour aller chercher l'aide des adultes.

8. Toutes les personnes méritent le respect, sans discrimination de race, de sexe, de religion, ou de son état séropositif. Ce message de *Soul Buddyz* a été conçu pour faire face à la honte qui est vécue par les personnes vivant avec le SIDA en Afrique du Sud. Gugu Dlamini, une femme de la province de Kwazulu-Natal qui a révélé à la radio qu'elle était séropositive, et ce lors de la journée mondiale du SIDA en 1998, a été attaquée à coups de pierres jusqu'à la mort. La recherche sur *Soul Buddyz* a montré que les enfants avaient vécu la discrimination liée au SIDA. L'épisode raconte l'histoire d'un ami d'un des *Soul Buddyz* qui est renvoyé de son emploi parce qu'il est séropositif. Les *Soul Buddyz* viennent lui prêter leur aide de manière créative, et confrontent le préjugé par des protestations et des informations.

ANNEXE 4. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Portée de *Soul Buddyz*

Après sa première saison, 75 % des personnes interrogées, âgées de 8 à 13 ans, connaissaient *Soul Buddyz* ; 67 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles avaient regardé ou écouté le programme ou qu'elles avaient utilisé les matériels d'aptitudes à la vie quotidienne. Presque la moitié des enfants qui avaient regardé *Soul Buddyz* à la télévision ont déclaré qu'ils avaient vu « tous les épisodes, ou bien la plupart des épisodes ». La série télévisée *Soul Buddyz* a atteint 36 % des parents ou des tuteurs.

Soul Buddyz a été diffusé sur la chaîne la plus populaire (SABC 1 à 18h30). Cette chaîne diffuse souvent des programmes en langues autres que l'anglais, ou de langues mixtes,

ce qui tend à réduire le nombre de téléspectateurs de race blanche ; le taux le plus bas était donc les enfants « blancs », dont 49 % ont regardé l'émission.

Les supports pédagogiques de *Soul Buddyz* (série télévisée, magazine de radio, deux brochures) ont été utilisés par 41 % des enfants de milieu rural. Ce taux de couverture est élevé pour les zones rurales, étant donné que toutes les stations de radio n'ont pas participé.

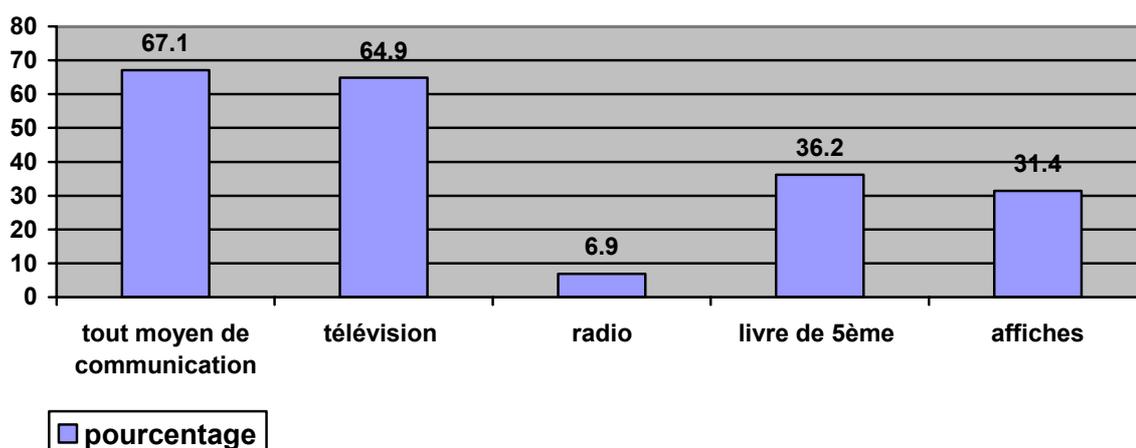


Figure A4.1. Portée des supports pédagogiques de *Soul Buddyz*

Pertinence de *Soul Buddyz*

Les analyses quantitative et qualitative ont indiqué que les supports médiatiques *Soul Buddyz* étaient très pertinents au public cible primaire. *Soul Buddyz* était très populaire dans tous les groupes cibles, et de divers groupes de spectateurs l'ont trouvé agréable et éducatif. En plus des enfants, les parents, les tuteurs et les enseignants étaient tous d'un grand soutien envers *Soul Buddyz*. Comme un des parents l'a dit, « *Soul Buddyz* est extraordinaire. On y traite des sujets et des situations vraisemblables et cela rend les enfants plus conscients des choses réelles ».

L'impact sur le sexe, la jeunesse, la sexualité et le VIH/SIDA

Soul Buddyz a eu un effet constant sur la qualité et la fréquence des discussions tenues par le public à propos des problèmes. Soixante-dix-sept pour cent des enfants qui ont regardé la série télévisée *Soul Buddyz* ont déclaré qu'ils parlaient avec les autres des choses qu'ils avaient vues pendant l'émission. Les parents (et les tuteurs) qui ont regardé *Soul Buddyz* à la télévision étaient plus disposés à discuter de la sexualité avec leurs enfants (74 %), par rapport aux parents qui ne l'avaient pas regardé (54 %) ($P = ,000$). Comme un parent de zone rurale a fait remarquer, « Je pense que *Soul Buddyz* apprend aux enfants des choses que les parents trouvent difficile à aborder. Nous, les parents

noirs, avons du mal - il y a des choses qui ne sont pas faciles à aborder avec nos enfants ».

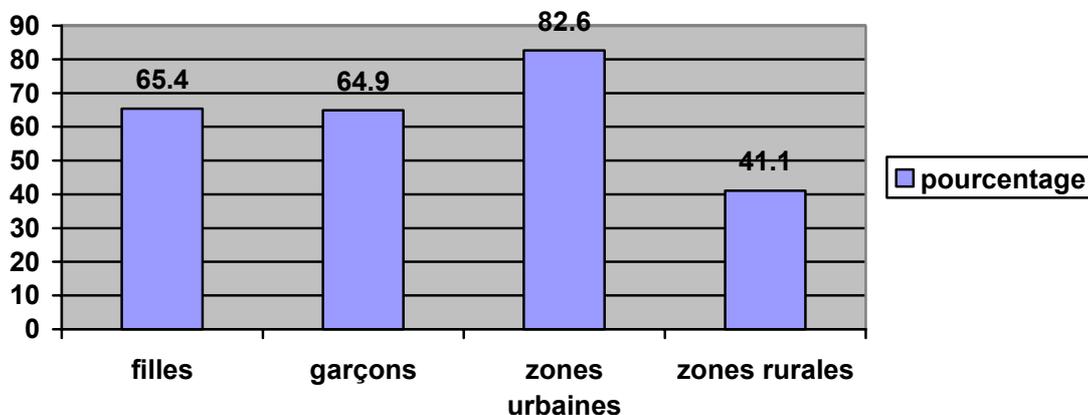


Figure A4.1. Portée du matériel pédagogique *Soul Buddyz*, selon sexe et champ d'action

Les enfants qui avaient été exposés aux supports médiatiques de *Soul Buddyz* étaient plus disposés à discuter du VIH/SIDA, par rapport aux enfants qui n'avaient pas été exposés : 80 % des enfants âgés de 11 à 13 ans qui avaient été exposés à la brochure sur les aptitudes à la vie quotidienne ont déclaré avoir parlé du VIH/SIDA, par rapport à 64 % des enfants interrogés qui n'avaient pas été exposés ($P = ,000$). De même, 75 % des enfants de 11 à 13 ans qui connaissaient beaucoup la série télévisée *Soul Buddyz* ont déclaré qu'ils avaient parlé du VIH/SIDA, par rapport à 61 % des enfants du même âge qui ne l'avaient pas vue ($P = ,000$). Un enfant a dit que « *Soul Buddyz* a changé mes relations avec mes amis, mes parents et avec les gens de la communauté ; j'ai appris à être plus respectueux et j'ai appris à parler des choses qui m'inquiètent ou qui me font mal ».

Le fait d'être exposé à *Soul Buddyz* était associé à une connaissance accrue ainsi qu'à des attitudes positives sur de nombreux sujets liés à la sexualité chez les jeunes. À titre d'exemple, 67 % des garçons qui avaient été beaucoup exposés à la série télévisée *Soul Buddyz* n'étaient pas d'accord avec la déclaration que « une personne doit coucher avec son petit ami ou sa petite amie pour lui montrer qu'il/elle l'aime », par rapport à 52 % des garçons qui n'avaient pas été exposés ($P = ,002$). De même, 86 % des jeunes filles qui avaient utilisé la brochure d'aptitudes à la vie quotidienne n'étaient pas d'accord avec la même déclaration, par rapport à 67 % des jeunes filles qui ne l'avaient pas utilisée ($P = ,000$).

Les enfants exposés à la série télévisée *Soul Buddyz* étaient plus disposés à être d'accord avec la déclaration que « Les garçons et les filles sont égaux », par rapport aux enfants qui n'avaient pas vu la série télévisée. Soixante-trois pour cent des enfants âgés de 11 à 13 ans qui avaient été beaucoup exposés à la série télévisée étaient d'accord sur l'égalité des garçons et les filles, par rapport à 51 % des enfants qui n'avaient pas été exposés à la série télévisée ($P = ,001$).

Le fait d'être exposé à un des trois supports médiatiques de *Soul Buddyz* était associé de façon positive à la connaissance sur le VIH/SIDA ; c'était également associé avec la fréquence des références au préservatif comme façon de prévenir la transmission du VIH/SIDA. Quatre-vingt-quatre pour cent des enfants qui avaient été beaucoup exposés à la série télévisée *Soul Buddyz* (dont les parents ont déclaré qu'ils ne discutaient jamais du VIH/SIDA avec leurs enfants) savaient ce que c'était que le VIH/SIDA, tandis que 67 % des enfants du même groupe, mais qui n'avaient pas été exposés à *Soul Buddyz* à la télévision, savaient ce que c'était que le VIH/SIDA ($P = .05$).

Les enfants qui avaient été exposés à *Soul Buddyz* à la télévision étaient plus disposés à savoir que les personnes infectés par le VIH peuvent avoir l'air d'être en bonne santé : 56 % des enfants âgés de 11 à 13 ans qui avaient été beaucoup exposés à *Soul Buddyz* à la télévision pensaient que les personnes souffrant du VIH/SIDA peuvent sembler en bonne santé, tandis que 31 % des enfants qui n'avaient pas été exposés à *Soul Buddyz* à la télévision étaient du même avis.

Les enfants qui avaient été exposés à un des trois supports médiatiques de *Soul Buddyz* étaient plus disposés à faire mention de l'utilisation régulière du préservatif comme façon de prévenir le VIH/SIDA que les enfants qui n'avaient pas été exposés à *Soul Buddyz*. Quatre-vingt-six pour cent des enfants qui avaient discuté du VIH/SIDA avec un enseignant et qui avaient utilisé le livre de 5ème ont fait mention de l'utilisation du préservatif comme manière d'éviter le VIH/SIDA, tandis que 70 % des enfants du même groupe, qui n'avaient pas utilisé le livre de 5ème, en ont fait mention ($P = ,016$).

Les données qualitatives ont révélé que les messages de *Soul Buddyz* sur les soins et le soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA étaient exprimés de manière claire et efficace. Comme l'a fait remarquer un jeune enfant, « *Soul Buddyz* m'apprend des choses sur le SIDA. Quand la mère d'un des garçons a le SIDA, ça montre comment on peut y faire face ». *Soul Buddyz* semblait jouer un rôle important en ce qui a trait à la honte associée au VIH/SIDA. Les enfants qui avaient été exposés à la série télévisée *Soul Buddyz* disaient plus souvent qu'ils étaient prêts à nouer une amitié avec quelqu'un qui souffre du SIDA que les enfants qui n'avaient pas regardé la série télévisée. Cinquante pour cent des enfants âgés de 8 à 10 ans qui avaient regardé *Soul Buddyz* à la télévision ont déclaré qu'ils étaient prêts à donner leur amitié à quelqu'un qui avait le SIDA, tandis que 21 % de ceux qui n'avaient pas regardé *Soul Buddyz* à la télévision étaient prêts à faire de même ($P = ,000$). D'autres tendances similaires ont été observées chez les enfants âgés de 11 à 13 ans.

L'ÉDUCATION ET LE

Mozambique

PRÉVENTION DU VIH/SIDA



Résumé du programme

Action Aid : le programme « pierres de gué »

Action Aid se sert de la méthodologie « Stepping Stones » (« Pierres de gué ») afin de viser les communautés qui courent le risque d'être infectées par le VIH/SIDA. Cette méthodologie est utile pour fournir aux communautés les connaissances et les informations nécessaires pour répondre à leurs propres besoins. C'est fondé sur les principes suivants :

- Les meilleures solutions sont celles qui sont développées par les individus eux-mêmes.
- Les hommes et les femmes ont tous besoin d'un endroit où ils peuvent se réunir avec leurs pairs pour explorer leurs propres besoins et préoccupations en ce qui concerne la santé sexuelle et les relations personnelles.
- Le changement de comportement est plus efficace et soutenu si la communauté entière y participe.

L'objectif global du programme est donc d'aider les individus, leurs pairs et la communauté entière à modifier leur comportement aux niveaux personnel et collectif.

Dans la province de Maputo, les membres de la communauté qui ont choisi de participer au programme se réunissent une fois par semaine pour les ateliers « Stepping Stones ». Ils sont répartis en quatre groupes : les jeunes femmes, les femmes plus âgées, les jeunes hommes et les hommes plus âgés. Les animateurs de groupe se servent du *Stepping Stones Manual* (Manuel Stepping Stones) comme point de départ pour discuter des sujets auxquels s'intéressent les membres de la communauté : les problèmes de culture et de relations entre les deux sexes, les relations personnelles et le VIH/SIDA. Par le théâtre, le chant, la danse, et par d'autres activités participatives, l'attention de la communauté est attirée aux problèmes. Ces problèmes sont identifiés, et les membres du groupe trouvent des solutions réalistes, qui sont ensuite partagées avec les autres groupes. À la fin de l'atelier, les individus donnent leur parole à la communauté d'exécuter les modifications qu'ils viennent d'identifier.

Si l'on prend en considération l'effet secondaire du programme, approximativement 500 000 personnes en ont bénéficié. Le coût estimé du programme s'élève à 0,30 \$ US par individu par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 10 en entier et 4 en partie.

Action Aid : le programme « pierres de gué »

PARTIE A : DESCRIPTION DU PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

L'Action Aid a été initiée au Mozambique en 1988, pendant la guerre civile. Le gouvernement du Mozambique a demandé à l'Action Aid d'effectuer des travaux d'urgence dans la province de Zambèze parce que peu d'organisations non gouvernementales (ONG) opéraient dans la région. En 1994, l'impact du VIH/SIDA était visible ; l'Action Aid a donc commencé à introduire des programmes de prévention en Zambèze.

En 1997, l'Action Aid a étendu son champ d'action jusqu'aux districts de Manhica et de Marracuene dans la province de Maputo. Comme avant, ils se sont engagés à cette tâche parce que très peu d'ONG et d'organismes donateurs y opéraient, et parce que peu de travail se faisait sur la prévention du VIH/SIDA dans la province.

Au début, l'Action Aid formait des activistes et travaillait avec des groupes culturels pour diffuser des messages sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) ; elle a diffusé ces messages aux communautés par la danse, le chant et le théâtre.

1994	<ul style="list-style-type: none"> • Financement reçu de la part de l'Action Aid. • L'Action Aid commence à lutter contre le VIH/SIDA dans la province de Zambèze par la formation de groupes culturels pour diffuser des messages concernant les MST en se servant du chant, de la danse et du théâtre.
1997	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonnateur VIH/SIDA engagé pour travailler au niveau national. • Traduction du manuel <i>Stepping Stones</i> en portugais. • Facilitateurs et facilitatrices communautaires choisis et formés. • Introduction de la méthodologie « Stepping Stones » dans la province de Zambèze. • Activités générales s'étendent à Marracuene et à Manhica dans la province de Maputo.
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Le DFID finance des activités dans la province de Zambèze. • L'Elton John Aids Foundation finance des activités dans les provinces de Zambèze et de Maputo. • Sélection et formation des facilitateurs et facilitatrices de la province de Maputo. • Rencontres avec les leaders communautaires sur la sensibilisation et la mobilisation de la communauté.
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Inondation dans les régions méridionales et centrales du pays. Priorité donnée aux mesures d'urgence. • Introduction de la méthodologie « Stepping Stones » dans la province de Maputo. • Financement reçu de la part de l'UNICEF pour la province de Zambèze.
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation conduite par un consultant externe. • Financement reçu de la part du DFID, de Spanish Aid, de Spanish Volunteers et de l'UNICEF.
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Expansion du programme au district de Namaroi dans la province de Zambèze. • Discussions avec l'UNICEF sur la possibilité de l'expansion à la province de Manica pour travailler dans 3 districts. • Tendance à employer plus de membres bénévoles de la communauté comme facilitateurs et facilitatrices.

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

En 1999, l'Action Aid a introduit la méthodologie « Stepping Stones » (« Pierres de gué ») dans son programme qui était déjà en place en Zambèze, pour augmenter la visibilité et l'efficacité des activités liées au VIH/SIDA. Alice Welbourne, de l'Action Aid

de l'Ouganda, a été la première à utiliser la méthode « Stepping Stones ». Cette méthode a été développée pour répondre aux désavantages des approches qui avaient été utilisées auparavant, telles que l'ABC (abstain, be faithful, and use condoms/s'abstenir, être fidèle et utiliser les préservatifs) et « information = behavior change » (l'information = le changement de comportement). Le programme « Stepping Stones » s'est avéré efficace dans d'autres pays africains et il a donc été choisi et adapté pour le rendre approprié au Mozambique.

Le but principal du programme était d'apprendre aux communautés le risque de l'infection par le VIH afin de renforcer leur capacité de réagir à ce risque. Les facilitateurs et facilitatrices communautaires ont été choisis et ils ont reçu une formation de deux semaines sur les méthodes du programme « Stepping Stones ». Pendant les trois premiers mois, l'Action Aid les a surveillés et a évalué leurs capacités.

Afin de fournir le temps et les aptitudes nécessaires pour que la communauté puisse résoudre ses problèmes, il faut travailler progressivement, par des thèmes. La communauté doit commencer par identifier et discuter de ses problèmes. Elle doit ensuite en faire l'analyse. Enfin, il faut que les membres de la communauté trouvent des solutions réalisables.

Directeur de programme

Après l'inondation de l'an 2000, l'Action Aid a commencé à se servir des méthodes « Stepping Stones » dans les districts de Manhica et de Marracuene dans la province de Maputo. On croyait que les méthodes « Stepping Stones » aideraient à unifier les personnes qui avaient été déplacées à cause des inondations.

Une campagne de plaidoyer a été lancée, en particulier auprès des fonctionnaires du gouvernement local et des leaders de la communauté parce qu'il fallait leur participation entière pour assurer la réussite du programme. Le programme a été évalué en 2001 par un consultant externe et les limitations qui avaient été identifiées lors de l'analyse ont été prises en compte pour rendre la phase courante plus pertinente aux communautés cibles.

De 1998 à 2001, le programme a été financé principalement par le gouvernement britannique (Department for International Development [DFID]), l'Elton John AIDS Foundation et l'UNICEF. Le programme opérera jusqu'en 2006, quand le financement actuel prendra fin. Une évaluation externe sera conduite en vue de déterminer l'impact du programme « Stepping Stones » et d'identifier les domaines qu'il faudra améliorer.

Vue d'ensemble du programme

But

Le programme vise à aider les individus et la communauté dans son ensemble à lutter contre les problèmes qu'ils rencontrent, y compris le problème du VIH/SIDA. Il leur apprend comment prendre de bonnes décisions, ainsi que comment agir de manière

responsable et changer de comportement, au niveau individuel comme au niveau communautaire.

Objectifs

Selon le coordonnateur du programme, les objectifs sont de :

- Contribuer à la diminution de la vulnérabilité des individus et des groupes à l'infection par le VIH,
- Réduire l'impact du SIDA par la sensibilisation de la communauté au risque d'infection et par l'amélioration de l'efficacité de leur réponse,
- Contribuer à la création d'un environnement positif dans lequel il sera possible de soutenir les personnes vivant avec le VIH/SIDA, ainsi que leurs familles, et
- Encourager les personnes vivant avec le VIH/SIDA à s'engager dans le développement et la mise en œuvre des programmes de prévention et de soins du VIH/SIDA.

Groupes cibles

Groupe cible primaire

« Stepping Stones » cible avant tout les personnes de la communauté qui assistent aux ateliers spécialisés du programme. Cela comprendrait idéalement toutes les femmes et tous les hommes de la communauté, mais en réalité une quarantaine de femmes et une quarantaine d'hommes assistent aux ateliers.

Groupe cible secondaire

Le groupe cible secondaire est composé des personnes de la communauté qui ne participent pas aux ateliers, mais qui sont tenues au courant des problèmes grâce à leurs voisins et leurs amis qui assistent à ces ateliers. Le programme « Stepping Stones » essaie d'atteindre la communauté entière.

Nous parlons de la prévention du VIH/SIDA, mais nous ne conseillons pas la communauté d'utiliser les préservatifs. En revanche, nous présentons les avantages et les désavantages de l'utilisation du préservatif et nous en discutons avec les membres de la communauté pour leur laisser la prise de décision qui leur convient le mieux.

Directeur de programme

Champ d'action

Les ateliers « Stepping Stones » ont lieu aux endroits où les membres de la communauté ont l'habitude de se réunir. Il s'agit souvent d'un endroit au cœur du village, par exemple sous les arbres.

Durée du programme

Dans la province de Maputo, les ateliers ont lieu une fois par semaine sur une période de quatre mois. (Dans la province de Zambèze, les ateliers ont lieu quotidiennement pendant un mois.) Une quarantaine d'hommes et une quarantaine de femmes assistent aux ateliers, et chaque atelier dure approximativement deux heures. Entre trois et six

mois après la fin des ateliers, l'Action Aid se réunit avec les membres de la communauté qui ont assisté aux ateliers pour savoir les réactions de la communauté entière. S'il existe des problèmes, l'Action Aid en parle avec la communauté pour essayer de trouver des solutions.

Buts du programme

La figure 2 démontre comment le coordonnateur du programme a classé les buts du programme. Ceux et celles qui ont exécuté le programme étaient d'accord avec les objectifs et ils ont déclaré que le programme était centré sur le changement du comportement qui est provoqué par les discussions de groupe.

Changement du comportement
Encouragement du comportement sexuel sain
Encouragement des relations personnelles saines
Discussion des problèmes liés aux relations entre les deux sexes
Discussion des problèmes liés à la culture
Prévention des MST
Prévention du VIH/SIDA
Abstinence

Figure 2. Buts du programme classés selon leur importance par le directeur du programme

Approches

L'approche du programme en ce qui concerne la prévention et l'atténuation du VIH/SIDA est holistique ; il est donc impossible de classer les approches selon leur importance. L'idée principale du programme « Stepping Stones » est de permettre aux communautés d'explorer leurs problèmes afin de les résoudre. Ces habiletés sont essentielles pour le changement durable du comportement. Les personnes sont encouragées à tirer des leçons de leurs expériences et à examiner leurs besoins et leurs priorités. Une caractéristique importante du programme « Stepping Stones » est qu'il se fait en groupes formés d'individus du même sexe et du même âge, provenant de la communauté. Le programme ne met donc pas l'accent sur l'individu ni sur les groupes à risque, qui sont souvent mis à l'écart des autres. La communauté est encouragée à prendre la responsabilité de ses propres actions, et le programme essaie de la préparer en lui donnant les compétences et les informations nécessaires pour ce faire.

Activités

Des activités variées sont employées selon le thème de l'atelier et selon les directives tirées du manuel d'activités (voir « Matériel du programme », Partie B).

Les facilitateurs et facilitatrices emploient souvent des activités qui favorisent la participation du groupe entier parce que ce sont les activités que les membres de la communauté trouvent les plus plaisantes et ils se sentent plus autonomisés après. Par exemple, les jeux de rôles sont avantageux parce qu'ils attirent les personnes qui ne participent pas d'habitude aux ateliers, et ils sont efficaces pour démarrer les discussions. Un jeu de rôle où quelqu'un a des relations intimes et éprouve plus tard des

douleurs pourrait provoquer une discussion sur les MST et leurs symptômes. Cela mène souvent à des discussions sur les façons d'éviter les MST.

Aptitudes à la vie quotidienne
Apprentissage sur soi et sur les autres
Respect des droits de l'individu
Compétences en communication
Compétences en négociation
Apprentissage de la prise de responsabilité
Développement de l'estime de soi
Mobilisation de la communauté

Figure 3. Approches du programme (non classées)

Discussions de groupe
Jeux de rôles
Chant et danse
Jeux
Vidéocassettes

Figure 4. Activités du programme (non classées)

Composantes

Les ateliers communautaires, qui sont discutés ci-après, constituent la composante principale du programme.

Chaque communauté tient un atelier une fois par semaine. Cet atelier a lieu à un endroit et à une heure fixés par les membres de la communauté et par les facilitateurs et les facilitatrices. Quand les facilitateurs et facilitatrices arrivent, ils ouvrent la session par de brèves salutations. S'il y a des visiteurs ou des visiteuses, les participants les accueillent par des chansons et des danses. La communauté est ensuite divisée en quatre groupes.

- les jeunes femmes
- les femmes plus âgées
- les jeunes hommes
- les hommes plus âgés

Chacun des groupes reçoit un(e) (ou deux) facilitateur ou facilitatrice. Il est à noter que les facilitateurs et les facilitatrices sont à peu près du même âge et du même sexe que les membres du groupe. Ils ouvrent la session par un bilan du travail qui avait été accompli durant la semaine qui vient de s'écouler. Le groupe prend ensuite le temps pour réfléchir et pour poser des questions. Après avoir vérifié qu'il ne reste plus de questions ni de malentendus, le sujet de la semaine courante, tiré du manuel « Stepping Stones », est présenté. Des approches variées (décrites ci-dessus) sont utilisées pour réfléchir sur le sujet de la semaine. Le groupe passe ensuite à la discussion du sujet. Tous les groupes discutent des mêmes sujets, qui comprennent :

- Les problèmes liés aux relations entre les deux sexes
- Les problèmes culturels
- Les relations personnelles
- La sexualité et l'enseignement sur le VIH/SIDA
- L'abstinence
- L'enseignement sur les contraceptifs
- Le comportement moral et les valeurs sociales
- Le respect des droits de l'individu
- L'autosuffisance et l'estime de soi
- Le développement des compétences relatives au comportement et à la vie quotidienne
- Les services de santé reproductive/l'accès à l'information
- L'accès aux préservatifs

Étude de cas : Un atelier de Manhica

Après s'être salués, les membres de l'atelier ont formé leurs quatre groupes. Dans le groupe de femmes plus âgées, la facilitatrice a ouvert la session par une discussion de l'atelier de la semaine précédente à propos des conséquences du comportement. Ils ont ensuite passé au sujet de la semaine et à un jeu de rôle.

Dans le jeu de rôle, deux jeunes femmes décident de sécher les cours pour s'amuser dans une autre partie du village. Elles vont dans un bar où elles boivent de l'alcool et où l'une d'elles essaie de voler quelqu'un. La police est appelée et elle poursuit les jeunes femmes ; l'une des femmes tombe par terre et se blesse.

Quand les jeunes femmes rentrent à la maison, leur mère demande pourquoi l'une d'elles est blessée. Elles mentent et expliquent qu'elle est tombée à l'école. La mère répond que quelqu'un lui a dit qu'elles avaient été vues en train de fuir la police, et les jeunes filles s'avouent coupables – elles révèlent à leur mère qu'elles étaient allées au bar.

Après le jeu de rôle, les participants ont discuté des raisons pour lesquelles les jeunes filles s'étaient comportées de cette façon. Les femmes plus âgées ont dit qu'elles avaient du mal à maîtriser ou à parler à leurs enfants. Elles croyaient que c'était l'obligation des enseignants de les tenir au courant quand leurs enfants séchaient l'école. Sous la direction de la facilitatrice, elles ont parlé également des façons de communiquer avec les adolescent(e)s et de s'engager dans leurs vies, tant à l'école qu'à l'extérieur des murs. La facilitatrice a terminé la session en demandant aux participantes de réfléchir sur les façons d'améliorer la communication dans la famille, pour démarrer la discussion de la semaine suivante.

La plupart du temps, les groupes travaillent séparément pour assurer qu'ils ont un espace sécuritaire où ils se sentent soutenus lorsqu'ils parlent des questions intimes. Les quatre groupes se réunissent toutes les quatre ou six semaines pour former une sorte d'assemblée générale afin de partager leurs idées. Les facilitateurs et les facilitatrices se

réunissent une fois par semaine pour discuter des problèmes ou des difficultés qu'ils ont rencontrés dans leurs groupes et pour planifier les activités de la semaine suivante.

Nous aimons les discussions de groupe car nous recevons sur-le-champ les réponses à nos questions.

Exécuteurs et participant(e)s du programme

Après quatre mois, les ateliers hebdomadaires prennent fin. Pendant l'atelier final, chaque groupe offre à la communauté entière une demande spéciale et un plan d'action. La communauté discute des demandes et décide si elles seront acceptées ou rejetées. Pour celles qui sont acceptées, un comité est élu pour mettre en œuvre le plan d'action et pour suivre son progrès.

Les facilitateurs et facilitatrices retournent aux communautés tous les trois ou six mois pour conduire des sessions de « feed-back » (réactions) et pour déterminer si les demandes sont en train d'être exécutées. Ils décident de façon informelle si le changement de comportement a eu lieu. Quand les demandes ne sont pas honorées, l'Action Aid se réunit avec les représentants de la communauté afin de déterminer le problème central et pour discuter des façons de le résoudre.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

Une évaluation rurale participative a été conduite par l'Action Aid en 1997 pour examiner les problèmes qui touchent la communauté : la connaissance du VIH/SIDA, le niveau d'éducation, les travaux et les activités routines.

On a trouvé que les individus savaient très peu sur le VIH/SIDA et comment l'éviter. De plus, la communauté avait des points de vue sur les rôles des sexes et des relations personnelles qui pourraient augmenter la possibilité de l'infection par le VIH. Malheureusement, à cause des changements du personnel et du déménagement du bureau, d'autres informations sur ce sujet ne sont pas disponibles.

Les jeux de rôles sont efficaces parce qu'ils font participer le grand public.

Directeur du programme

Matériel du programme

Le programme « Stepping Stones » dépend du manuel et de la vidéocassette préparés par Alice Welbourne de l'Action Aid de l'Ouganda. La traduction du manuel en portugais a pris trois mois et l'impression et la distribution ont pris un mois de plus. Le manuel est à présent en cours d'adaptation : les noms des personnages, les lieux et les histoires sont en train d'être modifiés en vue de convenir au contexte mozambicain. La communauté et les membres des ateliers jouent un rôle actif dans cette opération ; ils expliquent quelles parties du livre sont moins convenables au Mozambique et ils suggèrent des solutions.

Le manuel « Stepping Stones » est un dossier de formation sur la communication relative au VIH/SIDA et sur les compétences en relations personnelles. Même si le manuel n'offre pas de solutions, il aide les communautés à développer leurs propres solutions à leurs propres problèmes et soucis.

Des exemplaires du manuel et de la vidéocassette sont disponibles (voir « Matériel pédagogique » à la fin de cette partie du rapport).

On demande que la communauté entière participe aux ateliers. Les membres de la communauté sont divisés en quatre groupes pour qu'ils se sentent plus libre à se parler. Cela aide chaque groupe de pairs à trouver un sentiment d'unité ; une ambiance sécuritaire et amicale est créée où l'on peut explorer des sujets sensibles. Les facilitateurs et facilitatrices sont idéalement des membres de la même communauté que les participants.

Directeur du programme

Matériel visant le groupe cible

Les facilitateur et facilitatrices utilisent le manuel « Stepping Stones » pendant les ateliers. Ce manuel met l'accent sur les sujets sociaux tels que les problèmes liés aux relations entre les deux sexes, à la culture et aux relations personnelles ; il fait le lien entre les problèmes et la santé sexuelle et reproductive. Le manuel peut être divisé en trois parties.

Première partie

La première partie est centrée sur les exercices qui développent la coopération et la communication dans le groupe, ce qui aide les participants à reconnaître leurs propres points de vue et besoins. Les participants examinent les réalités et les sentiments concernant les relations personnelles, la prévention de l'infection par le VIH/SIDA et les rapports intimes à moindre risque. Les groupes d'hommes et de femmes ont tous l'occasion d'évaluer leurs priorités en ce qui concerne la santé sexuelle et la vie familiale, toujours dans le contexte d'une compréhension plus large de leur vulnérabilité potentielle au VIH.

Deuxième partie

La deuxième partie du manuel vise à aider les participants à analyser le comportement et les attitudes individuels afin d'identifier les influences qui existent dans leurs vies. Les attentes de la société qui dépendent du sexe, qui sont souvent intimement liées aux traditions culturelles, sont examinées. D'autres influences sont considérées, telles que les pressions économiques de gagner sa vie (besoin d'argent), l'usage et l'abus de l'alcool et des drogues, et les personnalités des individus.

La participation des hommes à cette réflexion est la clé à la transformation des relations entre les sexes et des pratiques néfastes. Les participants – hommes et femmes – évaluent eux-mêmes les avantages et les désavantages des relations et pratiques actuelles, ainsi que les facteurs qui les influencent. Par exemple, les traditions culturelles telles que l'héritage des femmes, la polygamie, et les rites d'initiation et de purification sont prises comme point de départ pour la réflexion. Les membres de la communauté sont encouragés à mettre en question les avantages de ces pratiques, ainsi que les risques courus et les solutions que l'on peut trouver.

Les vieilles ont demandé si elles pouvaient rester au village après le décès de leurs maris, au lieu d'être renvoyées aux villages où elles étaient nées. Les jeunes femmes ont demandé aux hommes d'arrêter de courir après elles, leur demandant de coucher avec eux, pour qu'elles puissent finir l'école.

Groupes de jeunes femmes et de femmes plus âgées

Troisième partie

La dernière partie aide les participants à réfléchir et à pratiquer les façons par lesquelles ils peuvent changer leur comportement afin de devenir plus assurés pour assumer la responsabilité de leurs actions aux niveaux personnel et communautaire. Ils discutent aussi des stratégies pour maintenir ce comportement plus assuré.

Le processus finit par une demande spéciale faite à la communauté entière par chaque groupe de pairs. Cette demande est présentée sous forme d'un jeu de rôle, pour illustrer le changement qui est jugé selon chaque groupe d'être la priorité de la communauté. Puisque ces demandes sont faites collectivement, lors d'un forum communautaire, elles sont plus efficaces que celles faites par des individus.

Matériel de formation

Le manuel « Stepping Stones » est aussi utilisé pour former les instructeurs et instructrices et les facilitateurs et facilitatrices parce que c'est l'outil principal utilisé pendant les ateliers.

J'aimerais voir des images des maladies dont nous parlons, telles que le VIH/SIDA et les autres MST, pour que je puisse savoir à quoi elles ressemblent.

Participant au programme

Choix et formation de l'équipe

Tous les membres de l'équipe reçoivent une formation de base. Les méthodes de sélection des membres de l'équipe peuvent changer au fur et à mesure ; le programme de formation ne varie pas. La formation est conduite par une approche en cascade.

Formation des instructeurs

Deux personnes de l'Institute of Social Communication (institut de communication sociale), basé à Maputo, ont reçu la formation en méthodologie « Stepping Stones » au Zimbabwe. Cette formation a été conduite par le South Africa AIDS Network (SANASO), un réseau VIH/SIDA en Afrique du Sud, basé à Harare, Zimbabwe.

Instructeurs et Instructrices des facilitateurs et facilitatrices

- Ce sont deux consultants, un homme et une femme
- Les facilitateurs et facilitatrices sont formés dans la méthodologie « Stepping Stones » par l'instructeur en chef. Pendant la formation, les participants sont parfois séparés selon leur sexe.
- La formation prend deux semaines.
- La formation exige une familiarisation avec le manuel « Stepping Stones » et avec les stratégies à utiliser pour une variété de situations qui sont présentées. Les participants reçoivent une formation en communication interpersonnelle et apprennent comment être sensibles à l'environnement communautaire.

Facilitateurs et facilitatrices

- Il y a d'habitude huit facilitateurs et facilitatrices (quatre femmes, quatre hommes) par quatre communautés. Un(e) facilitateur ou facilitatrice doit appartenir à l'une de ces communautés.
- Ils sont choisis par les leaders du village.
- Ils sont choisis pour participer au programme selon leur capacité de lire et écrire portugais et la langue locale, leur connaissance de la santé reproductive, leur ouverture d'esprit, leur capacité d'écouter et de communiquer ouvertement dans l'environnement communautaire, leur capacité de parler ouvertement des sujets liés aux relations personnelles et à la sexualité, leur capacité de travailler en équipe, et leur volonté de changer leur propre comportement et d'agir comme modèles.
- Les facilitateurs et facilitatrices reçoivent une formation de deux semaines, conduite par les instructeurs et instructrices.
- La formation exige une familiarisation avec le manuel « Stepping Stones ». Les facilitateurs et facilitatrices apprennent aussi comment aider les personnes à communiquer pour qu'elles puissent discuter de leurs problèmes et en trouver les solutions.
- Les facilitateurs et facilitatrices assistent à un stage de recyclage une fois par an.

Mise en œuvre du programme

Avant la mise en œuvre du programme, une rencontre a eu lieu avec les fonctionnaires de la santé aux niveaux de la province et du district pour obtenir l'approbation du gouvernement et pour savoir s'il y avait un district ou une communauté qui méritait une

attention particulière. Des rencontres ont aussi eu lieu avec les leaders communautaires pour expliquer le programme et pour gagner leur appui.

Organisation d'un atelier

- Les évaluations rurales participatives sont utilisées pour décider lesquelles des communautés ont le plus grand besoin d'aide. L'Action Aid commence d'habitude par une seule communauté pour ensuite accroître le nombre de communautés participant au fur et à mesure que les facilitateurs et facilitatrices se familiarisent avec le travail.
- Les facilitateurs et facilitatrices sont choisis et formés, et les premiers ateliers sont organisés.
- Les ateliers sont annoncés à la communauté de bouche à oreille : pendant des réunions communautaires et en parlant aux gens durant des rassemblements communautaires.
- Les membres de la communauté qui décident de participer sont divisés en groupes selon leur âge et leur sexe.
- Les facilitateurs et facilitatrices se réunissent une fois par semaine pour discuter des activités et du programme de l'atelier. Une fois par mois, ils rencontrent l'assistant du programme Action Aid.

Ressources du programme

En plus du manuel « Stepping Stones », d'autres matériels sont utilisés pendant les ateliers : les stylos, le papier, les marqueurs. Ces matériels sont envoyés du bureau central aux bureaux d'Action Aid dans les provinces. Les facilitateurs apportent les matériels aux sites des ateliers. En général, les supports de référence sont gardés au bureau central, ce qui les rend difficile à obtenir. Le projet n'a pas de centre de ressources où les facilitateurs et facilitatrices puissent obtenir les matériels pour leur travail. Ils se servent donc du manuel « Stepping Stones » comme ressource principale.

L'une des plus grandes faiblesses du programme est la formation. Elle est difficile à mettre en œuvre et à maintenir pour deux raisons principales. Premièrement, peu de personnes rurales parlent portugais, et les facilitateurs et facilitatrices ne sont capables de parler ou d'écrire que rarement dans la langue locale. Deuxièmement, le taux d'alphabétisation est très bas dans les régions rurales ; par conséquent, il est difficile d'utiliser le manuel de manière efficace.

Ancien coordonnateur VIH/SIDA

Plaidoyer

Les ministères de l'éducation et de la santé provinciaux sont tenus au courant du programme de l'Action Aid dans la communauté par des discussions et par la présentation des plans d'action et des projets. Au niveau du district, l'administrateur est tenu au courant de l'état du programme grâce aux réunions mensuelles ou trimestrielles qui sont tenues dans son bureau ; l'administrateur est parfois invité à assister aux réunions du programme.

Dans la province de Zambèze, les ministères de la santé et de l'éducation ont participé à un atelier de formation d'instructeurs et instructrices. Cela a été fait pour les encourager à surveiller les facilitateurs et facilitatrices « Stepping Stones » au niveau communautaire. Malheureusement, cette surveillance n'a pas été mise en place à cause de la charge de travail du personnel des ministères, et parce que le financement nécessaire pour soutenir la surveillance des facilitateurs et facilitatrices n'était pas suffisant.

Le programme « Stepping Stones » est fondé sur le plaidoyer en ce qu'il vise le changement communautaire par moyen de discussions. Le soutien des leaders communautaires est vu comme un élément clé. L'Action Aid discute du programme avec ces leaders pour s'assurer d'obtenir leur soutien. Les leaders communautaires convoquent la première assemblée où ils présentent l'organisation à la communauté. Ils sont encouragés à assister aux ateliers pour encourager les autres à y participer.

Rapport financier

Le financement a été reçu de la part de l'Action Aid (1997, 1999), du DFID (1999, 2001), de l'Elton John AIDS Foundation (2000), de Spanish Aid (2001), de Spanish Volunteers (2001) et de l'UNICEF (2001). Le Tableau 1 résume l'utilisation du financement.

Depuis l'année dernière, approximativement 500 000 adultes ont bénéficié du programme. Si nous supposons qu'il y aura le même nombre de bénéficiaires à chaque année, le coût estimé par personne par an est approximativement 0,30 \$US (597 000/[500 000*4]).

Activité/Matériel	Coût en \$US*
Manuel (production et adaptation)	33 000
Formation des instructeurs et instructrices	22 000
Stage de recyclage	7 000
Formation des facilitateurs et facilitatrices	90 000
Ateliers communautaires	60 000
Surveillance aux niveaux provincial et national	15 000
Établissement du réseau de contacts/ réunions provinciales	8 000
Salaire et frais de soutien	
Coordonnateurs « Stepping Stones »	160 000
Deux véhicules (Maputo et Zambèze)	60 000
Deux motos (Maputo et Zambèze)	16 000
Soutien administratif et logistique	30 000
Ordinateur et équipement de bureau	6 000
Suivi et évaluation	20 000
Total	597 000
*Coûts sur une période de quatre ans.	

Tableau 1. Coûts du programme

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Autrefois, l'effort pour lutter contre le VIH/SIDA était la responsabilité d'un département distinct, mais il est maintenant reconnu qu'il faut que ce travail soit incorporé aux autres départements de l'Action Aid. C'est la mise en œuvre qui sera un défi.

Coordonnateur du programme

- Le défi principal est d'atteindre le niveau de formation des facilitateurs et facilitatrices nécessaire pour rendre le programme efficace. La plupart des facilitateurs et facilitatrices n'ont pas, à présent, le niveau d'éducation suffisant ; ils ont donc besoin de formation pour
 - changer leurs propres comportements et intérioriser le message du programme « Stepping Stones »
 - apprendre à s'adapter pour savoir comment changer d'approche selon les besoins de la communauté
- Les facilitateurs et facilitatrices ont également besoin de mises à jour de leur formation afin de développer les capacités pour maintenir la bonne qualité de l'exécution du programme.
- Une équipe permanente d'instructeurs et instructrices est donc de rigueur.
- Le suivi et l'évaluation sont faibles. Il faut mettre en place un système pour donner suite aux problèmes soulevés pendant les sessions. L'Action Aid n'a pas le temps ni les ressources pour ce faire fréquemment. Une solution possible serait faire participer les autres partenaires, comme les ONG et les gouvernements.
- Les enfants devraient participer au programme « Stepping Stones » parce qu'ils sentent aussi les effets de ce qui arrive dans la famille et dans la communauté. Pour la première fois, l'Action Aid vient tout récemment de tester le programme « Stepping Stones » dans les écoles.

Il serait souhaitable d'avoir un centre de ressources où nous pourrions aller consulter les livres sur les sujets que nous ne connaissons pas, puisque les gens nous posent parfois des questions sur des sujets que nous ignorons. Quand cela arrive, nous sommes parfois

obligés d'aller chercher les infirmières du centre de santé, ou quelqu'un d'autre, selon le sujet.

Facilitateur de programme

Facilitateurs et facilitatrices

- Les facilitateurs et facilitatrices ont besoin d'accès à l'information sur les sujets dans lesquels ils n'ont pas reçu de formation. Cela pourrait provenir de :
 - un centre de ressources contenant des livres, des vidéocassettes et des affiches qu'ils pourraient consulter, ou
 - l'accès aux spécialistes (infirmières, médecins, conseillers) vivant dans la région qui pourraient leur expliquer les éléments techniques de certains ateliers.
- Pour certains sujets, le manuel et la vidéocassette « Stepping Stones » ne suffisent pas. Il faut des affiches ou des livres illustrés qui montrent les différentes maladies dans leurs divers stades. Les affiches qui illustrent les organes de la reproduction devraient aussi être mises à la disposition des facilitateurs et facilitatrices. En général, il faut d'autres matériels pédagogiques pour renforcer le manuel et la vidéocassette.

Auteur du rapport

- Les liens avec d'autres organisations travaillant dans ce domaine sont faibles et méritent d'être renforcés. Il existe un effort pour collaborer à la distribution des préservatifs avec Population Services International (PSI).
- En ce qui concerne les ateliers, si le taux de participation des membres de la communauté est élevé, la probabilité de changement est aussi élevée. Or, quand peu de membres y participent, il est probable que d'autres ateliers seront nécessaires pour effectuer un véritable changement.
- Quand le taux de participation est bas, les participants qui s'y intéressent devraient être formés comme facilitateurs ou facilitatrices pour encourager la continuité et l'internalisation de la méthodologie « Stepping Stones ».
- Il faut qu'il y ait une meilleure surveillance des facilitateurs et facilitatrices pour assurer la qualité de leur travail.
- Les membres de la communauté devraient recevoir une formation pour pouvoir évaluer l'exécution des changements, au lieu de dépendre du personnel d'Action Aid, qui manque souvent de ressources.
- Dans les régions où l'électricité n'est pas disponible, il faut faire un effort pour avoir accès à une génératrice, une batterie portable, ou une autre technologie appropriée afin de permettre aux participants de regarder la vidéocassette « Stepping Stones » (ou du moins les parties essentielles de cette vidéo).
- Il faut avoir un suivi systématique du progrès après le dernier atelier.
- Nos observations ont révélé que certains membres du groupe semblent participer plus que d'autres aux ateliers. Il est important de trouver des façons d'assurer la participation de tous les membres, et par conséquent d'assurer un apprentissage uniforme.

Pour qu'une organisation puisse fonctionner au niveau communautaire, la structure politique doit être informée.

Directeur de programme

Évaluation

Les facilitateurs et facilitatrices retournent aux communautés tous les trois à six mois après le dernier atelier. Par le biais des discussions avec les membres de la communauté qui ont participé à l'atelier, ils vérifient que les changements promis par la communauté sont en cours d'exécution.

Les changements sont visibles dans bien des communautés. Par exemple, dans l'une des communautés, les femmes avaient demandé que les hommes leur donnent plus d'argent pour les dépenses domestiques. Cela est arrivé. De plus, les changements sont parfois évidents chez ceux et celles qui n'ont pas assisté aux ateliers – ils ont vu leurs voisins changer et ils les ont imités.

Il n'existe cependant pas d'évaluation systématique du programme.

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	Atteint en partie	Les enfants participent parfois quand les ateliers sont conduits après les heures de classe.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	✓	Les participants discutent de leurs problèmes et ils sont encouragés à tirer des leçons de leurs propres expériences.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	Les participants réfléchissent sur leurs attitudes et trouvent des solutions qui entraînent un changement de comportement.
4	Tient compte de l'impact	✓	En essayant de comprendre l'impact des

	des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.		relations personnelles sur le changement de comportement, ce programme vise les valeurs sociales positives.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	✓	L'évaluation rurale participative est conduite pour évaluer les besoins de la communauté.
6	Conduit une formation continue aux enseignants et aux autres fournisseurs de service.	Atteint en partie	Les facilitateurs et facilitatrices reçoivent une formation. Peu de formation supplémentaire ni de ressources sont fournies.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	Activités (discussions de groupe, jeux de rôles) sont participatives.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	Ce programme se fonde sur la communauté et les expériences de vie collectives et individuelles.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	✓	En suivant le manuel et les exercices, il y a un suivi, une progression et une continuité des messages.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	Non applicable	
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	✓	Chaque atelier dure assez longtemps pour discuter d'un sujet à fond. Il est possible de finir le manuel en entier durant les quatre mois alloués.
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	Non applicable	Il n'existe pas de programme en milieu scolaire.
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	L'organisation du manuel commence par les connaissances initiales de la communauté pour développer ces connaissances en donnant progressivement des informations sur des sujets variés.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières	✓	Le programme « Stepping Stones » est soutenu par le gouvernement et par les communautés locales. Le programme est en expansion, non

	et s'agrandir.		seulement grâce à l'Action Aid mais à l'aide d'autres ONG internationales et nationales.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément normal et sain de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	Atteint en partie	Dépeint la sexualité humaine comme une saine et normale partie de la vie. Le programme ne traite pas les questions relatives à l'homosexualité.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	Atteint en partie	L'Action Aid retourne aux communautés pour vérifier que les changements ont eu lieu. Il n'existe pas d'évaluation scientifique ou systématique de l'impact du programme

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Coordonnées

Action Aid Mozambique

Alfredo Santos, National AIDS Coordinator

Rua Comandante Augusto Cardoso 327/9

C.P. 2608

Maputo, Mozambique

Courrier électronique : admin@actionaidmozambique.org

ou

aamozhiv@teledata.mz

Site Internet : www.actionaid.org

Liste des collaborateurs et collaboratrices

Rapport du programme préparé par Esther Kaziliman-Pale.

Version anglaise éditée par Helen Baños Smith.

Nous sommes reconnaissants de l'appui des individus suivants, qui ont fourni une grande partie des informations contenues dans ce rapport :

Alfredo Santos, Coordonnateur VIH/SIDA
Antonio Banze, Responsable du projet
Janet Duffield, Ancienne coordonnatrice VIH/SIDA
Simao Hilario Ferreira Tima, Facilitateur
Joaquim Alberto Chau, Facilitateur
Gabriel Jacob Mimbirri, Facilitateur
Raimundo Valente Dzimba, Facilitateur
Celia Maria Marques, Facilitatrice
Sandra Macho Bonzela, Facilitatrice
Adelaide Filipe Machaua, Facilitatrice
Ricardina Valente Chapo, Facilitatrice

Matériel pédagogique

Stepping Stones : A Training Package on HIV/AIDS, Communication and Relationship Skills
(Ensemble de formation sur le VIH/SIDA, compétences en communication et relations personnelles)

(Numéro de commande : ActionAid01)

Stepping Stones Summary (Résumé du programme)

(Numéro de commande : ActionAid02)

« Final evaluation : Adolescent RH in Maputo City and Zambezia, July 2001 »
(Évaluation finale : santé reproductive des adolescent(e)s à Maputo et en Zambèze, juillet 2001)

(Numéro de commande : ActionAid03)

« Report of the Evaluation of the HIV/AIDS Programme 1998-2001 » (Rapport de l'évaluation du programme sur le VIH/SIDA 1998-2001)

(Numéro de commande : ActionAid04)

Gender, Sex, and HIV : How to Address Issues that No One Wants to Hear About (Relations entre les deux sexes, sexe et VIH : Comment aborder les sujets dont personne ne veut entendre parler)

(Numéro de commande : ActionAid05)

Vidéocassette

(Numéro de commande : ActionAid06)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL

Rôle du personnel principal du programme

Directeurs et directrice du pays, Action Aid

Les directeurs ont la charge du programme entier du pays. Ils allouent des fonds et donnent leur approbation aux changements portés aux activités du programme.

Coordonnateur VIH/SIDA

Le coordonnateur est sous les ordres du directeur du pays et il dirige les opérations administratives et techniques quotidiennes. Il est aidé par les départements d'administration et de ressources humaines. Les coordonnateurs VIH/SIDA provinciaux, les assistants VIH/SIDA et les facilitateurs et facilitatrices sont sous ses ordres. Au niveau du district, il est aidé par les coordonnateurs et coordonnatrices régionaux du district. Avec le responsable du programme, il s'occupe de la sélection des instructeurs et instructrices pour les facilitateurs et facilitatrices.

Directeur du programme VIH/SIDA (Province de Maputo)

Le directeur du programme VIH/SIDA est chargé de la surveillance du programme VIH/SIDA de la province de Maputo. Il est directement sous les ordres du coordonnateur VIH/SIDA et aide à la sélection et la formation des facilitateurs et facilitatrices.

Coordonnatrice provinciale (Province de Zambèze)

La coordonnatrice provinciale supervise le programme provincial entier, ainsi que le programme VIH/SIDA.

Coordonnateur/coordonnatrice régional du district (DAC)

Les DAC dirigent le programme Action Aid au niveau du district ; ils sont chargés d'assurer que les facilitateurs et facilitatrices font leur travail et qu'ils organisent leurs visites communautaires. Lorsqu'il arrive un problème, les DAC jouent le rôle de liaisons entre les facilitateurs et l'assistant ou assistante VIH/SIDA.

Assistant/assistante VIH/SIDA

Ils sont chargés d'aider la coordonnatrice provinciale à superviser le programme VIH/SIDA. Ils sont chargés de la supervision directe des facilitateurs et facilitatrices et, le cas échéant, ils conduisent la formation de ces derniers.

Facilitateurs et facilitatrices

Les facilitateurs et facilitatrices sont chargés de la conduite des ateliers dans les communautés. La formation et la surveillance des facilitateurs et facilitatrices sont importantes car c'est sur eux que dépend la réussite ou l'échec du programme « Stepping Stones ».

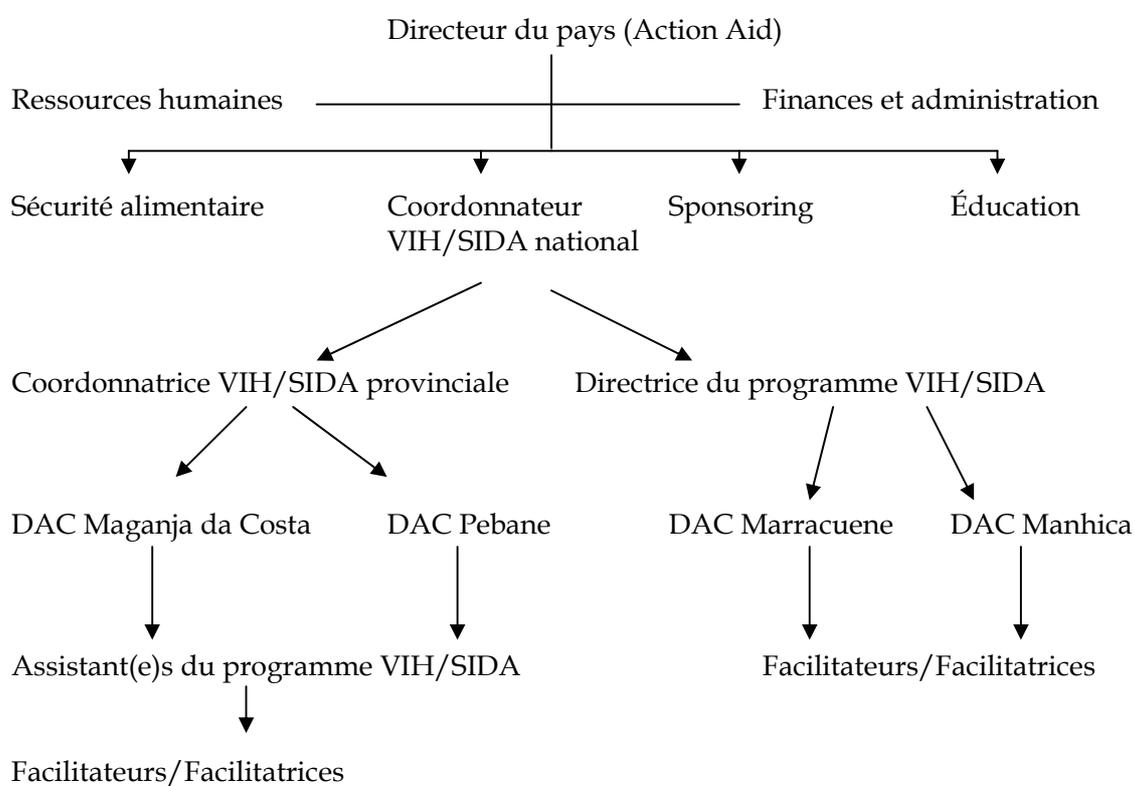


Figure A.1. Organigramme

ANNEXE 2. STATISTIQUES SUR LE PERSONNEL

	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein, payé	1	Coordonnateur national	H
	1	Responsable du programme VIH/SIDA	H
	1	Coordonnatrice provinciale	F
	2	Assistant(e)s du programme VIH/SIDA	1H, 1F
	1	Assistant du programme	H
Temps partiel, payé	1	Coordonnatrice du district, Manhica	F
	1	Coordonnatrice du district, Marracuene	F
	1	Coordonnateur du district, Pebane	H
	1	Coordonnateur du district, Manja de Costa	H
Éducateurs pairs bénévoles (aucune allocation ni indemnité)	32	Facilitateurs/facilitatrices	16F, 16H
	3	Directeurs	H

Résumé du programme

L'UNFPA et Pathfinder International : *Geração Biz*, Cliniques de santé adaptées aux jeunes

Geração Biz est un service de santé qui est adapté aux jeunes (« youth-friendly » Health Service [YFHS]). Il s'agit d'une composante d'un programme intégré de l'UNFPA (le Fonds des Nations Unies pour la population), de Pathfinder International et du gouvernement. Ce programme comprend des interventions aux niveaux scolaire et communautaire. Le but global du programme est de sensibiliser les jeunes âgés de 15 à 24 ans—ceux et celles qui sont scolarisés et ceux et celles qui ont quitté l'école—aux problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive. Le programme vise également à encourager l'adoption des comportements sexuels et reproductifs sans risque, sensibles aux relations entre les sexes et qui manifestent une reconnaissance de la responsabilité personnelle. Ce rapport traite de *Geração Biz*, la composante clinique du programme, qui a été lancée en 1999 à Maputo, la capitale du Mozambique.

Le but global de *Geração Biz* est d'améliorer l'accès qu'ont les adolescent(e)s aux services de santé sexuels et reproductifs, grâce au développement de services cliniques et d'assistance qui sont adaptés aux jeunes. Les jeunes reçoivent des conseils sur les maladies sexuellement transmissibles (MST), la contraception, l'utilisation du préservatif et les relations personnelles. Les infirmières et les médecins reçoivent une formation qui les aide à conseiller les jeunes de manière plus accueillante. Les éducateurs pairs se rendent aux cliniques pour parler aux jeunes de l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque ; ils leur donnent également des informations sur le VIH/SIDA.

Dans la ville de Maputo, il y a six cliniques de santé « youth-friendly » (YFHS, « amis des jeunes »), dont la plus grande se trouve à l'hôpital central. Les YFHS sont gérés par une conseillère technique de l'UNFPA-Pathfinder qui travaille en collaboration avec son homologue du Ministère de la Santé et avec les coordonnateurs cliniques des centres de santé.

En 2001, le programme a été évalué ; par conséquent, il a été agrandi en 2002 pour couvrir les provinces de Maputo, de Gaza et de Tete.

Pendant la première année du programme, 1 173 jeunes ont utilisé ses services. En 2002, plus de 11 000 jeunes les ont utilisés. Plus de 91 550 préservatifs ont été distribués. Le coût estimé par personne aidée s'élève à 80,76 \$US. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 12 en entier et 3 en partie ; l'un des indicateurs n'était pas applicable.

UNFPA et Pathfinder International : *Geração Biz*, Cliniques de santé adaptées aux jeunes

PARTIE A : DESCRIPTION DU PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

Depuis 1999, trois Ministères (le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le Ministère de l'Éducation et le Ministère de la Santé) ont coordonné un programme multisectoriel en collaboration avec des ONG, des associations et des réseaux de jeunesse. Ce programme vise à aborder les problèmes qui confrontent les jeunes mozambicains : manque de connaissances, de compétences et d'accès aux services de santé sexuels et reproductifs adaptés aux jeunes. C'est dénommé *Geração Biz*, un nom choisi par les jeunes eux-mêmes pour représenter une génération active et pour souligner qu'ils veulent jouer un rôle central dans la protection de leur propre santé reproductive.

Le programme a été initié au niveau central et il a mis en œuvre des opérations dans la ville de Maputo et dans la province de Zambèze. En 2002, les activités ont commencé dans les provinces de Gaza, de Maputo et de Tete. L'expansion du programme partout dans ces provinces et à de nouvelles provinces est attendue dans les années qui viennent.

Dans la composante en milieu scolaire, qui est exécutée en collaboration avec le Ministère de l'Éducation, les élèves reçoivent une formation qui les prépare à conseiller leurs pairs scolarisés et ceux et celles qui ne sont plus scolarisés, et les aider à devenir plus autonomisés sur des sujets tels que la sexualité, la grossesse chez les adolescentes, l'avortement, les MST et le VIH/SIDA. Pour ce faire, ils se servent du counselling, des scènes de théâtre, des films, des débats de groupe et des coins de discussion pour les jeunes. La composante communautaire travaille avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports et des associations de la jeunesse. Les centres de jeunesse sont installés à des endroits où les jeunes peuvent se rendre pour se faire conseiller, obtenir des préservatifs et utiliser un service de référence qui les enverra aux services de santé qui sont adaptés aux jeunes (Youth-Friendly Health Services [YFHS]). Les jeunes participent aussi à la préparation et à la diffusion des émissions de radio communautaires. Cela aide à créer des liens entre l'école et la communauté, tout en maximisant les ressources et l'impact des efforts.

Avant 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer auprès du gouvernement et de la communauté. • Programme créé et développé.
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des besoins menée par le Ministère de la Santé. • Premier financement reçu de la part de la GTZ et de l'UNFPA pour une clinique pour adolescent(e)s à l'Hôpital Central de Maputo. • Personnel clé recruté et formé. • Cliniques pour jeunes établies dans cinq centres de santé. • Clinique pour jeunes établie à l'Hôpital Central de Maputo.
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne de publicité commencée pour les cliniques adaptées aux jeunes. • Travail commence pour le matériel pédagogique d'Information-Éducation-Communication (IEC).
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Sondage conduit sur le Changement de connaissance-attitude-comportement (Knowledge-Attitude-Behaviour [KABC]) et la Satisfaction des clients. (Résultats non disponibles.) • Matériel pédagogique IEC mis au point, produit et diffusé. • Évaluation conduite.
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Expansion du programme aux provinces de Maputo, de Gaza et de Tete, avec le financement de l'UNFPA et de DANIDA (l'agence danoise de développement international).

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Dans ce rapport, la discussion porte exclusivement sur la composante clinique de la ville de Maputo, et non du programme global de la ville.

En 1999, une évaluation des besoins a été conduite par le Ministère de la Santé à la ville de Maputo pour évaluer l'état des centres de santé et de leurs services adaptées aux jeunes. Les experts ont trouvé que la plupart des centres de santé avaient besoin de rénovation et d'équipement pour répondre aux besoins des jeunes. De plus, le chef du département de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Central de Maputo avait remarqué de nombreuses adolescentes qui se présentaient pour des complications liées à l'avortement. En même temps, l'UNFPA développait un programme de santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s. Les deux organisations ont décidé de collaborer par l'incorporation des services adaptés aux jeunes dans les installations gouvernementales de santé. Le financement pour cette collaboration a été reçu de la part de l'UNFPA et de la Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agence allemande pour la coopération technique), qui est l'agence de développement du gouvernement allemand.

Cinq cliniques adaptées aux jeunes, situées dans des centres de santé déjà existants, ont ouvert les portes en octobre 1999 à la ville de Maputo. En novembre 1999, une autre clinique a été ouverte à l'Hôpital Central de Maputo ; deux autres ont été établies depuis. Ces cliniques offrent des espaces privés à l'usage des jeunes, où ces derniers reçoivent des services de santé et de counselling fournis par un personnel compétent dans une atmosphère confidentielle et accueillante.

Quand les cliniques ont ouvert leurs portes, à peu près 150 jeunes se présentaient par mois. Ce nombre a depuis augmenté à approximativement 700 clients par mois.

Vue d'ensemble du programme

But

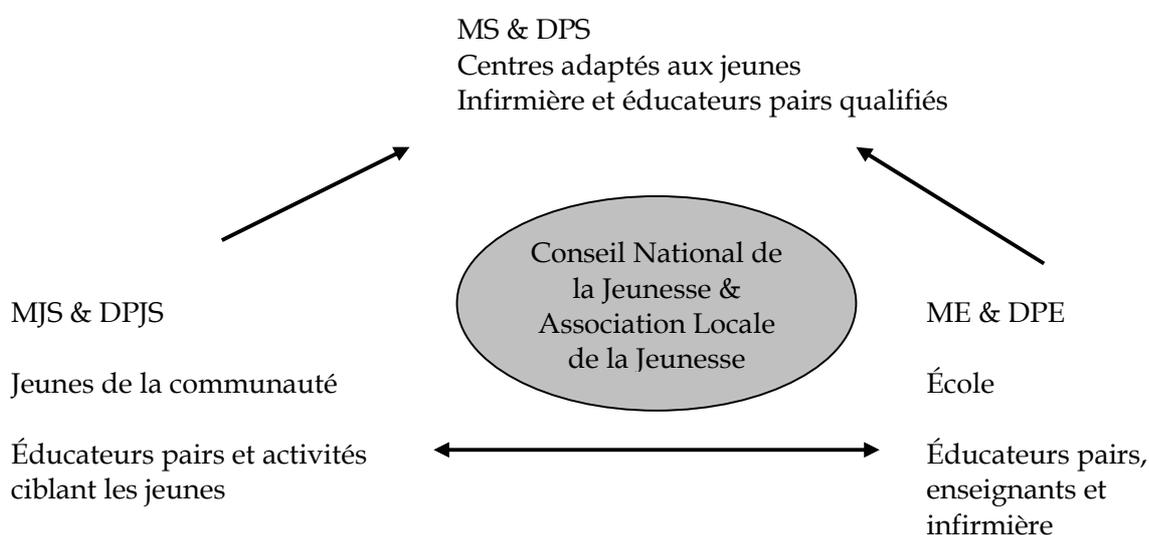
Le but du programme multisectoriel est d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s. Cela comprend la réduction de grossesses précoces ou non désirées, ainsi que la réduction du taux des MST et de l'infection par le VIH. Le but spécifique des cliniques adaptées aux jeunes est de donner aux jeunes de 15 à 24 ans des services de santé reproductive qui leur sont adaptés et de les conseiller dans les installations de santé gouvernementales.

Objectifs

Selon la coordonnatrice du programme, les objectifs du programme sont les suivants :

- Offrir une meilleure accessibilité aux services de santé sexuel et reproductive pour adolescent(e)s (information, éducation et conseils) aux jeunes qui sont scolarisés ainsi qu'à ceux et celles qui ont quitté l'école. Cela se fait par le développement des services cliniques et des services de conseils en santé reproductive qui sont spécialisés et adaptés aux jeunes.

- Augmenter la sensibilisation et l'adoption d'un comportement sexuel et reproductif qui est caractérisé par la sécurité, la responsabilité et la sensibilité en ce qui a trait aux différences entre les sexes.
- Augmenter l'utilisation des services de santé reproductive par les jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non.
- Renforcer les mécanismes pour faire participer les jeunes des deux sexes à tous les aspects du programme, ainsi que d'encourager la sensibilisation à la problématique hommes-femmes et à l'égalité entre les deux sexes, comme composante fondamentale des activités de santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s.
- Développer la capacité technique et institutionnelle des ministères du gouvernement, de leurs partenaires, et de la société civile de planifier, mettre en œuvre et suivre les activités sectorielles.



MS – Ministère de la Santé ; DPS – Direction Provinciale de la Santé ; MJS – Ministère de la Jeunesse et des Sports ; DPJS – Direction Provinciale de la Jeunesse et des Sports ; ME – Ministère de l'Éducation ; DPE – Direction Provinciale de l'Éducation

Figure 2. Vue d'ensemble du programme

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans qui habitent dans la ville de Maputo constituent le groupe cible primaire. Mais les enfants plus jeunes sont toujours les bienvenus aux cliniques.

Groupe cible secondaire

Le programme cible également les fournisseurs de soins de santé, qui reçoivent une formation pour les préparer à conseiller les jeunes ; ils apprennent aussi des techniques qui les aident à mieux communiquer avec les adolescent(e)s et leur offrir des soins cliniques.

Champ d'action

Le programme a lieu dans cinq centres de santé et à l'Hôpital Central de Maputo. Seul l'hôpital emploie les YFHS (services de santé adaptés aux jeunes) à temps plein ; les centres de santé ne sont ouverts que certains après-midi. Au commencement du programme, c'était ouvert deux fois par semaine ; c'est maintenant ouvert de trois à quatre fois par semaine.

Durée du programme

Ce programme est en opération depuis trois ans. Les jeunes assistent aux cliniques quand ils en ont besoin ou envie.

Buts du programme

La liste dans la Figure 3 indique comment la conseillère technique en chef a classé les buts du programme. Le but du YFHS est de donner des services et des conseils aux jeunes. Mais il faut noter qu'il fait partie d'un plus grand programme qui cible les jeunes dans les écoles et dans les communautés. Ces autres composantes traitent des problèmes de plus large envergure, tels la sexualité et la problématique hommes-femmes.

Prévention des MST/IST
Prévention du VIH/SIDA
Encouragement du comportement sexuel sain pour ceux et celles qui sont sexuellement actifs, et de l'abstinence pour ceux et celles qui ne sont pas encore sexuellement actifs
Fourniture de contraceptifs
Services prénataux pour les adolescentes enceintes
Conseils sur la prévention de la grossesse
Traitement des complications causées par l'avortement
Fourniture de l'information sur la sexualité

Note : MST – maladies sexuellement transmises

IST – infections sexuellement transmises

Figure 3. Buts du programme classés selon leur importance

Approches du programme

L'activité des cliniques est centrée sur l'encouragement de la sexualité saine chez les jeunes. Toutes les approches sont efficaces, mais elles sont employées différemment, selon ce que veut le patient ou la patiente. Les infirmières pensaient que l'approche la plus importante était celle de donner des conseils parce que cela les permettait de présenter une gamme de sujets qui n'étaient pas nécessairement ce que l'enfant/le jeune était venu discuter à la clinique. Par exemple, les infirmières peuvent donner des conseils pour aider un individu à éviter de confondre les rapports sexuels et l'amour.

L'abstinence est considérée comme l'approche la moins importante, bien que les enfants qui viennent à la clinique (et qui ne sont pas encore sexuellement actifs) soient encouragés à retarder le début des rapports sexuels. Les composantes scolaires et communautaires du programme traitent plutôt de l'abstinence, de l'éducation par les pairs, des droits de l'individu, etc.

Conseils sur le VIH/SIDA
Services de santé sexuelle et reproductive Accès à l'information Accès aux contraceptifs/préservatifs Test du VIH/SIDA
Enseignement sur la sexualité/le VIH/les MST Enseignement sur la contraception Respect des droits de l'individu Éducation par les pairs Autosuffisance/Estime de soi Développement des compétences relatives au comportement et des aptitudes à la vie quotidienne
Abstinence

Figure 4. Approches du programme classées selon leur importance.

Activités

Les infirmières croyaient que le counselling individuel était efficace parce qu'elles pouvaient parler aux jeunes et leur donner des conseils pour les aider à prendre des décisions sur la santé sexuelle et reproductive. Par exemple, si une jeune fille se présente avec une MST, les infirmières la conseillent sur les avantages de l'utilisation du préservatif (protection double), même si elle se sert déjà d'une autre méthode de contraception.

Matériels imprimés (pamphlets, dépliants, albums en feuillet, etc.)
Distribution des préservatifs
Conseils face à face
Vidéocassettes

Figure 5. Activités du programme (non classées)

Composantes

Le programme est constitué d'une seule composante, les centres de santé « youth-friendly » (adaptés aux jeunes). Dans les cinq centres de santé, une infirmière qualifiée (ou parfois deux) consacre trois ou quatre après-midi par semaine (de midi à 15h30) aux jeunes. Le matin, elles soignent les patients adultes. À l'Hôpital Central de Maputo, il y a trois infirmières qualifiées qui travaillent à temps plein au centre de santé « amis des jeunes ». À tous les jours, un médecin travaille à la clinique pendant au moins deux heures. Le counselling et les tests volontaires (VCT – Voluntary counseling and testing)

sont disponibles à l'Hôpital Central de Maputo, mais ce n'est pas le cas dans les autres centres de santé.

Ce qui se passe dans les cliniques varie selon le cas. Quoi qu'il en soit, l'exemple suivant représente une visite clinique typique :

- Quand un(e) jeune se présente pour la première fois à la clinique il/elle est accueilli(e) et on lui demande de remplir une fiche pour qu'il/elle puisse être inscrit(e) dans le système.
- En attendant l'infirmière, les patients et patientes regardent des vidéocassettes sur la sexualité adolescente et la prévention du VIH/SIDA, ou ils parlent aux éducateurs pairs qui sont de garde.
- L'infirmière conseille les jeunes sur les problèmes pour lesquels ils se sont présentés à la clinique. Par exemple, si les jeunes sont venus parce qu'ils croient qu'ils ont attrapé une MST, ils sont traités et on leur explique comment ils peuvent prévenir d'autres infections. Un(e) jeune qui reçoit des traitements pour une MST est prié(e) d'amener son partenaire au plus tôt.
- L'infirmière parle ensuite au/à la jeune de la contraception et des avantages et inconvénients des différentes méthodes. Il faut aussi leur apprendre comment utiliser un préservatif (ce qui se fait à l'aide d'un pénis en bois) même si la jeune fille prend la pilule ou utilise la méthode du calendrier. Le but de cette composante de visites en clinique est de réduire le taux d'infection des MST et du VIH.
- Les infirmières font aussi du counselling individuel avec les jeunes pour essayer d'effectuer un changement de comportement. Par exemple, elles discutent de l'estime de soi et des façons de refuser les rapports sexuels ; elles discutent également des relations personnelles avec les parents et les autres membres de la famille, etc.
- À tous les jours, les *activistas* (éducateurs pairs) viennent des écoles des alentours pour parler aux jeunes sur des sujets liés à la santé sexuelle et reproductive, comme le changement d'attitude et de comportement.

Le counselling est d'habitude donné face à face, à l'aide de dépliants et d'albums en feuillet. S'il arrive un problème que les infirmières des cliniques ne sont pas capables de soigner, le patient ou la patiente est envoyé(e) à un médecin hospitalier qui travaille à la clinique.

Une fois par mois, les infirmières de l'Hôpital Central de Maputo se réunissent avec les infirmières des centres de santé et avec le conseiller et le directeur de l'UNFPA-Pathfinder International. Ces réunions servent de forum pour discuter des cas et des expériences du mois qui vient de s'écouler.

Étude de cas : La clinique pour adolescentes de l'Hôpital Central de Maputo

Presque toutes les patientes sont des jeunes filles, et elles se présentent avec des amies. Les patientes s'inscrivent d'abord à la réception. La réceptionniste est très aimable et elle prend le nom de la patiente pour aller chercher son dossier. La patiente est ensuite priée

de s'asseoir, soit dans la salle de télévision, soit dans le couloir, pour attendre son tour. Dans la salle de télévision, il y a des vidéocassettes sur la santé reproductive, la sexualité humaine et les MST. Les patientes choisissent parfois d'attendre dans le couloir. Après une attente de 10 à 20 minutes, la patiente est appelée par l'infirmière, avec qui elle passe entre 20 et 30 minutes. Quelques patientes prennent des contraceptifs ; d'autres n'en prennent pas. Elles rejoignent leurs amies dans le couloir ou dans la salle d'attente et elles partent.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

Une évaluation des besoins a été conduite en 1999 par le Ministère de la Santé. Un guide d'évaluation qui a été utilisé s'intitule *Assessment of Friendly Services for Adolescents and Youth* (Évaluation des services adaptés aux adolescents/adolescentes et aux jeunes), adapté du manuel *Reproductive Health Services for Adolescents* (Services de santé reproductive pour adolescents et adolescentes), qui est publié par Pathfinder International. Ce guide examine :

- les genres de service qui sont offerts par la clinique de santé, en particulier
 - s'il existe un programme conçu expressément pour les adolescent(e)s
 - si les conseils sont donnés
 - s'il existe des activités éducatives et
 - s'il y a suffisamment de matériel éducatif ;
- les heures d'ouverture de la clinique de santé ;
- l'environnement de l'unité de santé (Y a-t-il un espace confortable pour les adolescent(e)s? Y a-t-il une salle d'attente privée?) ;
- l'emplacement de la clinique de santé—s'il y a accès au transport public, s'il se trouve près des écoles ou des endroits où les adolescent(e)s passent la plupart de leur temps libre ;
- la capacité des cliniques de santé (nombre et sortes de salles, nombre de lits, nombre de patient(e)s soigné(e)s par mois, etc.) ;
- si le personnel a reçu une formation portant sur la santé adolescente et la fourniture de services adaptés aux jeunes ;

- les questions sur la participation des jeunes, le soutien politique, les procédures administratives, le recrutement, la publicité et les frais.

Malheureusement, les données sur le nombre de centres de santé visités et les personnes interrogées ne sont pas disponibles. Il a cependant été établi que les données proviennent des entrevues et observations.

En plus de l'étude présentée ci-dessus, une enquête a été conduite parmi les jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non, par moyen de groupes de discussion afin de déterminer ce qui leur a plu et ce qu'ils n'ont pas aimé aux cliniques « youth-friendly » ; l'enquête a examiné aussi ce qui encouragerait les jeunes à utiliser les cliniques. Les résultats révèlent que :

- La plupart des cliniques ont besoin de rénovation pour créer un espace réservé aux adolescent(e)s.
- Les cliniques ont besoin de meilleur équipement (des rideaux, des draps, des meubles, ainsi que des instruments gynécologiques/obstétriques essentiels).
- Le personnel devrait être instruit sur les problèmes de santé adolescente.

Les résultats de l'évaluation des besoins ont été utilisés pour établir des YFHS dans les centres de santé. Ces YFHS sont adaptés aux adolescent(e)s, ils fournissent un espace privé et ils offrent toute une gamme de services.

Matériel du programme

Le matériel du programme, qui est en portugais, a été développé et prétesté par les conseillères techniques, leurs homologues nationaux, et les jeunes, avec le soutien des consultants externes. La création, la mise à l'essai, la production et la diffusion du matériel ont pris approximativement un an.

Matériel visant le groupe cible

Il y a cinq dépliants sur les sujets suivants : « Adolescence—So Much Change at the Same Time » (L'adolescence—tant de changements en même temps), « Pregnancy—So Easy to Avoid » (La grossesse—si facile à éviter), « HIV/AIDS—A Lot of Talk but Little Knowledge » (Le VIH/SIDA—Beaucoup de paroles mais peu de connaissances), « STDs—Protected if You Use Condoms » (Les MST—Protégés si vous utilisez les préservatifs) et « Boys and Girls—Different but the Same » (Garçons et filles—différents mais similaires). Ces dépliants centrent sur les enfants et les adolescent(e)s de milieu urbain, et ils sont bien écrits et facile à comprendre. Ils sont disponibles aux centres de santé, à l'Hôpital Central de Maputo et dans les écoles. Un feuillet intitulé *Jaime et Maria* est disponible aux jeunes de zone rurale et à ceux et celles qui ne sont plus scolarisés.

Matériel pédagogique supplémentaire

Les autocollants et les affiches portant les mêmes messages que les dépliants sont disponibles aux cliniques et aux écoles. Ils présentent des informations sur des sujets variés tels que : la santé et le plaisir, où trouver les préservatifs et comment les utiliser, comment changer de comportement et comment communiquer avec son partenaire. Les

vidéocassettes sur l'adolescence, la grossesse, les MST et d'autres sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s sont disponibles aux cliniques.

Matériel de formation du personnel

Un manuel conçu pour les fournisseurs de soins de santé est utilisé pour former les infirmières et les médecins, afin de les préparer à donner des conseils aux jeunes. Il présente aussi des méthodes de fournir les services cliniques tels que la contraception et le traitement des MST d'une manière qui soit accueillante aux jeunes. Le manuel a été adapté du *Health Providers Manual* (Manuel pour les fournisseurs de soins de santé), qui est publié par Pathfinder International. Le manuel contient des parties qui stimulent la participation de tous les membres du groupe ; les membres ajoutent ainsi leurs expériences à la session par le brainstorming, les discussions de groupe et les activités théâtrales. Le manuel est divisé en neuf unités :

Unité 1 : La nature de l'adolescence

- Pourquoi les travailleurs de santé devraient être instruits en santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s
- Les droits des adolescent(e)s
- Les différents stades du développement des adolescent(e)s
- Les problèmes de santé qui sont possibles durant l'adolescence

Unité 2 : Comportement à risque et vulnérabilité des adolescent(e)s

- Pourquoi les adolescent(e)s sont vulnérables
- Vulnérabilité physique, émotionnelle et socioéconomique
- Problèmes de santé
- Pourquoi les adolescent(e)s adoptent des comportements à risque

Unité 3 : Soigner les adolescent(e)s

- Interroger sur leurs antécédents médicaux
- Interroger sur leurs antécédents familiaux et personnels
- Interroger sur leurs antécédents psychologiques et sociaux
- Interroger sur leurs antécédents sexuels
- La différence entre l'interrogation des hommes et des femmes sur leurs antécédents

Unité 4 : Options contraceptives pour l'adolescent(e)

- Rumeurs et idées fausses sur la contraception
- Risques à la santé de la grossesse précoce
- Conséquences de la grossesse chez l'adolescente
- Les différentes méthodes de contraception, leurs avantages et leurs désavantages
- Les conseils sur les méthodes de contraception
- Les effets secondaires communs de la contraception/Idées fausses sur les contraceptifs

Unité 5 : Gestion préventive des MST et Prévention du VIH/SIDA

- Antécédents médicaux et manifestation
- Transmission et symptômes cliniques
- Gestion des syndromes des MST
- Le VIH/SIDA et notre système de défense/Transmission
- Stratégies pour une prévention réussie des MST chez les adolescent(e)s
- Obstacles aux services et aux informations

Unité 6 : Le sexe sans risque et la protection pour adolescent(e)s

- Pratiquer le sexe sans risque
- Négociation du sexe sans risque
- Pourquoi le sexe sans risque n'existe pas chez les adolescent(e)s

Unité 7 : D'autres sujets liés à la santé reproductive

- L'abus sexuel/Pourquoi l'abus sexuel est un problème de santé reproductive
- Indicateurs physiques et comportementaux de l'abus sexuel
- Comment interroger sur les antécédents d'abus sexuel
- Définition et identification de l'orientation sexuelle

Unité 8 : Grossesse, accouchement et soins postnataux chez les adolescentes

- Soins physiques d'une adolescente enceinte
- Examen médical d'une adolescente enceinte
- Conseiller les adolescentes pendant la période prénatale
- Préparations à la naissance pendant les visites prénatales
- L'accouchement
- Soutien des adolescentes durant l'accouchement
- Soins post-partum
- Sentiments/besoins des parents adolescents

Unité 9 : L'avortement et les soins après avortement chez l'adolescente

- Classifications
- Diagnostic différentiel
- Avortement à risque et les complications les plus fréquentes
- Counselling
- Traitement d'urgence pour avortements partiels

En plus de ces unités, un module de formation pour les instructeurs, préparé en 2000 avec le soutien de l'équipe régionale technique de l'UNFPA est disponible pour la formation des fournisseurs.

Choix et formation du personnel

Une infirmière (et parfois deux), dont la spécialité est la santé mère-enfant, de l'unité gynécologique et obstétrique de chaque centre de santé a reçu la formation nécessaire. À la clinique de santé pour adolescent(e)s de l'Hôpital Central de Maputo, trois infirmières ont été formées. Parce qu'il s'agissait de la première sélection d'infirmières et de

médecins du programme, les critères de sélection étaient flexibles. Les fournisseurs de soins de santé étaient choisi(e)s (par leurs directeurs) s'ils étaient disposé(e)s à travailler avec les adolescent(e)s et à apprendre, et s'ils étaient aimables, ouverts, capables de communiquer, et s'ils montraient du respect envers les autres.

Les infirmières et les médecins ont reçu une formation qui les a préparés à donner des conseils et à fournir des services aux adolescent(e)s ; ils se sont servis du manuel qui a été décrit ci-dessus (matériel de formation). La formation était fournie par le conseiller technique de l'UNFPA/Pathfinder International et son homologue du Ministère de la Santé ; ces derniers ont reçu une formation de troisième cycle de santé adolescente. La formation sur les façons de conseiller les adolescent(e)s et de leur offrir des services cliniques a duré approximativement dix jours. Cette formation consistait en discussions de groupe, brainstorming et activités théâtrales, ce qui permettait la participation et l'apprentissage de la communication efficace.

Toute formation du personnel comprenait les composantes essentielles suivantes :

- L'idée d'une clinique de santé pour adolescent(e)s.
- Les buts et les objectifs du programme.
- Le développement des connaissances cliniques du personnel. L'accent était mis sur le diagnostic et le traitement des MST, la prévention du VIH/SIDA et la contraception pour adolescent(e)s.
- Les compétences nécessaires pour travailler avec les jeunes (écoute, esprit ouvert, amabilité).

Il n'y a pas eu de formation depuis 1999. Il y a plutôt des réunions techniques mensuelles où les infirmières reçoivent des mises à jour sur des sujets techniques. Une formation supplémentaire est planifiée pour les pharmaciens et pour le personnel auxiliaire, comme les individus qui travaillent à la réception ou l'équipe d'entretien, pour que l'environnement du centre de santé soit accueillant aux jeunes.

Mise en œuvre du programme

Avant de mettre le programme en œuvre, les représentants du département de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Central de Maputo et du Ministère de la Santé ont discuté avec l'UNFPA et Pathfinder International de l'intégration des services « youth-friendly » aux installations du gouvernement.

Pour faire suite à la modification du programme de santé sexuelle et reproductive des écoles (mené par l'Instituto Nacional de Desenvolvimento Educacional [l'Institut national de développement éducatif], qui fait partie du Ministère de l'Éducation), des réunions ont été tenues avec les communautés et les écoles pour leur annoncer que des cliniques adaptées aux jeunes seraient créées. De plus, on leur a expliqué pourquoi les cliniques étaient nécessaires.

Comment créer un centre de santé « youth-friendly » (« amis des jeunes »)

- Cinq centres de santé ont été choisis après une évaluation de besoins conduite par le Ministère de la Santé et l'UNFPA. L'Hôpital Central de Maputo a également été choisi, sans évaluation.
- Les directeurs principaux ont été interrogés sur leur volonté de fonder des YFHS dans leurs centres de santé et à l'hôpital.
- Une campagne de plaidoyer a été menée dans la communauté pour expliquer le besoin de créer des YFHS.
- Les infirmières et les médecins ont été choisis et formés (voir ci-dessus – Choix et formation du personnel)
- Les unités de santé et les cliniques de l'Hôpital Central de Maputo ont été réhabilitées et pourvues d'équipement et de matériel pédagogique.
- Les cliniques YFHS ont profité de la publicité à la radio, sur les panneaux d'affichage et dans les écoles.
- Les infirmières se réunissent une fois par mois pour discuter des cliniques.

Ressources du programme

Une salle de conférence à la clinique de santé des adolescent(e)s de l'Hôpital Central de Maputo est utilisée pour les réunions et le personnel est en train d'y établir une bibliothèque pour les infirmières ; il sert également de lieu de rencontre quand les éducateurs pairs font du counselling en groupes. Les affiches, les dépliants et les vidéocassettes sont gardés dans cette salle. Les préservatifs sont gardés dans les salles de consultation, la salle d'attente et la pharmacie.

Plaidoyer

Des réunions sont tenues à tous les mois avec les partenaires du programme – les Ministères de la Santé, de l'Éducation et de la Jeunesse et des Sports – sur le progrès du programme. Grâce à cette collaboration, le programme a contribué à l'approbation d'une politique de la jeunesse par le Parlement. La politique met l'accent sur les modes de vie saines chez les jeunes par l'encouragement et la mise en œuvre des programmes qui assurent que les jeunes auront accès à des informations et à des services de santé sexuelle et reproductive de haute qualité. Au niveau politique, le gouvernement prône la création des YFHS dans toutes les provinces.

Les leaders communautaires et les écoles (qui ont écrit des lettres aux parents) ont collaboré avec le programme pour organiser des réunions avec les membres de la communauté, afin de les sensibiliser au besoin de créer de telles cliniques. L'INDE (Institut national du développement éducatif) avait aussi sensibilisé le public par sa recherche sur les façons d'incorporer la sexualité dans le programme d'enseignement. Le public était donc généralement ouvert aux cliniques.

Rapport financier

Le financement total pour la composante YFHS de la ville de Maputo s'élève à 215 147 \$US. (Pour de plus amples détails, voir l'Annexe 3 : Mozambique UNFPA-Pathfinder International.)

Composante	1999	2000	2001	Total (\$US)
Personnel	190 962	291 939	344 556	827 457
Sous-traitance	2 854	20 423	104 185	127 462
Formation	81 820	96 850	104 185	282 855
Matériel	163 754	52 232	155 549	371 535
Frais divers	17 436	42 853	151 433	211 722
Administration et soutien opérationnel	0	29 639	87 112	116 751
Total	456 826	533 936	947 020	1 937 782

Tableau 1. Financement total reçu de l'UNFPA et de la DANIDA (Agence Danoise d'Assistance de Développement International)

En 2001, 11 726 jeunes ont bénéficié des services au coût estimé de 18,40 \$US (215 147/11 726) par jeune.

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Coordonnatrice du programme

Accès

Il faut fournir les services de santé sexuelle et reproductive aux adolescent(e)s de manière complète et intégrée. Les adolescent(e)s scolarisé(e)s et ceux et celles qui ont quitté l'école doivent être inclus. Une façon de ce faire serait l'institutionnalisation des services qui sont adaptés aux jeunes.

Participation des jeunes

Il est nécessaire d'engager les jeunes à trouver les solutions à leurs problèmes. Ils devraient jouer un rôle actif dans l'organisation, la gestion et la mise en œuvre de leurs services de santé. Pour commencer ce processus, il faut écouter les jeunes et conduire de la recherche auprès d'eux afin de découvrir leurs besoins.

Préservatifs

Il faut présenter les préservatifs dès le début du programme ; l'accès aux préservatifs devrait être facile et régulier.

Engagement du personnel

Le personnel qui travaille dans les programmes de jeunesse doit être engagé à aider les jeunes à faire face aux problèmes de la santé sexuelle et reproductive.

Cibler les jeunes hommes

Il faut développer des façons d'attirer les jeunes hommes. Il est nécessaire de cibler spécifiquement les jeunes hommes et les garçons par la publicité qui les encourage à utiliser les centres de santé. L'environnement des services doit être confortable. De plus, il faut encourager les jeunes hommes à assumer un rôle responsable envers leurs partenaires.

Viabilité

Pour encourager la viabilité, le défi global sera de transférer la planification et la mise en œuvre au gouvernement de manière efficace, tout en retenant le haut niveau de qualité.

Auteur du rapport

- Bien que les dépliants et les pamphlets soient étalés le long des murs des couloirs des centres de santé, il faut assurer que les jeunes puissent les emporter avec eux quand ils quittent le centre.
- En ce moment, les cliniques sont ouvertes de 8h à 15h—durant les heures de classe. Les client(e)s se présentent pendant les pauses ou quand ils n'ont pas de cours. Il faut prolonger les heures d'ouverture des cliniques. Les cliniques pourraient être ouvertes très tôt dans la matinée ou plus tard dans la soirée.
- Les infirmières ont exprimé le besoin d'une formation plus continue, surtout en ce qui concerne le VIH/SIDA.
- Les infirmières des différents centres et de l'hôpital doivent se réunir mensuellement. Or, lorsqu'elles sont interrogées là-dessus, l'information qu'elles sont capables de fournir sur ce qui se passe durant ces réunions est limitée. Cela implique qu'il serait possible de mieux structurer ces réunions afin de discuter des sujets importants.
- Des discussions de groupe (« focus group ») devraient être conduites chez les jeunes (surtout les jeunes hommes) pour déterminer pourquoi ils ne viennent pas aux YFHS ; il faut trouver une façon de les encourager à y assister.

Évaluation

En 2001, les consultants externes et les conseillers techniques régionaux de l'UNFPA ont conduit une évaluation du programme. Des entrevues non structurées ont été menées avec les infirmières, les élèves et les jeunes qui étaient aux cliniques pendant des visites de l'équipe d'évaluation. Le but était d'apprendre ce qu'ils pensaient du programme.

L'évaluation a déterminé que les cliniques fonctionnaient bien et fournissaient un service utile aux adolescent(e)s et aux jeunes. Le personnel était bien informé, motivé, respectueux et aimable ; ils accueillaient bien les jeunes et les adolescent(e)s. Les services cliniques et le counselling étaient de bonne qualité. Depuis les trois années que les services fonctionnent, l'utilisation des cliniques par les jeunes a augmenté de 70 % et l'utilisation du préservatif a augmenté de 28 %.

La plupart des adolescent(e)s qui vont aux cliniques sont scolarisés ; par conséquent, la demande de services augmente pendant les vacances scolaires. La plupart des adolescent(e)s et des jeunes qui utilisent les cliniques sont des jeunes femmes. Il existe plusieurs raisons pour cette situation :

- Les jeunes femmes viennent pour les soins prénataux et les contraceptifs. (Peu de jeunes hommes viennent chercher les contraceptifs.)
- La contraception est traditionnellement la responsabilité des jeunes femmes.
- Les services cliniques et de counselling sont fournis par les infirmières.
- Les jeunes femmes discutent de leurs problèmes plus facilement que les jeunes hommes avec les individus qu'elles ne connaissent pas bien.

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	Les jeunes participent à la création et au développement du matériel du programme.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	Atteint en partie	Se focalise sur les jeunes qui sont sexuellement actifs ou qui ont l'intention de devenir sexuellement actifs. Une enquête KAB (knowledge-attitudes-behavior [connaissances-attitudes-comportement] a été conduite ; cette enquête contribuera à déterminer

			si l'approche est pertinente et appropriée. Les résultats seront bientôt publiés.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	Par le counselling, le programme essaie de donner des compétences et connaissances aux jeunes, en plus de leur offrir des informations.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	<i>Geração Biz</i> apprend aux jeunes à se faire soigner assez tôt.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	✓	Les jeunes se font conseiller pour les problèmes auxquelles ils font face ; ils apportent leurs problèmes à la clinique.
6	Conduit une formation continue aux enseignants et aux autres fournisseurs de service.	Atteint en partie	Les fournisseurs de services sont formés et se réunissent mensuellement pour discuter de leurs problèmes. Il n'y a pas de formation de recyclage en ce moment.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	Utilise principalement le counselling. Utilise des vidéocassettes, des dépliants, etc. D'autres composantes du programme utilisent d'autres techniques, comme l'éducation par les pairs.
8	Fait participer la communauté générale.	Atteint en partie	La communauté générale ne participe pas à cet aspect du programme. Mais elle participe aux autres composantes. Par exemple, les membres de la communauté donnent leurs réactions lors des émissions radiodiffusées.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	✓	Il faut que les messages reflètent les différences entre les jeunes. Après la première consultation, les infirmières connaissent de mieux en mieux les participant(e)s.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	Non applicable	
11	Dure pendant suffisamment de temps	✓	La séance dure entre 20 et 30 minutes, avec la possibilité d'organiser des visites

	pour atteindre les objectifs du programme.		supplémentaires si elles sont exigées ou désirées.
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	✓	Le programme clinique fait partie d'un programme de plus grande envergure qui comprend les interventions scolaires et communautaires.
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	L'UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la population), dont les membres sont experts en santé reproductive, a contribué à la création du matériel.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	Le gouvernement participe dès le début ; on espère que des YFHS seront créés dans toutes les installations de santé du gouvernement.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	✓	Les infirmières conseillent toute personne, sans égard au sexe, à la race ou à l'orientation sexuelle de l'individu.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	Deux évaluations ont été conduites.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Coordonnées

UNFPA/Pathfinder International : Mozambique

CTA Rita Badiani

Av. Do Zimbabwe 830

C.P. 1590

Maputo, Mozambique

Courrier électronique : Odete@unfpa.uem.mz

ou

RBadiani@pathfind.org

ou

Izilhao@pathfind.org

Liste des collaborateurs et collaboratrices

Rapport du programme préparé par Esther Kaziliman-Pale.

Version anglaise éditée par Helen Baños Smith.

Nous sommes reconnaissants de l'appui des individus suivants, qui ont fourni une grande partie de l'information contenue dans ce rapport :

Rita Badiani – Conseillère technique en chef

Julio Pacca – Conseiller technique, Ministère de l'Éducation, INDE

Ivonne Zilhao – Conseillère technique, Ministère de la Santé

Celmira Silva – Homologue national, Ministère de la Jeunesse et des Sports

Joachim Matavele – INDE

Helena Zerinda – INDE

Dr Nassifa – Coordinatrice clinique, Clinique de santé pour adolescent(e)s

Ajamia Ibraimo – Infirmière, conseillère de la jeunesse

Raquel Jose Daniel – Infirmière, conseillère de la jeunesse

Deolinda Aurora – Infirmière, conseillère de la jeunesse, Maputo

Matériel pédagogique

Programa de saúde escolar e do adolescente : Linhas de orientação para os serviços amigo dos adolescentes e jovens (SAAJ)

(Numéro de commande : UNFPA01)

Direitos reprodutivos dos adolescentes

(Numéro de commande : UNFPA02)

Curriculum de formação de formadores em saúde reprodutiva e planeamento familiar : Módulo 16, serviços de saúde reprodutiva para adolescentes

(Numéro de commande : UNFPA03)

Manual do participante

(Numéro de commande : UNFPA04)

Brochures :

HIV/SIDA : *Nuito se fala mas pouco se sabe...*

DTS : *Está protegido quem usa preservativo*

Gravidez : *É tão simples evitar*

Meninas e rapazes : *Diferentes porém iguais*

Adolescência : *Quanta mudança ao mesmo tempo!*

Prazer com saúde

Petites cartes avec messages écrits à l'endos

Autocollants (Numéro de commande : UNFPA05)

Affiches (Numéro de commande : UNFPA06)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL

Rôles principaux du personnel du programme

Conseillère technique en chef

Surveillance et coordination de tous les aspects du programme.

Conseillers et conseillères techniques

Aident la conseillère technique en chef à résoudre les problèmes de santé, éducation et jeunesse. Chaque conseiller ou conseillère a son homologue national au niveau ministériel. Les conseillers et conseillères techniques travaillent avec leurs homologues nationaux à la gestion quotidienne du programme. Ils sont également responsables de la surveillance des conseillers et conseillères techniques au niveau provincial.

Conseillère technique de santé

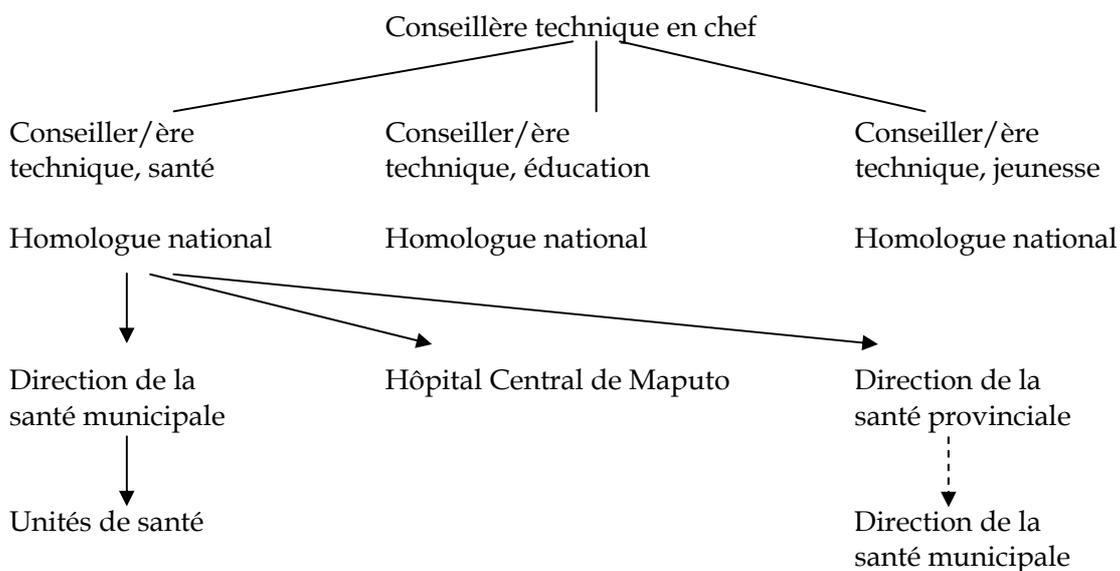
Supervise l'opération des services de santé « youth-friendly » (YFHS) ; elle est responsable de tous les aspects du programme à la ville de Maputo. Elle travaille avec la direction de la santé municipale, qui est responsable de l'opération des unités de santé de la ville.

Médecins

Ce sont des médecins employés par le gouvernement ; ils sont formés pour fournir un service qui est adapté aux jeunes et ils soignent les jeunes qui leur sont envoyés par les infirmières.

Infirmières

Répondent aux besoins des jeunes. Elles sont employées par le gouvernement.



Note : La ligne cassée indique le contact occasionnel entre la direction de la santé provinciale et la direction de la santé municipale.

Figure A.1. Organigramme : UNFPA/Pathfinder International

ANNEXE 2. STATISTIQUES SUR LE PERSONNEL

	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein/ payée	1	Conseillère technique en chef	F
	1	Conseillère technique	F
	1	Homologue national	F
	1	Coordonnatrice clinique	F
	15	Infirmières	F
Educateurs pairs bénévoles (aucune allocation ni indemnité)	Variable	Éducateurs pairs	

Nombre de personnel travaillant sur la composante clinique du programme à Maputo

ANNEXE 3. FINANCES DU PROGRAMME (\$US)

Assistant technique	45 000
Consultant international	15 000
Frais de voyage/per diem	3 000
Consultant national	3 450
Honoraires	4 753
Élaboration du matériel IEC	10 000
Recherche sur connaissances, attitudes et pratiques et BCC	8 000
Matériel audiovisuel	8 000
Bourse externe de courte durée	3 500
Atelier de développement du programme	3 957
Séminaire de formation	19 954
Réunion avec collaborateurs et collaboratrices	17 628
Voyage d'enquête	3 243
Stage de gestion	996
Stages d'anglais et d'informatique	355
Matériel expansible	3 270
Frais de réhabilitation	48 000
Opérations et entretien	8 988
Frais d'imprimerie	4 000
Frais divers	5 063
Total	215 147



Résumé du programme

GOAL : Le projet Baaba

Le projet Baaba vise à encourager la santé sexuelle et reproductive des enfants de la rue en fournissant aux ONG qui travaillent avec ces jeunes la formation, les ressources et le soutien technique et financier qui leur sont nécessaires.

Établi en janvier 2001, ce projet développe des associations avec les ONG pour satisfaire aux besoins immédiats et à long terme des enfants de la rue. Le projet Baaba utilise une approche impartiale, fondée sur les habiletés fondamentales pour aborder la prévention du VIH/SIDA et d'autres problèmes auxquels les jeunes font face en devenant adultes, tels que les relations sexuelles, la toxicomanie et le viol.

En luganda, la langue régionale, *baaba* est le mot qui désigne un frère ou une sœur aîné(e) et respecté(e). Les baabas sont des éducateurs pairs qui instruisent les enfants de la rue sur le VIH/SIDA. Le projet Baaba cherche à autonomiser les jeunes de la rue, et les autres jeunes défavorisés, en leur donnant la confiance, les connaissances et les compétences nécessaires pour arrêter la propagation du VIH. Cette tâche s'accomplit avec la collaboration des ONG qui sont déjà en place pour rendre service aux enfants et jeunes de la rue dans les villes de Kampala, Jinja, Malaba, Masaka et Mbale. Le projet travaille à présent en collaboration avec 12 ONG.

Les activités du projet incluent l'éducation par les pairs, l'« outreach » (la recherche d'individus qui ont besoin de soutien), l'appui du personnel des ONG, l'amélioration de l'accès aux cliniques de santé sexuelle et reproductive et le plaidoyer dans la communauté.

Le coût total du projet s'élève à 92 703 \$US par an, soit 18,50 \$US par enfant par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA (UNAIDS), le programme a été jugé d'en avoir atteint 13 en entier et 1 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

GOAL : Le projet Baaba

PARTIE A : DESCRIPTION DU PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

Le projet Baaba a commencé en 2001 pour répondre aux besoins relatifs à la santé sexuelle et reproductive (SSR) en Ouganda. Ces besoins ont été identifiés par le personnel des ONG qui travaillaient avec les enfants et jeunes de la rue à Kampala, la capitale de l'Ouganda.

Mis en œuvre par GOAL (une organisation humanitaire internationale basée en Irlande), le projet Baaba a conduit une enquête de base sur les besoins – en ce qui concerne la SSR – des enfants et jeunes de la rue vivant à Kampala. Selon cette enquête, 15 % des enfants et jeunes de la rue déclarent qu'ils ont été forcés d'avoir des rapports sexuels, et 84 des filles de ce groupe déclarent avoir reçu une demande de rapports sexuels de la part d'un homme adulte. À Kampala, plus de 70 % des enfants qui vivent exclusivement dans la rue ont eu des rapports sexuels, mais beaucoup d'entre eux ne savent pas comment se protéger de l'infection par le VIH/SIDA ou par les maladies sexuellement transmissibles (MST).

Bien que beaucoup des ONG qui travaillent avec les enfants et jeunes de la rue reconnaissent le sérieux du problème, ces organisations mettent l'accent plutôt sur le développement et la réhabilitation des enfants et jeunes de la rue, et elles n'ont pas la capacité requise pour s'occuper des problèmes posés par le VIH/SIDA. Le projet Baaba travaille donc de près avec ces organisations afin d'améliorer leur capacité et pour

intégrer le VIH/SIDA aux programmes des ONG qui sont déjà en place pour aider les enfants et jeunes de la rue.

Le projet Baaba a vu le jour lors du développement d'un partenariat entre GOAL et six ONG dans trois villes ougandaises. Plus tard, en 2002, six autres ONG ont été rajoutées, ce qui fait 12 ONG au total dans cinq villes. Les ONG qui se sont associées avec l'initiative avaient reconnu le besoin de la SSR et des interventions sur le VIH/SIDA ; elles étaient disposées à confronter les problèmes liés au VIH/SIDA et elles se sont engagées à entreprendre le développement et la réhabilitation générale des enfants et jeunes de la rue. Avant le début du projet, une enquête sur les connaissances, l'attitude et les pratiques (KAP – knowledge, attitude, practices) a été conduite pour identifier les domaines prioritaires. Les résultats de cette enquête ont servi de point de comparaison pour l'évaluation du projet.

Le projet cherche à se maintenir par l'intégration de l'éducation sur le VIH/SIDA aux interventions qui sont déjà en cours pour aider les enfants et jeunes de la rue. À présent, les ONG planifient et gèrent leurs propres activités, avec le soutien du personnel de GOAL. Au cours du projet, la planification et l'exécution des activités ont été transférées de GOAL aux ONG du partenariat. Ce processus a renforcé la capacité des ONG membres de s'établir comme propriétaires et leaders dans le projet. En particulier, quelques un(e)s des participant(e)s du projet Baaba sont devenu(e)s formateurs de formateurs, et ils participent à la formation des nouveaux éducateurs pairs. Ce transfert graduel de responsabilités jettera de firmes bases pour le désengagement de GOAL d'ici quelques années.

2000/2001	<ul style="list-style-type: none"> • Développement des relations avec les ONG qui travaillent avec les enfants et jeunes de la rue par le biais du Street Children NGO Forum et par des partenariats en cours entre les ONG et GOAL
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête pour identifier les problèmes liés au VIH/SIDA qui sont rencontrés par les ONG • Atelier avec les intéressés pour clarifier les besoins, l'intérêt porté au programme, et la conception de l'intervention • Choisir les ONG qui deviendront membres du projet • Lancer le projet dans les ONG • Établir des activités avec six ONG membres
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier six nouvelles ONG pour expansion • Lancer le projet dans les six nouvelles ONG • Activités en cours avec les 12 ONG membres • Renforcement de la capacité des ONG de planifier et exécuter les activités • Retrait graduel de la surveillance de la part de GOAL

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Vue d'ensemble du programme

But

Le projet Baaba vise à promouvoir la santé sexuelle et reproductive des enfants et jeunes de la rue en fournissant aux ONG qui travaillent avec ces enfants et jeunes la formation, les ressources et le soutien technique et financier qui leur sont nécessaires.

Objectifs

Les objectifs du projet sont de :

- augmenter la sensibilisation et les connaissances, en ce qui concerne les problèmes liés au VIH/SIDA et la SSR, chez les enfants et jeunes de la rue, et auprès du personnel des ONG qui travaillent avec ces enfants ;
- autonomiser les enfants et jeunes de la rue en leur fournissant les compétences, la motivation et le soutien qui leur permettront de maintenir le comportement sexuel sain et changer le comportement à risque ;
- réduire les risques sexuels et physiques auxquels les jeunes sont exposés dans la rue.

Groupes cibles

Groupes cibles primaires

Les groupes cibles primaires sont les anciens et actuels enfants de la rue qui ont moins de 18 ans, et les jeunes âgés de 18 à 25 ans.

Groupes cibles secondaires

Les cibles secondaires sont :

- Les ONG qui se sont engagées à promouvoir le développement et la réhabilitation généraux des enfants et jeunes de la rue. Ces ONG sont soutenues dans leur effort d'intégrer des problèmes de VIH/SIDA à leur travail et pour augmenter leur capacité de lutter effectivement contre le VIH/SIDA
- La police et d'autre personnel de sécurité (unités militaires et de défense locale) sont ciblés pour accroître leur compréhension de la situation et des problèmes et risques auxquels les enfants et jeunes de la rue sont exposés.

Les leaders communautaires sont encouragés à avoir une attitude positive à l'égard du processus de développement et de réhabilitation des enfants et jeunes de la rue.

Champ d'action

Le projet collabore actuellement avec les ONG dans les villes de Kampala, Jinja, Malaba, Masaka et Mbale. Les activités du projet sont menées aux centres des ONG, dans les rues, dans les centres d'éducation surveillée et dans les lieux de réunion communautaires.

Durée du programme

GOAL vise à transférer la gestion du projet aux ONG membres. De plus en plus, les ONG membres seront responsables de la planification et la budgétisation de leurs propres activités, et GOAL fournira les ressources et la formation. On s'attend à ce que ce processus prenne deux ans pour chaque ONG. La stratégie de désengagement est en cours de conception, en collaboration avec les ONG partenaires.

Bien que le projet soit assez nouveau, il est prévu que les enfants et jeunes de la rue qui y participent continueront à y participer tant qu'ils vivront dans les rues.

Buts du programme

Le but général du programme est de réduire la vulnérabilité des enfants et jeunes au VIH/SIDA. Le projet s'engage à atteindre les buts présentés dans la figure 2.

Connaissances accrues chez les intéressés/Meilleure compréhension chez les intéressés en ce qui concerne les attitudes et comportements sexuels des enfants et jeunes de la rue
Meilleure capacité des participant(e)s du projet Baaba et du personnel des ONG partenaires de traiter les problèmes liés au VIH/SIDA et à la SSR dans leurs programmes
Meilleur accès à la SSR « youth-friendly » (adaptée aux jeunes) pour les enfants et jeunes de la rue
Promotion des droits des enfants et jeunes de la rue en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive : auprès des leaders locaux, des communautés et des enfants et jeunes de la rue eux-mêmes
Accord et respect accrues dans les relations entre filles et garçons
Enfants et jeunes acquièrent les habiletés fondamentales nécessaires

Figure 2. Buts du programme (non classés)

Approches

Le programme adopte une approche impartiale qui est basée sur l'idée que l'autosuffisance (croyance d'un individu à sa capacité de se transformer) est au cœur du changement du comportement, et que l'environnement où un individu vit peut créer d'importants risques et obstacles en ce qui concerne le changement du comportement. On adopte une attitude holistique envers la prévention du VIH/SIDA et on le voit dans le contexte du développement sexuel adolescent. Cette approche est employée globalement dans la formation, les ateliers et les séminaires offerts au personnel des ONG, et aux enfants et jeunes de la rue. Elle vise l'autonomisation des jeunes, améliorant leur confiance en eux-mêmes, leur permettant de prendre de bonnes décisions et augmentant leur estime de soi. Pour ce faire, le projet Baaba a adopté les approches suivantes :

Une approche participative

Cela permet aux enfants et jeunes de la rue de générer des idées à propos des connaissances, attitudes et pratiques, ainsi que leurs compétences en ce qui a trait au VIH/SIDA. Le projet Baaba fournit les informations nécessaires pour aider les jeunes à prendre des décisions sages.

Approche de counselling individuel

Cette approche permet l'échange libre des informations entre le personnel de GOAL et les enfants.

Approche d'éducation entre les pairs

Cette approche vise à développer la confiance, les capacités et les compétences de leadership des enfants et jeunes de la rue qui sont formés comme éducateurs pairs. Pour ce faire, les jeunes : organisent les activités du projet, deviennent instructeurs, apprennent la planification et la gestion des projets, occupent des postes de respect et de responsabilité parmi leurs pairs et fournissent des informations sur les problèmes concernant la SSR.

Approche fondée sur les droits

Par cette approche, le projet Baaba plaide pour la SSR des enfants et jeunes de la rue par la formation des leaders, policiers et défenseurs des droits des enfants de la région. Les enfants et jeunes de la rue participent aux efforts de plaidoyer en jouant des jeux de rôles et en témoignant des causes et conséquences d'une vie vécue dans la rue. Ces activités sont importantes pour éliminer les préjugés concernant les enfants et jeunes de la rue.

Approche de partenariat auprès des ONG

Le projet Baaba travaille en collaboration avec les ONG membres qui répondent aux besoins principaux des enfants et jeunes de la rue, tels que la nourriture, l'éducation et l'hébergement.

Activités

La figure 3 montre les activités du projet Baaba, classées selon la fréquence de leur utilisation.

« Outreach » (recherche d'individus qui pourraient bénéficier des services offerts par le projet)
Éducation par les pairs
Développement des capacités Formation et surveillance des participant(e)s du projet Baaba Formation et surveillance du personnel
Soutien (ateliers sur la SSR, pièces, festivals et journées divertissantes)

Figure 3. Activités du projet classées selon la fréquence de leur utilisation

Composantes

Le projet est composé de cinq composantes :

1. développement de la capacité pour l'éducation par les pairs et pour les ONG ;
2. plaidoyer ;
3. « outreach » (recherche d'individus qui pourraient bénéficier des services offerts par le projet) ;
4. clubs de prévention du VIH ;

5. centres de service qui sont adaptés aux enfants et jeunes.

Développement des capacités en ce qui concerne l'éducation par les pairs et les ONG

Dans cette composante, le personnel de liaison des ONG et les Baabas (éducateurs pairs) reçoivent une formation qui leur permet de travailler sur le projet.

Le projet Baaba offre aux ONG membres des séances de formation régulières sur des sujets qu'elles ont choisis elles-mêmes. Les séances de formation sont tenues pour des équipes venant de toutes les ONG membres ; ce sont d'habitude des séminaires qui durent un jour. Les séances de formation ont couvert des sujets tels que le changement de comportement et la recherche participative conduite auprès des enfants. Le personnel du projet Baaba soutient également le personnel de liaison des ONG.

Les Baabas apprennent les principes de l'éducation par les pairs et d'autres compétences choisies par les Baabas et les autres jeunes. Ces sujets comprennent le respect d'autrui et les droits à la santé sexuelle et reproductive.



Éducateurs pairs travaillant avec des enfants de la rue

Plaidoyer

Le projet Baaba organise des ateliers sur la protection des droits des enfants et jeunes de la rue en ce qui concerne la SSR. Ces ateliers ciblent les leaders locaux dans des régions qui ont beaucoup d'enfants et jeunes de la rue. Ils ciblent aussi ceux et celles qui sont responsables de la sécurité des enfants qui vivent dans la rue.

L'atelier commence par une discussion des raisons pour lesquelles les enfants s'enfuient pour vivre dans les rues ; cette discussion est centrée sur le rôle joué par les adultes, qui peuvent éloigner les enfants par l'abus ou le manque de soins. Il y a ensuite des séances sur les connaissances sexuelles et le comportement des enfants et jeunes de la rue à Kampala ; ces séances sont conduites à l'aide des résultats de l'enquête de base du projet. Les Baabas donnent ensuite leur témoignage personnel, expliquant pourquoi les enfants vivent dans les rues et décrivant les risques qu'ils rencontrent, y compris le mauvais traitement qu'ils subissent aux mains de la police, du personnel de sécurité ou des adultes. Une séance de questions-réponses s'ensuit.



Enfants et Baabas en train de préparer le matériel pédagogique sur le VIH/SIDA IEC



Jeunes filles montrant avec fierté leurs certificats de participation

Les Baabas jouent ensuite une pièce de théâtre ou un jeu de rôle qui illustre quelques-uns de ces risques et conséquences. Cela est suivi d'un exposé sur les droits qu'ont les enfants et jeunes de la rue à la santé sexuelle et reproductive. Durant l'après-midi, les participants travaillent en groupes pour trouver des façons pratiques par lesquelles ils peuvent – en tant que leaders ou personnel de sécurité – aider à protéger les enfants et jeunes de la rue. Les groupes présentent leurs stratégies lors d'une session plénière finale.

Ville/village	Nombre de policiers formés	Nombre de leaders communautaires/défenseurs des droits des enfants formés	Total
Kampala	50	480	530
Mbale	80	160	240
Malaba	80	70	150
Masaka	78	71	149
Jinja	-	70	70

Tableau 1. Participation aux groupes de plaidoyer

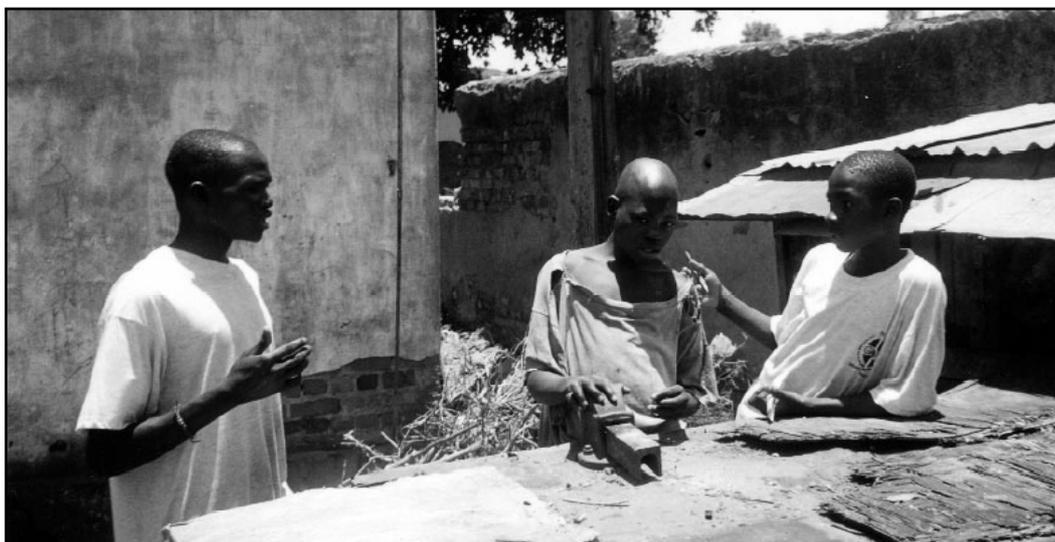


Jeune Baaba en train de parler à un jeune à propos de la vie dans la rue

La demande de ces ateliers de la part des ONG membres et du gouvernement local est importante. Six ateliers ont été conduits en 2001 et 15 en 2002. Le tableau 1 montre le nombre de personnes qui ont participé à ces groupes de plaidoyer.

« Outreach »

Deux soirs par semaine à Kampala, et le samedi dans les autres villes, les Baabas venant de différentes ONG accompagnent le personnel de GOAL dans les rues, pour conseiller les enfants et jeunes de la rue et pour leur parler, sans cérémonie, du VIH/SIDA et des problèmes liés à la SSR. En plus des sujets relatifs à la SSR, ils parlent aux enfants et jeunes de la rue de la possibilité de retourner chez eux ou de demander de l'aide auprès des ONG ; ils parlent aussi du harcèlement policier. Pendant une séance d'« outreach » typique, 71 jeunes sont rencontrés individuellement ou en groupes. En moyenne, cinq Baabas participent à chaque « outreach », et chaque séance dure entre une heure et demie et deux heures.



Baabas et jeunes en train d'apprendre des compétences commerciales

Les Baabas organisent aussi des séminaires d'« outreach » pour les enfants et jeunes de la rue ; ils organisent également des séances d'« outreach » où ils emploient les pièces de théâtre et les sports pour cibler des communautés qui ont un nombre élevé d'enfants et jeunes de la rue.

Pendant les 15 premiers mois, 45 séances sportives ont attiré 1 053 garçons et 397 filles au total. Treize spectacles dramatiques *Baaba* ont été joués devant les enfants à la Naguru Remand Home (un centre d'éducation surveillée), à la Kampiringisa Youth Prison ; ils ont été joués aussi pour les enfants vivant dans la rue et pour la communauté locale. Après un spectacle, les Baabas mènent une discussion sur le VIH/SIDA.

Clubs de prévention du VIH et Éducation par les pairs

Chaque ONG membre opère un club de prévention du VIH. Les clubs se réunissent toutes les deux semaines et, jusqu'ici, il y a eu 148 réunions des clubs de prévention,

organisées par les Baabas, avec une participation moyenne de 25 à 30 jeunes par réunion. Les Baabas se réunissent une fois par semaine dans leurs propres ONG pour planifier les activités du club. En moyenne, entre trois et cinq Baabas dirigent les clubs. Les activités comprennent des jeux de rôles, chansons, exposés, débats et sports.

Les activités des clubs ont lieu aux centres des ONG. Lors d'une « club day » (journée de club) les Baabas prennent entre 5 et 20 minutes pour mobiliser les enfants et jeunes de la rue. Une fois tout le monde réuni, les Baabas annoncent le thème de la séance. Les sujets comprennent la croissance, la puberté, les prises de décision relatives à la sexualité, l'influence des pairs, la toxicomanie, l'utilisation des préservatifs, les habiletés fondamentales et la prévention du VIH/SIDA. Diverses méthodes participatives sont ensuite employées par l'équipe Baaba pour examiner le thème : le brainstorming, les débats, les contes, les jeux de rôles, les chansons, les sports et les vidéos. Les points principaux sont d'habitude tirés du *Handbook on Sexual and Reproductive Health for Peer Educators* (Manuel de santé sexuelle et reproductive pour éducateurs pairs—voir « Matériel du programme », ci-dessous), mais les participants sont encouragés à s'en servir seulement comme guide ; il ne faut pas simplement répéter les faits sans les comprendre. Le membre du personnel de GOAL, ou celui qui sert de liaison avec l'ONG, terminera la séance en soulignant les points d'apprentissage clés. Après la séance principale, les Baabas passent du temps à discuter des sujets qui ont été relevés pendant la séance. Chaque séance dure approximativement une heure.



Réunion d'un club de prévention du VIH

Enfants de la rue et Services de santé « youth-friendly » (adaptés aux jeunes)

Un manuel qui résume les services de santé sexuelle et reproductive « youth-friendly » qui sont disponibles aux enfants et jeunes de la rue à Kampala a été développé et distribué aux ONG membres. Le projet Baaba a identifié des fournisseurs de service clés à Kampala ; il y en a un à Jinja et un autre à Mbale. On est en train d'identifier les

fournisseurs de service des autres villes, et des associations avec ces fournisseurs sont en cours de développement. Des équipes à chaque centre ont été formées par le projet Baaba pour travailler avec les enfants et jeunes de la rue. La formation rassure les fournisseurs de service que les enfants et jeunes de la rue sont exactement comme les autres enfants, avec les mêmes besoins et problèmes. Les services « youth-friendly » comprennent des services généraux de santé sexuelle et reproductive : soins des MST, tests du VIH, contraceptifs et conseils sur la SSR.

Les Baabas ont visité les cliniques pour se familiariser avec le personnel et pour se sentir à l'aise quand ils y emmènent les jeunes. Un système de fiches a été établi pour permettre aux Baabas d'envoyer les enfants et jeunes de la rue à ces centres de santé lors des activités d'« outreach ». Le nombre d'enfants et jeunes de la rue qui utilisent ce système est suivi par chaque fournisseur de service.



Baabas et enfants de la rue jouant devant leurs pairs

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

Une enquête de base sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et le comportement (KABP – knowledge, attitudes, behavior, practices) des enfants et jeunes de la rue a été conduite. Le but de cette enquête était de déterminer le risque couru par les enfants et jeunes de la rue en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive ainsi que de déterminer leurs besoins (informations et services) relatifs à la SSR.

L'enquête de base a produit des données qui ont été utilisées comme :

- outil de plaidoyer utilisé par les ONG qui travaillent avec les enfants et jeunes de la rue,
- outil de référence pour le personnel des ONG et du gouvernement,
- données de base pour l'évaluation des activités du projet Baaba.

La même enquête a été répétée en 2002.

Methodologie

Un questionnaire de KABP structuré (42 questions) conçu par GOAL a été administré à 250 enfants et jeunes de la rue (dont 190 étaient connus des six ONG qui ont participé à l'enquête ; 60 des jeunes n'étaient pas connus). Le personnel du projet Baaba a aidé les enfants et jeunes de la rue à remplir la plupart des questionnaires (213). Les 37 questionnaires restants ont été remplis par les participants.

Cent quatre-vingt-six garçons et 64 filles en tout, appartenant à la tranche d'âge des 10 à 25 ans, ont répondu. Quatre-vingts pour cent des individus sondés étaient âgés de 13 à 18 ans. Cinquante-cinq pour cent des jeunes qui ont participé au sondage avaient passé entre un et cinq ans dans les rues. Trente et un pour cent étaient scolarisés, 19 % prenaient des cours de formation professionnelle ou d'affaires et 50 % gagnaient leur vie dans les rues.

Voir l'annexe 3 de ce chapitre pour les résultats de cette évaluation des besoins.

Matériel du programme

Le programme emploie le matériel suivant pour la formation du groupe cible et du personnel du programme.

Le *Handbook on Sexual and Reproductive Health for Peer Educators* (Manuel de santé sexuelle et reproductive pour éducateurs pairs) est axé sur la SSR des les jeunes et c'est employé en général pour la formation des éducateurs pairs. Il aide les éducateurs pairs à offrir des informations exactes et complètes aux autres jeunes. Il aide les éducateurs pairs également à planifier de diverses activités didactiques pour des groupes de jeunes qui leur permettent de

- utiliser les informations tirées de leurs propres vies,
- développer leur estime de soi,
- développer leurs compétences en communication,

- renforcer leur capacité de se défendre.

Le manuel a été développé par la Population Concern and Planned Parenthood Association of Ghana. Il couvre les sujets suivants :

- Chapitre 1 : Mode d'emploi du guide
 - Préparatifs et évaluation
 - Comment faire les activités
- Chapitre 2 : Grandir et changer
 - Puberté
 - Comment nos corps fonctionnent
 - Forme et fonction des organes féminins
 - Forme et fonction des organes masculins
 - Éjaculations nocturnes
 - Règles
- Chapitre 3 : Estime de soi
 - Exprimer nos sentiments et nos besoins
 - Amitié
 - Influence des pairs
 - Maîtriser sa colère
 - Compétences relatives à la résolution des disputes
 - Violence
- Chapitre 4 : Relations personnelles et sexuelles
 - Relations entre jeunes hommes et femmes
 - Problématique hommes-femmes
 - Se fréquenter/ se marier
 - Relations sexuelles heureuses
- Chapitre 5 : Prise de décision concernant les rapports sexuels
 - Refuser les rapports sexuels
 - Rapports sexuels et argent
- Chapitre 6 : Santé sexuelle et reproductive (SSR)
 - Qu'est-ce que la SSR ?
 - Maladies sexuellement transmissibles (MST)
 - VIH/SIDA
- Chapitre 7 : Enfants par choix, non par hasard
 - Comment faire les bébés
 - Comment éviter la grossesse
 - Le planning familial naturel
 - Préservatifs/Méthodes de contraception
- Chapitre 8 : Grossesse adolescente
 - Grossesse adolescente
 - Comment s'en sortir lors d'une grossesse non désirée
- Chapitre 9 : Abus sexuel
- Chapitre 10 : Toxicomanie
- Chapitre 11 : Utiliser nos services locaux
 - Sexe forcé et viol
 - Abus sexuel des enfants

Matériel supplémentaire

Le projet Baaba utilise également des supports d'information, éducation et communication (IEC), principalement des affiches et dépliants, développés par le Ministère de la Santé, The AIDS Support Organisation (TASO), le AIDS Information Centre (AIC) et la Straight Talk Foundation (fondation conversation honnête), pour instruire les éducateurs pairs ainsi que les enfants et jeunes de la rue. Les vidéocassettes sont employées aussi pour instruire les Baabas ; elles sont montrées aux enfants et jeunes de la rue pendant les activités d'« outreach » et les réunions du club. Une liste des vidéos se trouve dans l'annexe 5 de ce chapitre.

De plus, le projet dispose d'une importante salle de documentation, qui est mise à jour régulièrement avec du nouveau matériel téléchargé de l'Internet. Les instructeurs se servent de ces ressources en préparant des séances qui sont faites sur mesure. La salle de documentation contient des supports pédagogiques provenant de nombreuses organisations, y compris Family Care International, Population Council, HIV/AIDS Alliance, World Health Organization (WHO), UNAIDS, Pathfinder International, MEASURE et Safaids.

Les manuels de soutien et le matériel pédagogique le plus important sont :

- *Participatory Learning and Action : A Training Guide* (apprentissage participatif et action, guide de formation – International Institute for Environment and Development [IIED], 1995) ;
- *Life Planning Skills: A Curriculum for Young People in Africa* (programme de compétences à la planification de la vie pour les jeunes de l'Afrique – Program for Appropriate Technology in Health [PATH], 1996) ;
- *You, Your Life, Your Dreams: A Book for Adolescents* (vous, votre vie, vos rêves – Family Care International, 2000) ;
- *Life Skills for Young Ugandans* (aptitudes à la vie quotidienne pour les jeunes Ougandais).

Choix et formation du personnel

Quand le projet a commencé, on a demandé aux ONG qui ciblaient les enfants et jeunes de la rue si elles voulaient bien établir un lien avec un programme de prévention du VIH/SIDA pour ces jeunes. Les ONG pouvaient devenir membres, pourvu qu'elles :

- faisaient un effort pour répondre aux besoins à court et à long terme des enfants et jeunes de la rue,
- se soient engagées au développement et à la réhabilitation à long terme des enfants et jeunes de la rue,
- reconnaissent que les enfants et jeunes de la rue risquent d'être infectés par le VIH/SIDA,
- manquent, à présent, la capacité de confronter les problèmes relatifs au VIH/SIDA qui menacent les enfants et jeunes de la rue.

Dans chaque ONG membre, entre 10 et 20 jeunes sont élus Baabas par les autres enfants et jeunes de la rue. Les Baabas sont élus selon les tranches d'âge : de 9 à 12 ans, de 13 à 16 ans et de 17 à 25 ans. Les Baabas élisent ensuite un membre du personnel de l'ONG pour être leur liaison avec l'équipe du projet Baaba.

Rôles des directeurs des ONG membres

Le rôle principal du directeur est d'encourager et soutenir, en assistant parfois aux réunions du HIV Prevention Club ou aux événements qui sont organisés entre les ONG ; il peut ainsi voir si tout va bien.

De plus, les directeurs soutiennent le personnel de liaison par des réunions régulières ; ils les récompensent du temps qu'ils passent à organiser des activités et ils les encouragent à voir les activités Baaba comme un élément essentiel de leur travail. Tous les six mois, les directeurs sont invités à une réunion avec le personnel de GOAL pour avoir leurs réactions sur les activités et les idées.

Selon les directeurs des ONG membres, les aspects positifs du projet sont :

- Réduction des MST chez les enfants et jeunes de la rue.
- Réduction du taux de comportement violent ou difficile chez les enfants et jeunes de la rue.
- Croissance de l'estime de soi et la maîtrise de soi chez les enfants et jeunes de la rue.
- Les Baabas assument des postes de responsabilité dans l'ONG et ils sont respectés par leurs pairs.
- Les Baabas acquièrent des compétences de leadership.
- Les enfants et jeunes de la rue deviennent travailleurs et travailleuses sociaux pour l'organisation.
- Le personnel des ONG a augmenté le développement des capacités et compétences.
- On fait face aux problèmes difficiles relatifs à la SSR et au VIH/SIDA.
- Augmentation de l'effort d'établir un réseau de contacts entre les ONG et les enfants et jeunes de la rue.
- Les ONG peuvent démontrer aux donateurs qu'elles font face aux problèmes liés au VIH/SIDA.

Rôles du personnel de liaison des ONG

Le personnel de liaison est responsable de

- soutenir les Baabas et encourager le respect et la coopération au sein de l'équipe Baaba ;
- surveiller, à l'aide du président du projet Baaba, l'opération des clubs de prévention VIH ;
- aider les Baabas à créer des plans de travail mensuels et remplir les fiches de suivi. (Le personnel doit aussi mobiliser les Baabas pour les séances d'« outreach » de nuit, et pour la préparation des événements du projet.) ;
- fournir du soutien aux enfants et jeunes de la rue qui ont des problèmes ou des questions auxquelles les Baabas ne sont pas capables de répondre ;

- servir de lien entre l'ONG et le projet Baaba. (Le personnel du projet dépend du personnel de liaison pour transmettre des suggestions et des réactions du directeur ou des Baabas.)

Rôles des Baabas

Dans chaque ONG, les enfants et jeunes de la rue élisent entre 10 et 20 de leurs pairs pour être Baabas. Les Baabas reçoivent une formation de deux jours sur l'éducation par les pairs. Le *Handbook on Sexual and Reproductive Health for Peer Educators* (Manuel de santé sexuelle et reproductive pour éducateurs pairs), développé par la Population Concern and Planned Parenthood Association of Ghana¹, est employé comme matériel principal de la formation. En plus du *Handbook*, les Baabas sont encouragés à suggérer des domaines où ils ont besoin d'informations et compétences supplémentaires. Des stages de suivi sont tenus après quatre mois et d'autres sujets du manuel sont présentés.

Les Baabas sont responsables de l'exécution de la plupart des activités du projet. Ces responsabilités comprennent :

- la direction des clubs de prévention du VIH, avec l'aide du personnel de liaison de l'ONG ;
- le counselling individuel des amis et pairs entre les réunions du club ;
- remplir et classer les fiches de suivi, avec l'aide du personnel de liaison ;
- organiser les séances et réunions du club, même en l'absence du membre du personnel du projet Baaba ;
- mobiliser les enfants et jeunes de la rue pour les activités d'« outreach » par pièces de théâtre et sports ; cela comprend la planification de l'heure et l'endroit des séances ;
- suggérer de nouvelles initiatives et idées au personnel de liaison et au personnel du projet Baaba ;
- tenir le personnel de liaison au courant des défis ou problèmes ;
- envoyer les autres enfants et jeunes de la rue aux services de santé.

Mise en œuvre du programme

L'établissement du programme a nécessité trois étapes.

Première étape

Le directeur du projet Baaba se réunit avec le directeur de l'ONG pour se mettre au courant des activités de l'ONG et pour discuter du projet qui est proposé. Le directeur parle au personnel de l'ONG à propos de la possibilité de s'associer avec le projet Baaba. L'équipe Baaba se réunit ensuite avec l'équipe de l'ONG pour discuter du projet.

Deuxième étape

¹ Le manuel a été développé par la Population Concern and Planned Parenthood Association of Ghana, et financé par le U.K. Department of International Development (DFID). Overseas Development Department, Population Concern, Studio 325 Highgate Road, London NW5 1TL, United Kingdom ; téléphone : +44-20-72418500. Planned Parenthood Association of Ghana, P.O. Box 5756, Accra, Ghana, téléphone : 233-21-3045671310369.

Si l'ONG décide de devenir membre, l'équipe du projet Baaba lance le projet. Le lancement consiste d'habitude en activités divertissantes, une courte vidéo, et une explication du projet, qui est présentée aux enfants et jeunes de la rue. Les jeunes élisent ensuite les Baabas qu'ils veulent avoir comme représentants, ce qui se fait d'habitude par vote ouvert. Les Baabas choisissent le membre du personnel de l'ONG qu'ils veulent comme personnel de liaison. L'individu en question et le directeur doivent approuver la décision. Directement après le lancement, il y a une courte réunion des nouveaux Baabas et du personnel de liaison pour discuter de leurs rôles.

Troisième étape

Le personnel du projet Baaba commence à visiter l'ONG régulièrement (des visites hebdomadaires aux ONG à Kampala et des visites mensuelles à celles qui sont à l'extérieur de Kampala). Les premières séances couvrent d'habitude le rôle des Baabas et les aptitudes à la vie quotidienne ; elles sont suivies d'une formation de week-end. Il y a une journée d'orientation pour le personnel de liaison. Quand la formation est terminée, les clubs et les séances d'« outreach » sont présentés.

Ressources du programme

Le projet exige les ressources suivantes :

- Surveillant du programme (20 % du temps du projet)
- Directeur du projet (à temps plein)
- Trois instructeurs/conseillers pairs
- Consultant en arts/art dramatique
- Bureau/salle de documentation
- Lieu de rencontre pour événements tels que les pièces de théâtre
- Matériel de promotion
- Fournitures de bureau
- Installations de formation
- Transport
- Réserves de préservatifs subventionnés
- Manuel d'éducateurs pairs
- Matériel pédagogique IEC, équipement audiovisuel, vidéocassettes.

Participation des jeunes

Le projet dépend de la participation totale des ONG membres et des enfants et jeunes de la rue. Les jeunes sont formés comme éducateurs pairs et ils participent au déroulement des activités d'« outreach » et des clubs hebdomadaires ; ils donnent aussi leurs conseils sur le développement du projet. Les Baabas sont essentiels à l'exécution du projet et ils ont avancé beaucoup d'idées à propos de la gestion du projet. De plus, ils ont pris l'initiative d'organiser des séminaires et événements sportifs d'« outreach ». Ils sont obligés de faire état de leurs activités et ils doivent donner régulièrement du feed-back. Les responsables du projet se réunissent régulièrement avec les directeurs des ONG et avec le personnel de liaison pour faire le bilan des activités ; les Baabas servent de présidents et de secrétaires lors de ces réunions, qui permettent la planification et l'évaluation communes.

Plaidoyer

Le travail de plaidoyer se fait au niveau local auprès des leaders, policiers et défenseurs des droits des enfants en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive. Ce travail est centré principalement sur la responsabilité de ces individus de protéger les enfants et jeunes de la rue de l'abus, et il est mené sous forme d'ateliers qui incluent des témoignages et des scènes de théâtre jouées par des enfants et jeunes de la rue.

Un festival annuel de théâtre, danse, poésie et musique est tenu sur le thème de la lutte contre le SIDA menée par les jeunes dans les rues. Il s'agit aussi d'un important outil de plaidoyer, qui cible un grand public constitué des responsables politiques.

Le projet Baaba est également membre du Forum Inter-ONG (Inter-NGO Forum), un réseau qui représente, au niveau national, les ONG qui travaillent avec les enfants et jeunes de la rue. Le projet Baaba soutient activement le travail du forum.

Rapport financier

En moyenne, le coût annuel total du programme s'élève à 92 703 \$US. Le coût par enfant est 18,50 \$US. De plus amples détails sur les finances du programme se trouvent dans l'annexe 4 de ce chapitre.

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Approche générale

- Le risque de l'infection par le VIH est rarement la priorité d'un enfant de la rue. Pour cette raison, le projet n'a pas abordé les problèmes liés au VIH/SIDA isolément, mais il a cherché à s'occuper des soucis matériels et psychosociaux des enfants et jeunes de la rue. Cela s'est fait en travaillant avec les ONG membres qui répondent à ces besoins, plutôt que d'établir un lieu distinct pour les activités.
- Les jeunes qui vivent dans les rues sont exposés à beaucoup de risques à leur santé sexuelle et reproductive. On peut réduire ces risques simplement en

retirant les jeunes des rues. Le projet envoie donc les jeunes sans abri aux ONG pour la réhabilitation et le relogement, quand cela est possible.

Employer les enfants et jeunes de la rue comme éducateurs pairs

- Maintenir l'enthousiasme sans avoir à recourir aux motivations s'avère un défi majeur. Cela est particulièrement vrai pour quelques-uns des Baabas plus vieux qui luttent pour rester autonomes. Des stratégies de motivation alternatives ont compris un voyage théâtral pour assister à une pièce sur le VIH/SIDA, des week-ends résidentiels de formation et des tee-shirts, chopes et stylos portant le logo du projet Baaba.
- Les calendriers sont irréguliers ; il faut donc de la patience pour organiser les réunions. Les éducateurs pairs changent souvent parce que les enfants et jeunes de la rue ne restent pas longtemps à un seul endroit. Malheureusement, deux Baabas sont morts. Ce renouvellement constant fait monter les frais de formation et mène à une perte de continuité.
- Beaucoup de surveillance et de soutien sont nécessaires. Le personnel du projet se réunit une fois par semaine avec les Baabas, soit pour organiser, soit pour diriger une séance du club. Le personnel de liaison de l'ONG surveille aussi les Baabas. Idéalement, le personnel du projet réduit graduellement le niveau de soutien. Il y a des indices qui mènent à croire que les groupes Baaba pourront éventuellement survivre tout seuls.
- Le jeu de rôle est un outil d'enseignement populaire. Les Baabas montent habituellement des pièces pendant leurs réunions. Après un festival de théâtre, danse, chanson et poésie sur le thème de la lutte de la jeunesse contre le SIDA dans les rues, les ONG jouent leurs pièces devant la communauté ; c'est un élément de leur stratégie d'« outreach ».
- Il faut que les activités d'« outreach » se tiennent dans la plus grande discrétion. À Kampala, la police et le gouvernement local découragent l'aide ouverte des enfants et jeunes de la rue. Pour cette raison, les ONG ont décidé de jouer leurs pièces à des endroits spécifiques (comme un centre d'éducation surveillée) plutôt que de les monter dans les rues.
- Les Baabas sont d'efficaces éducateurs. Ils comprennent les raisons pour lesquelles les enfants et jeunes de la rue ont de la difficulté à se protéger contre le VIH/SIDA. Ils servent aussi de modèles à leurs pairs.
- La participation des Baabas à la formation des leaders locaux a été efficace. Des témoignages et scènes de théâtre personnels présentés par des enfants et jeunes de la rue se sont avérés puissants pour rallier un public sceptique.
- Beaucoup de Baabas ont développé un sentiment d'appartenance au projet. Quelques-uns ont introduit leurs propres idées pour des activités de prévention, telles que l'« outreach » communautaire par le biais des sports.

Travailler avec les ONG

- Il peut être difficile de travailler avec les ONG. En particulier, il est difficile de mettre en œuvre des politiques constantes quand chaque ONG traite les problèmes différemment et cible des groupes qui sont légèrement différents.

- Il fallait aborder la promotion des préservatifs de manière sensible. Beaucoup d'ONG membres sont fondées sur la religion, et elles ne permettent des discussions sur les préservatifs qu'à contrecœur. Graduellement, avec encouragement sensible, plus de ces organisations ont accepté de garder des préservatifs en stock. Il est difficile de déterminer si les jeunes sont à l'aise et s'ils ont accès à ces préservatifs.
- Le personnel de liaison joue un rôle essentiel. GOAL dépend beaucoup de l'engagement du personnel de liaison pour le soutien des Baabas et du projet en général. Le personnel de liaison est généralement dévoué et encourageant, même si quelques-uns ne sont pas capables de consacrer suffisamment de temps à la surveillance.
- Les ONG se sont mises d'accord sur le thème du VIH/SIDA. Grâce à l'adhésion au projet, il y a eu une croissance visible du niveau de coopération et de partage d'informations entre les ONG.
- Avant de devenir membres du projet, les directeurs et le personnel des ONG ont parfois craint que l'adhésion impliquerait un engagement qui dépasserait leurs capacités. En réalité, le niveau d'engagement exigé est moins élevé que celui auquel on s'attendait. Mais il ne faut pas que le personnel de liaison se prépare pour passer du temps sur le projet. Le projet marche le mieux dans les ONG qui sont caractérisées par un directeur qui est d'un grand soutien et un personnel de liaison qui est actif.

Faire face aux membres de la communauté qui ne donnent pas leur appui

- Au départ, la police n'a pas donné son appui aux ONG qui aidaient les enfants et jeunes de la rue. Les policiers voyaient l'aide donnée à ces jeunes comme une motivation de rester dans les rues. De plus, ils ne leur offraient pas une protection suffisante. Dans certains cas, la police a contribué aux dangers de violence rencontrés par les enfants et jeunes de la rue, au lieu de réduire ces risques.

Pour changer l'attitude de la police, le projet Baaba a mené un programme de formation avec les policiers qui travaillent dans des zones où il y a beaucoup d'enfants et jeunes de la rue. L'attitude de la police est maintenant en train de changer graduellement, et les policiers soutiennent de plus en plus le travail des ONG membres.

- Les communautés ont souvent des attitudes négatives envers les enfants et jeunes de la rue. Quelques communautés ont une compréhension limitée de leurs problèmes – elles n'en ont parfois aucune compréhension – et elles ont beaucoup de fausses idées sur ces jeunes. Les enfants et jeunes de la rue sont vus comme voleurs et violents. Les communautés n'ont donc pas donné l'appui nécessaire aux efforts visant le développement et la réhabilitation des enfants et jeunes de la rue. Pour répondre à cette contrainte, le projet Baaba a mis en place des séances de formation dans les communautés. Les enfants et jeunes de la rue sont invités à jouer des scènes de théâtre et donner leur témoignage aux communautés, en vue de changer les attitudes.
- La présence des jeunes dans la rue a attiré l'attention des commerçants et marchands ambulants. Les efforts de réhabiliter les enfants et jeunes de la rue

pour les retirer des rues sont souvent contrés par les marchands, qui déconseillent ces jeunes d'écouter le message des ONG. Ce problème est toujours un défi pour les ONG et le projet Baaba. Le counselling continu des enfants et jeunes de la rue – ainsi que le succès de ceux et celles qui ont été réhabilités – sera d'une grande utilité pour faire face à ce problème.

- Les jeunes durs et « mûrs » qui ont grandi dans les rues ont une influence très négative sur les enfants et jeunes de la rue. Ils leur disent quoi faire et ils leur donnent des conseils qui ne sont pas conformes à ce que les ONG recommandent. Cela reste aussi un grand défi qui menace le travail des ONG et du projet Baaba.

Évaluation

Pour évaluer son progrès, le projet Baaba a conduit une brève étude auprès des intéressés (personnel de liaison d'ONG, directeurs, Baabas) en octobre 2001. Comme méthodologie lors de l'étude, on a employé un groupe de discussion « focus » (centré) réunissant les directeurs, le personnel de liaison et les Baabas.

Les ONG ont déclaré qu'elles avaient découvert une meilleure compréhension et capacité de prévention et contrôle du VIH/SIDA chez les enfants et jeunes de la rue, ainsi qu'une meilleure façon d'aborder d'autres sujets, tels leur réhabilitation et relogement. Les ONG avaient commencé à remarquer un changement de comportement positif chez les enfants et jeunes de la rue dans leurs ONG (par exemple, une réduction du comportement violent, une augmentation de la maîtrise de soi et une augmentation de la communication assurée). Ces changements sont attribués à l'influence des Baabas, qui sont devenus un groupe qui est respecté par leurs pairs. Les Baabas prennent leurs postes au sérieux et ils ont développé leurs compétences de leadership et leurs connaissances sur le VIH/SIDA. Ils servent de bons modèles aux autres enfants et jeunes de la rue. Les Baabas déclarent qu'ils aiment leur travail, et ils croient qu'ils ont beaucoup appris sur le VIH/SIDA et comment éviter les MST. Ils ont également acquis des connaissances sur les techniques d'éducation par les pairs, sur les compétences de planification de la vie et sur le counselling.

L'évaluation a mené à plusieurs changements d'approche, y compris un effort de cibler les filles qui vivent dans les rues, vu que ces filles se sont révélées plus vulnérables que les garçons. Un autre changement consiste en l'engagement de former les Baabas comme formateurs de formateurs. D'autres innovations ont été développées : l'introduction d'un bulletin et d'un kit d'initiation pour les ONG qui participent au projet.

Suivi

La stratégie de suivi est en place depuis mai 2001. Le personnel de GOAL qui assiste aux réunions de Baaba, aux HIV Prevention Clubs, à l'« outreach » de nuit et aux séances d'« outreach » dramatiques et sportives fait un bref compte rendu après chaque séance. À la fin du mois, l'ONG fait son résumé mensuel des activités, et une copie de ce résumé est classée au bureau du projet. Chaque stage de formation est évalué par les participant(e)s, et chaque événement inter-ONG est suivi d'un compte rendu verbal pour discuter des leçons tirées. Les données sont recueillies pour les domaines suivants :

- nombre de Baabas formés (avec les résultats d'évaluation des séances de formation) ;
- taux de remplacement des Baabas ;
- nombre de réunions, HIV/ AIDS Prevention Clubs, répétitions dramatiques tenus par les Baabas et sujets discutés ;
- participation totale et moyenne aux réunions et aux clubs ;
- pourcentage des réunions et clubs dirigés par le personnel du projet ;
- événements et activités initiés par les Baabas ;
- nombre de séances d'« outreach » de rue tenues ;
- nombre de jeunes femmes et hommes conseillés lors des séances d'« outreach » et sujets discutés ;
- nombre d'enfants et jeunes de la rue envoyés aux ONG pendant les séances d'« outreach » ;
- nombre de personnel d'ONG formé (plus les résultats d'évaluation des séances de formation) ;
- utilisation de ressources audiovisuelles (et autres) par les ONG ;
- nombre de jeunes envoyés aux cliniques de SSR par les Baabas et le personnel d'ONG ;
- nombre de préservatifs pour hommes et femmes distribués pendant l'« outreach » de nuit ou par les ONG ; et
- ateliers de formation conduits par les leaders locaux et rapports d'évaluation faits par les participant(e)s.

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	Le programme adopte une approche impartiale fondée sur l'idée que l'autosuffisance (croyance d'un individu à sa capacité de se transformer) est essentielle au changement de comportement et que l'environnement où un individu vit peut poser d'importants risques et obstacles au changement de comportement. On adopte un point de vue holistique de la prévention du VIH/SIDA et on le voit dans le contexte du développement adolescent. Cette approche vise à autonomiser les jeunes, augmenter leur confiance et leur permettre de prendre de sages décisions, et améliorer leur estime de soi.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe	✓	Le programme est centré sur les problèmes des enfants et jeunes de la rue. Ces problèmes comprennent :

	d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.		l'abus des drogues (alcool, inhalation des effluves volatiles, etc.), l'abus sexuel (viol), infection par les MST et le VIH, et d'autres risques relatifs à une vie vécue dans les rues.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	L'un des objectifs du programme est d'autonomiser les enfants et jeunes de la rue avec les compétences, la motivation et le soutien nécessaire pour maintenir un comportement sexuel sain, et pour changer le comportement à risque. Cela se fait par l'éducation par les pairs ; les enfants et jeunes de la rue sont formés pour augmenter leur confiance, leurs capacités et leurs compétences en leadership. Les habiletés fondamentales qui sont nécessaires à la prévention sont enseignées (prise de décision, négociation, résistance à l'influence des pairs, utilisation des préservatifs).
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	Le programme traite les problèmes relatifs aux droits à la santé et au respect d'autrui.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	✓	Le programme a conduit une enquête de base sur les besoins relatifs à la SSR des enfants et jeunes de la rue. Les résultats de l'enquête ont servi de base pour l'exécution des activités. De plus, le programme emploie une approche participative pour mener ses activités. Cela permet la création d'idées des enfants et jeunes de la rue à l'égard des connaissances, attitudes et pratiques relatifs au VIH/SIDA. Cette approche permet aux exécuteurs de comprendre le besoin d'information des enfants et jeunes de la rue, ce qui aide par conséquent à développer des interventions appropriées.
6	Conduit une formation continue aux professeurs et aux autres fournisseurs de service.	✓	Le programme offre un soutien technique continu au personnel de liaison de l'ONG et aux Baabas dans la mise en œuvre des activités du projet.

7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces stratégies et activités sont participatives.	✓	Le programme utilise de multiples activités d'apprentissage qui sont participatives lors de ses séances d'« outreach », de counselling et des clubs. Les activités comprennent des chansons, jeux de rôles, petites pièces de théâtre, brainstormings, vidéos, sports et débats. Les stratégies d'apprentissage comprennent l'éducation par les pairs, le développement du leadership adapté à la jeunesse et la formation en habiletés fondamentales.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	Le programme fait participer les leaders de la communauté, la police et d'autre personnel de sécurité dans les zones où il y a beaucoup d'enfants et jeunes de la rue. Ils reçoivent une formation qui les aide à protéger les droits qu'ont les enfants et jeunes de la rue à la santé sexuelle et reproductive. De plus, la campagne de plaidoyer du projet cible le grand public, pour aider les gens à comprendre les problèmes et besoins des enfants et jeunes de la rue.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	✓	Le programme suit un manuel de SSR pour éducateurs pairs pendant la formation du personnel de liaison et des Baabas. Les Baabas se servent du même manuel pour conduire les activités du HIV Prevention Club. Les activités du club, qui ont lieu chaque semaine, assurent la continuité des messages.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	Non applicable	
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	✓	GOAL fournit du soutien technique et financier aux ONG membres pendant au moins deux ans. Les ONG sont ensuite responsables du budget, planification et exécution de leurs propres activités, à l'aide des subventions fournies par GOAL. On croit que, après deux ans, les ONG membres auront une capacité suffisante pour atteindre et maintenir les objectifs du projet.
12	Est coordonné à un	Non	

	programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	applicable	
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	Les messages sont simples et ils sont fondés sur les faits réels. Le programme utilise le matériel pédagogique IEC développé par le Ministère de la santé, l'AIC et d'autres organisations.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les obstacles et s'agrandir.	Atteint en partie	Le programme a conduit une campagne de plaidoyer dans les communautés où il y a beaucoup d'enfants et jeunes de la rue. Les leaders communautaires ont été sensibilisés aux problèmes de ces jeunes, ainsi qu'à leurs droits. Le soutien politique a donc été créé au niveau communautaire. Cependant, aux niveaux plus élevés, le gouvernement a découragé l'aide ouverte des enfants de la rue parce qu'on croyait que ce soutien encouragerait les jeunes à rester dans les rues.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	✓	Le programme plaide pour la santé sexuelle et reproductive et pour les droits des enfants et jeunes de la rue. Il cible les enfants de la rue sans tenir compte de leur appartenance ethnique, sexe ou orientation sexuelle.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	Le programme a mis en place un système de suivi et d'évaluation. Une enquête de base a été conduite comme élément de cette évaluation et une étude des activités du projet est planifiée pour cette année. Les données du suivi (sur les résultats clés des activités du projet) sont recueillies régulièrement.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et coordonnées

Le projet Baaba est une initiative de GOAL et il est aussi géré par GOAL, une organisation internationale humanitaire. Il est maintenant financé par Ireland Aid et la Elton John AIDS Foundation. Pour d'autres informations sur le projet Baaba, veuillez contacter :

The Baaba Project Manager
GOAL Uganda
P.O. Box 33140
Kampala, Uganda
Tél. : +256 (0) 77-700413
Courrier électronique : goaluga@infocom.co.ug
ou
goalhivaid@infocom.co.ug
ou
GOAL
P.O. Box 19
Dun Laughaire
Co. Dublin, Ireland
Courrier électronique : info@goal.ie
Site Internet : www.goal.ie

Collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été préparé par David Kaweesa Kisitu, health economist/monitoring and evaluation specialist, Uganda HIV/AIDS Control Project (Courrier électronique : uacp@infocom.co.ug)

Il a été dirigé par Nicola Brennan, development attaché, Ireland Aid, Embassy of Ireland – Kampala, P.O. Box 7791, Kampala, Uganda ; courrier électronique : irishaid@starcom.co.ug

Version anglaise éditée par Katie Tripp et Helen Baños Smith

Collaborateurs et collaboratrices :

Kirstin Mitchell – HIV/AIDS program coordinator, GOAL Uganda
Lysanne Wilson – Project manager, GOAL Baaba project
Juliet Oling – Trainer/counselor, GOAL Baaba project
Monica Nyakake – Peer trainer/counselor, GOAL Baaba project

Tonny Onen – Peer trainer/counselor, GOAL Baaba project
Ochama Jude – Volunteer assistant and former Baaba (Baaba project)
Geoffrey Mananu – Volunteer assistant/peer trainer

Matériel pédagogique

GOAL Newsletter – Baaba Lessons (Bulletin – leçons Baaba)
(Numéro de commande : Baaba01)

Peer-Led HIV/AIDS Prevention for Street Children – a Report by GOAL Uganda, April 2001-March 2002 (Rapport de GOAL sur la prévention du VIH/SIDA pour les enfants de la rue)
(Numéro de commande : Baaba02)

GOAL Uganda Newsletter, Volume 1, Issue 1, March 2002 (Bulletin de GOAL)
(Numéro de commande : Baaba03)

HIV/AIDS Prevention for Street Children in Uganda – Questions and Answers for NGO Directors and Staff (Questions et réponses sur la prévention du VIH/SIDA chez les enfants de la rue de l'Ouganda, à l'usage des directeurs et du personnel des ONG)
(Numéro de commande : Baaba04)

Annexe 2 : Statistiques sur le personnel
(Numéro de commande : Baaba05)

Annexe 3 : Évaluation des besoins
(Numéro de commande : Baaba06)

Annexe 4 : Rapport financier
(Numéro de commande : Baaba07)

Annexe 5 : Vidéos GOAL
(Numéro de commande : Baaba08)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL

Rôles du personnel principal du programme

Coordonnatrice du programme

La coordonnatrice du programme est la coordonnatrice du programme GOAL HIV/AIDS et elle joue principalement un rôle de surveillance. La coordonnatrice du programme travaille à temps plein, mais elle consacre 20 % de son temps aux activités du projet.

Directeur du projet

Le directeur du projet, qui est sous les ordres de la coordonnatrice du programme, est responsable de la gestion et direction quotidiennes du projet.

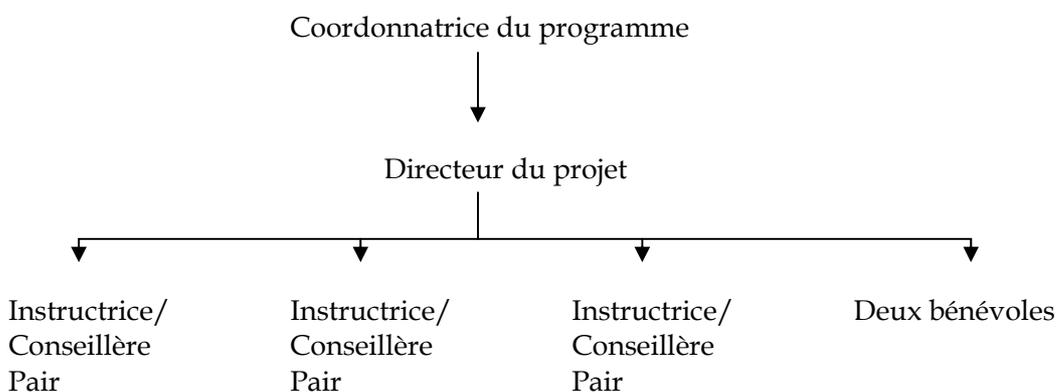


Figure A.1. Organigramme du projet GOAL : Baaba

Instructeurs(trices)/Conseillers(ères) Pairs

Il y a trois instructeurs/conseillers pairs, qui sont sous les ordres du directeur. Ils sont responsables d'assurer la liaison avec le personnel de liaison de l'ONG ; du développement de la capacité du personnel de l'ONG, de la police et des leaders de la communauté ; de la formation des Baabas pour devenir éducateurs pairs ; et de la fourniture du soutien technique lors des activités d'« outreach » et des activités liées au club.

Bénévoles du projet

Deux bénévoles aident les instructeurs/conseillers à organiser leurs activités. Les bénévoles collaborent principalement avec le personnel de liaison de l'ONG et ils mobilisent les enfants et jeunes de la rue pour les HIV Prevention Clubs, l'« outreach » et les festivals inter-ONG annuels. Les bénévoles aident à la gestion des clubs et des séances d'« outreach », et ils apportent leur assistance pendant les activités de formation. L'un des bénévoles est un ancien Baaba.

ANNEXE 2. STATISTIQUES SUR LE PERSONNEL

	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein, payé	1	Directeur du programme	H
	3	Instructeur/Conseiller Pair	1H, 2F
Temps partiel, payée	1	Coordonnatrice du programme	F
Bénévoles, autre que les éducateurs pairs (avec allocations et indemnités)	2	Bénévoles	H

ANNEXE 3. ÉVALUATION DES BESOINS

Connaissance	Garçons (n=153)	Filles (n=59)	ONG (n=162)	Rue (n=50)	Total
1. Quand un garçon devient un homme, est-il normal d'avoir des éjaculations nocturnes ? (% oui)	80	81	80	80	80
2. Quand une fille devient une femme, est-ce que ses règles commencent ? (% oui)	70	95	75	82	77
3. Une fille peut tomber enceinte la première fois qu'elle a des rapports sexuels. (% oui)	51	59	55	48	53
4. Si un garçon s'abstient, son pénis cesse de fonctionner et il devient plus petit. (% oui)	30	30	27	40	30
5. Est-ce que le VIH/SIDA peut être transmis par des rapports sexuels avec une personne qui en est infectée ? (% oui)	92	98	93	96	93
6. Est-ce que les moustiques peuvent contribuer à la	54	56	59	40	55

propagation du VIH/SIDA) ? (% non)					
7. Est-il dangereux de partager son repas avec quelqu'un qui a le VIH/SIDA ? (% non)	75	76	80	60	76
8. Peut-on savoir si quelqu'un est infecté par le VIH/SIDA selon son apparence ? (% non)	35	37	40	20	35
9. Y a-t-il un remède pour le VIH/SIDA ? (% non)	78	76	81	66	78
10. Peux-tu dire non à un policier qui demande de coucher avec toi ? (% oui)	78	71	82	58	76
11. Est-il acceptable de recevoir des cadeaux des « sugar daddies » ou « sugar mommies » (vieux protecteurs qui exploitent les jeunes) en échange des rapports sexuels ? (% non)	78	59	83	40	73

ANNEXE 4. FINANCES DU PROGRAMME

Dépense	Première année (jan-déc 2001), \$US	Deuxième année (jan-déc 2002), \$US
Équipement	8 202	8 202
Locaux	690	3 889
Éducation, récréation, sports	15 519	42 360
Frais du personnel local	18 650	32 600
Frais du personnel à l'étranger	2 400	4 200
Transport	9 079	5 209
Direction générale	4 292	4 439
Total	58 832	92 703

Selon les chiffres de 2002, en moyenne, le coût par enfant s'élève à 18,50 \$US. Le coût total du projet est 92 703 \$US et le nombre total de bénéficiaires est 5 000.

Résultats du projet et bienfaits réalisés

Nombre de bénéficiaires jusqu'en mars 2002 :

- 137 éducateurs pairs (Baabas) ont reçu la formation et ont bénéficié d'un accroissement de leurs connaissances du VIH/SIDA et de leurs compétences de leadership.
- 750 enfants de la rue servis par les 12 ONG membres ont bénéficié grâce aux activités de VIH/SIDA régulières, conduites dans – et entre – les ONG.
- 100 membres du personnel de l'ONG ont bénéficié de la formation et du soutien par une meilleure capacité de faire face aux problèmes liés au VIH/SIDA dans leurs organisations.
- Approximativement 5 000 enfants de la rue et de la communauté ont bénéficié des activités d'« outreach ».
- 1 197 leaders, policiers et défenseurs des droits des enfants au niveau local ont bénéficié grâce au programme de plaidoyer.

ANNEXE 5. VIDÉOS GOAL

La plupart des films sont disponibles chez Media for Development Trust, P.O. Box 6755, Harare, Zimbabwe. Courrier électronique : mfd@samara.co.zw.

1. *Dangerous Decisions* (décisions dangereuses)
2. *More Time* (plus de temps)
3. *Choose Freedom* (choisir la liberté)
4. *It's Not Easy* (ce n'est pas facile)
5. *Time to Care* (le temps pour se soucier)
6. *Yellow Card* (carte jaune)
7. *Neria*
8. *The Adopted Twins* (les jumeaux adoptés)
9. *Silent Epidemic* (épidémie silencieuse)
10. *Like Any Other Lovers* (comme tous les autres amants)
11. *Six Family Planning Methods* (six méthodes de planning familial)
12. *Born in Africa* (né(e) en Afrique)
13. *Everyone's Child* (enfant de tout le monde)
14. *Gold Tooth* (dent d'or)
15. *Youth Fighting HIV/AIDS* (jeunes luttant contre le VIH/SIDA)
16. *Sarah the Special Gift* (Sarah, cadeau spécial)
17. *Sarah the Trap* (Sarah, le piège)
18. *Orphans Generation* (génération d'orphelins)

Résumé du programme

La Fondation « Conversation Honnête » [Straight Talk Foundation]

La Straight Talk Foundation se sert d'une campagne mixte composée de médias imprimés et d'« outreach » (offre de l'assistance et du soutien à ceux et celles qui en bénéficieraient) qui a débuté en 1993 par le lancement du journal *Straight Talk*. Le but global du programme est de faire accroître, chez les adolescents et les adultes, la compréhension de la sexualité et la santé reproductive des adolescents. Il vise également à encourager le sexe à moindre risque et le développement des habiletés fondamentales, ainsi qu'à sensibiliser les gens aux droits des enfants et des adolescents.

À l'aide du journal *Young Talk*, le programme cible les enfants de 10 à 14 ans ; il cible ceux et celles de 15 à 19 ans par le journal *Straight Talk*. Les deux journaux sont livrés aux écoles et ils paraissent aussi sous forme d'encart dans l'exemplaire du dimanche d'un journal national. *Young Talk* et *Straight Talk* sont publiés mensuellement, traitant des sujets qui sont proposés par les lecteurs eux-mêmes. Ils fournissent des informations et conseils qui sont justes et francs sur des sujets liés à la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents. *Straight Talk* encourage les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) et les enseignants à établir des clubs Straight Talk dans les écoles pour faire avancer davantage les messages qui apparaissent dans les journaux. Il existe également une émission radiodiffusée s'adressant aux jeunes de 15 à 24 ans. Cette émission suit les thèmes des journaux, et elle est diffusée une fois par semaine en anglais et dans les langues locales.

La Straight Talk Foundation conduit des visites scolaires à l'aide d'une équipe constituée d'experts en santé et de conseillers, pour aider les enseignants et les élèves à élaborer un plan qui assurera la santé des adolescents. Ils conduisent des ateliers de sensibilisation pour les enseignants et les parents d'école primaire afin de les sensibiliser aux besoins et services liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents ; ils encouragent les adultes à parler avec les jeunes de leurs problèmes.

Une évaluation du programme a révélé que la plupart des adolescents ont accès aux journaux et qu'ils les lisent ; ils écoutent aussi les émissions de radio. Cela sensibilise les jeunes aux problèmes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Le programme Straight Talk a répondu directement aux besoins d'information chez les adolescents, et le gouvernement est de plus en plus reconnaissant de son effort.

Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 14 en entier ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

La Fondation « Conversation Honnête » [Straight Talk Foundation]

PARTIE A : DESCRIPTION DU PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

En 1993, l'UNICEF a lancé un nouveau programme en Ouganda dénommé « Safeguard Youth from AIDS » (SYFA – Protéger les jeunes du SIDA). On a décidé de créer SYFA parce que la plupart des campagnes précédentes avaient ciblé les adultes : il y avait peu de ressources ou de supports pédagogiques qui étaient produits spécifiquement pour les enfants et les jeunes. SYFA a donc été conçu pour aborder l'impact du VIH/SIDA sur les jeunes.

Il y avait beaucoup de raisons de s'inquiéter des jeunes : le taux d'infection par le VIH chez les jeunes était élevé, les parents n'étaient pas disposés à parler de la SSR avec leurs enfants et il y avait un important manque d'informations sur la SSR chez les adolescents et les jeunes.

L'UNICEF a donc créé un bulletin pour les jeunes, publié par des journalistes basés en Ouganda. Le premier numéro de *Straight Talk* est paru le 19 octobre 1993, sous forme d'encart dans le *New Vision*, un quotidien qui est dirigé par le gouvernement ougandais.

Au départ, *Straight Talk* était conçu pour cibler les jeunes de 10 à 24 ans. Pendant qu'il gagnait en popularité, les rédacteurs se sont rendus compte qu'une seule publication ne suffisait pas pour atteindre une tranche d'âge si importante.

Straight Talk a donc concentré ses efforts sur les jeunes de 15 à 19 ans en école secondaire, et en 1998 un journal intitulé *Young Talk* a été créé pour les enfants d'école primaire, âgés de 10 à 14 ans.

Les enseignants ne connaissaient pas leur rôle en ce qui concerne les façons d'aider les adolescents...Nous sommes contents de vos efforts de mettre l'accent sur les bons modèles parmi les enseignants.
Enseignant

En plus de fournir des informations exactes sur la sexualité, le VIH/SIDA et le passage à l'âge adulte, *Straight Talk* et *Young Talk* ont visé à développer les habiletés fondamentales des enfants et adolescents, et à défendre leurs droits. Les bulletins offrent un forum où les jeunes peuvent écrire des lettres sur leurs problèmes et recevoir des conseils de la part des médecins et d'autres personnes qui sont bien instruits à propos des problèmes de la santé sexuelle et reproductive (SSR). Les bulletins publient aussi les réponses des autres enfants qui ont rencontré des problèmes ou situations semblables.

La Straight Talk Foundation (STF) est devenue une ONG en 1997. Des émissions de radio et des clubs scolaires ont été développés depuis cette époque pour aider les enfants à apprendre des faits sur le VIH/SIDA. Les Straight Talk School Clubs (clubs scolaires Straight Talk) ont été initiés dans les écoles pour promouvoir l'éducation par les pairs parmi les adolescents, en plus d'encourager leur participation active dans les interventions médiatiques par le biais de la rédaction des lettres. Cela a permis à la STF de comprendre les besoins d'information des jeunes et de pouvoir répondre à ces besoins de manière appropriée.

En ce moment, un nouveau bulletin intitulé *Teacher Talk* est en cours de développement pour aider les enseignants à mieux comprendre les jeunes ; les enseignants apprendront aussi comment aider les jeunes à mieux comprendre le VIH/SIDA.

1993	<ul style="list-style-type: none"> • L'idée de <i>Straight Talk</i> est conçue • Le premier numéro de <i>Straight Talk</i> est créé et il paraît dans un journal national
1997	<ul style="list-style-type: none"> • La STF devient une ONG
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Initiation du programme de visites en milieu scolaire • <i>Young Talk</i> est développé pour cibler les élèves d'école primaire
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Début des visites dans les écoles primaires

	<ul style="list-style-type: none"> • Journaux paraissent en langues locales (en luo et en ateso) • Début des Straight Talk School Clubs • Émission de radio <i>Straight Talk</i> initiée en anglais
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Émission de radio en luo commence
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Émission de radio commence en runyakitala
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de <i>Teacher Talk</i>, bulletin pour enseignants

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Vue d'ensemble du programme

La STF est une organisation qui est centrée sur les adolescents et qui croit que :

- Chaque personne a de la dignité et un sentiment de valeur personnelle.
- Il est naturel que les jeunes, en passant à l'âge adulte, découvrent leur sexualité.
- L'activité sexuelle adolescente est dangereuse.
- Pour tous les adolescents – et, idéalement, pour tout le monde – l'abstention des rapports sexuels est la méthode la plus efficace de prévenir la grossesse et l'infection par le VIH/SIDA.
- Les adolescents ont le droit aux informations sur la SSR et sur les méthodes de rapports sexuels à moindre risque, y compris l'utilisation du préservatif.
- L'éducation sur la santé sexuelle et reproductive n'encourage pas les adolescents à devenir plus actifs sexuellement.

But

La mission de la STF est de protéger les adolescents et de communiquer afin d'améliorer la santé. « Protéger » les adolescents veut dire qu'ils vivront sans infections et grossesses non désirées, et qu'ils auront les compétences, l'éducation et les valeurs nécessaires pour devenir des adultes compétents.

Objectifs

- Améliorer la compréhension de la santé sexuelle et reproductive des adolescents
- Promouvoir les rapports sexuels à moindre risque, les habiletés fondamentales et les droits des adolescents et enfants.

Straight Talk, nous sommes fiers de vous. Vous êtes devenu le « senga ». Les choses que vous abordez sont des choses dont nous, les parents, avons peur de parler. Vous enseignez de bons comportements à nos enfants. Je crois que, si les jeunes vous écoutent, ils seront sains et saufs.

Administrateur en chef, district de Nebbi

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Les bulletins ciblent principalement les jeunes de 10 à 14 ans (*Young Talk*) et de 15 à 19 ans (*Straight Talk*) ; ils ciblent les jeunes qui sont scolarisés ainsi que ceux et celles qui ont quitté l'école. Les émissions de radio ciblent les jeunes de 10 à 24 ans, qu'ils soient

scolarisés ou non, y compris ceux et celles qui ne parlent pas anglais ou qui ne savent pas lire et écrire. Les clubs scolaires sont destinés aux jeunes de 10 à 24 ans.

Groupe cible secondaire

Le groupe cible secondaire est constitué des enseignants. Ils sont ciblés afin d'améliorer leur communication et leur compréhension en ce qui concerne les problèmes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les communautés et le grand public sont aussi ciblés pour leur enseigner la SSR et pour les encourager à fournir des informations qui permettront aux adolescents de prendre de bonnes décisions.

Champ d'action

Le programme STF couvre le pays entier. Le programme distribue les bulletins *Straight Talk* et *Young Talk* à plus de 15 000 écoles et institutions, et à 600 organisations communautaires et églises à travers le pays. Les bulletins sont aussi insérés sous forme d'encart dans le journal *New Vision*. De plus, ils sont disponibles dans les bureaux de la STF à Kampala, et à d'autres endroits à travers le pays. Des Straight Talk School Clubs existent à travers le pays, et les émissions de radio sont diffusées chaque semaine sur 10 stations de langue anglaise et 4 stations de langue locale.

Durée du programme

Les émissions de radio sont diffusées une fois par semaine et elles durent à peu près une demi-heure. Les bulletins paraissent une fois par mois. Les jeunes qui assistent aux clubs continueront à y assister, en moyenne, tout le long de leur scolarisation secondaire, soit pendant six ans.

Buts du programme

Les buts du programme STF sont présentés dans la figure 2.

Garder les adolescents hors de danger
Communication en vue d'améliorer la santé
Fourniture d'informations et de faits
Promotion d'habiletés fondamentales et de droits des enfants et adolescents

Figure 2. Buts du programme (non classés)

Approches

La STF se sert des approches suivantes pour réaliser ses objectifs :

Les informations sur les faits, compétences, valeurs et sexualité humaine sont fournies aux enfants de 10 à 14 ans et à ceux de 15 à 24 ans, pour qu'ils puissent être hors de danger ; cela se fait grâce aux interventions de mass média. Des bulletins mensuels (*Straight Talk* et *Young Talk*) fournissent des informations pour répondre aux besoins des adolescents. De plus, des causeries de radio du genre « éducation-divertissement » qui ciblent les adolescents et les jeunes, sont diffusées hebdomadairement.

La promotion de l'éducation entre pairs et du leadership se fait par l'établissement des Straight Talk School Clubs. Chaque club est une association volontaire de garçons et filles qui sont unis par le désir de promouvoir leur santé et celle de leurs amis. Des jeunes sont élus pour diriger le club en équipe. Il est surveillé et guidé par un parrain/une marraine qui est un(e) des enseignant(e)s de l'école.

L'effort d'encourager les enseignants et les parents à comprendre les problèmes auxquels les adolescents font face : *Straight Talk* et *Young Talk* sont distribués aux organisations communautaires, aux ONG et aux églises pour sensibiliser le grand public aux besoins des adolescents. On encourage les parents à lire les bulletins pour savoir quels problèmes sont discutés. De plus, le programme cible les enseignants pour les sensibiliser aux besoins des adolescents et pour améliorer leurs aptitudes de communication avec les adolescents.

Activités

Pour rendre l'apprentissage intéressant et interactif, les Straight Talk School Clubs mènent les activités suivantes :

- débats et discussions sur des thèmes soulevés dans le plus récent bulletin ou émission de radio de la STF ;
- pièces de théâtre et sketches (courtes pièces) sur les problèmes qui touchent les adolescents de l'école ou de la communauté ;
- des travailleurs de santé sont invités à mener des discussions sur des thèmes choisis par les leaders du club ;
- activités entre les clubs (quand les membres d'un club visitent un autre club) ou des activités communes (jeux, chansons, pièces de théâtre, « talent shows » – spectacles qui permettent aux jeunes de montrer leurs talents) ;
- sports et jeux organisés entre les clubs et d'autres groupes ;
- travail bénévole : peindre l'école, planter des arbres, nettoyage communautaire ;
- visites aux écoles primaires avoisinantes pour aider les élèves à lire et comprendre *Young Talk*. (Cela se fait à l'aide de sketches, chansons et d'autres méthodes appropriées.)

Cette liste d'activités n'est pas exhaustive, et on encourage les membres à trouver des idées originales pour les activités qu'ils aimeraient faire.

Composantes

Le programme a cinq composantes principales :

1. les bulletins *Straight Talk* et *Young Talk*,
2. l'émission radiodiffusée de *Straight Talk*,
3. les Straight Talk School Clubs,
4. les visites aux écoles,
5. les ateliers de sensibilisation.

Les bulletins : *Straight Talk* et *Young Talk*

La STF fait un effort pour que les bulletins soient centrés sur les adolescents et appropriés à leur âge. Les bulletins sont publiés en anglais et dans les langues locales.

Straight Talk

Chaque mois, un numéro de quatre pages paraît. Les messages clés de *Straight Talk* promeuvent :

- l'éducation sur les changements physiques,
- les aptitudes à la vie quotidienne,
- la prévention du VIH/SIDA et des MST,
- les pratiques sexuelles à moindre risque.

Straight Talk est maintenant publié à 163 500 exemplaires par mois, qui sont distribués par :

- les écoles secondaires (30 exemplaires par école, 1 452 écoles),
- les établissements de hautes études (20 exemplaires par école, 418 écoles),
- les organisations communautaires, les églises et les individus (7 000 exemplaires),
- les ONG (40 000 exemplaires),
- les centres de santé (approximativement 3 200 exemplaires),
- *New Vision* (approximativement 40 000 exemplaires insérés en forme d'encart dans le journal),
- les Straight Talk School Clubs (approximativement 4 000 exemplaires) et
- la poste internationale (approximativement 650 exemplaires).

<p>Vous encouragez, en réalité, la confiance en soi, surtout chez les filles. <i>Élève, Sacred Heart, Gulu</i></p>
--

Tous les mois, un thème principal est choisi parmi les lettres, écrites par les lecteurs, qui sont reçues par la STF. Les deux premières pages du bulletin présentent des informations et des habiletés fondamentales liées à ce thème. Elles sont présentées dans un langage qui est adapté aux adolescents, avec des illustrations.

Quelques thèmes qui ont été présentés dans les bulletins sont :

- comment se comporter avec les inconnus,
- l'hygiène,
- parler directement mais respectueusement,
- fabriquer des serviettes hygiéniques,
- refuser de monter dans la voiture d'un inconnu,
- se protéger contre une grossesse non désirée et le VIH/SIDA,
- dire un grand « non »,
- se soigner quand on est enceinte,
- le planning familial,
- les enfants et le VIH/SIDA,
- l'alcool et les drogues,
- les MST et le VIH,
- la virginité et
- l'abus sexuel, le viol, les brimades et les taquineries.

La troisième page du bulletin contient des lettres écrites par des adolescents qui donnent des conseils à leurs pairs. La dernière page contient des lettres écrites par des adolescents à propos des problèmes, questions et situations auxquels ils ont fait face. Des experts répondent à ces questions par leurs conseils et leur direction. On trouve parfois, dans les lettres, des informations sur des services qui sont adaptés aux jeunes, surtout des centres de jeunesse, des services de counselling et de tests volontaires, et des services de planning familial.

Étude de cas : *Straight Talk*, juillet 2002

Ce numéro était consacré aux informations sur le VIH/SIDA. Il a commencé par une explication des taux d'infection chez les jeunes, qui sont élevés, même s'ils étaient en baisse. Le conseil était de « garder votre comportement sexuel à moindre risque, retarder les relations sexuelles, toujours se faire tester pour le VIH et porter un préservatif ». Le bulletin a expliqué les modes de transmission du VIH et les meilleures façons de se protéger, y compris l'abstinence, les tests du VIH et la fidélité après, ainsi que l'utilisation du préservatif. Il a aussi expliqué qu'il y a des choses qui ne vous protègent pas, telles que l'amour, la confiance et la virginité. Le message qu'on a donné était de se méfier de certaines déclarations telles que : « Je t'aime. Nous devrions coucher ensemble » ou « Nous ne pouvons pas mettre un préservatif parce que je t'aime ». Il a ensuite énuméré ce qui peut poser un danger : la présence d'une MST, les cadeaux ou l'argent donnés en échange pour des relations sexuelles, l'alcool et les drogues.

La prochaine partie du bulletin a expliqué les effets du VIH/SIDA sur le corps. Une histoire, accompagnée de photos, a parlé d'un jeune garçon qui avait perdu son père à cause du SIDA. L'histoire a expliqué comment le garçon a évité le danger, malgré la tentation de faire autrement. Le message principal était que la protection contre le VIH est une activité qui dure toute la vie.

Le bulletin s'est terminé par des lettres envoyées par des lecteurs qui donnaient des conseils ou qui cherchaient des conseils sur le VIH/SIDA. Les experts de *Straight Talk* ont répondu de manière informative et sensible. On a également expliqué où les jeunes peuvent aller pour se faire tester pour le SIDA, ou bien pour se faire conseiller.

Young Talk

Ce bulletin est une publication de quatre pages, créée pour les enfants de 10 à 14 ans. Les messages de *Young Talk* promeuvent :

- l'abstinence,
- les aptitudes à la vie quotidienne,
- la persévérance dans les études,
- les droits des enfants.

Young Talk est tiré à 150 000 exemplaires par mois. Le bulletin est distribué par

- les écoles primaires (15 exemplaires à chaque école, 12 000 écoles),
- les écoles sentinelles (30 exemplaires à chaque école, 15 écoles),

- les établissements (10 exemplaires à chaque établissement, 421 établissements),
- les tuteurs des Prevention Training Centres (PTC) (centres de coordination - 10 exemplaires à chaque centre, 526 centres),
- les organisations communautaires, les églises et les individus (approximativement 7 000 exemplaires),
- les ONG (approximativement 30 400 exemplaires),
- les centres de santé (approximativement 16 000 exemplaires) et
- *New Vision* (approximativement 40 000 exemplaires insérés en forme d'encart dans le journal).

Chaque mois, la STF reçoit des lettres qui sont écrites par les lecteurs ; un thème principal est choisi parmi ces lettres. Le thème est parfois choisi à cause du besoin de fournir certaines informations aux enfants. Les trois premières pages du bulletin parlent des informations et habiletés fondamentales liées au thème, de manière sensible et appropriée. La dernière page contient des lettres écrites par les lecteurs, avec les réponses de la STF. Le bulletin se termine par une composante « agricole-éducative » qui présente un sujet lié à l'agriculture. On espère que cela aidera les enfants à maintenir les compétences agricoles, qui sont en voie de disparition dans le pays.

Étude de cas : Comment soigner une mère malade (avril 2002)

Le bulletin a raconté l'histoire de Fatuma, une jeune fille d'école primaire dont la mère est malade. L'histoire a enseigné aux enfants quoi faire dans une telle situation, en décrivant les diverses façons desquelles Fatuma peut aider sa mère : la baigner, lui donner à manger, lui donner ses médicaments, tout en continuant à poursuivre ses études. Il a souligné l'importance des aspects non physiques de ces soins : écouter sa mère et s'identifier à elle, lui exprimer son amour et son attachement, prier pour elle, l'encourager et demander aux amis et aux membres de la famille de la visiter. Le bulletin a aussi expliqué comment elle pouvait chercher des conseils et de l'aide auprès des voisins, des travailleurs de santé et des autres membres de la famille, pour mieux soigner sa mère.

La deuxième page a expliqué que la mère de Fatuma est séropositive et il a expliqué de façon simple ce que c'est que le VIH et comment Fatuma peut s'en protéger. Il a aussi parlé de l'importance de soigner les malades et de chercher des conseils auprès des conseillers et travailleurs de santé. La page s'est terminée par un jeu de l'oie à propos des soins des personnes atteintes du VIH, et comment vivre avec elles.

La troisième page a présenté une autre histoire, dont les messages clés étaient : nous devrions donner notre amitié aux enfants seuls, tous les enfants ont le droit à l'éducation, la lecture améliore vos compétences et le fait de vivre dans une région touchée par la guerre n'est pas sécuritaire.

La dernière page a publié des lettres envoyées par des enfants qui posaient des questions sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents, avec des réponses fournies par la STF. Le bulletin a fini par une composante « agricole-éducative » qui expliquait comment (et quand) arracher les mauvaises herbes de son jardin.

L'émission de radio *Straight Talk*

L'émission « Straight Talk » vise les adolescents, scolarisés ou non, leur donnant des messages conçus par la STF. Elle vise ceux et celles qui ne savent pas lire et écrire, qui ne connaissent pas l'anglais et qui n'ont pas accès aux bulletins de la STF. Elle est maintenant réalisée et diffusée en anglais sur 10 stations de radio FM, et dans 5 langues locales sur 4 stations de radio FM. Deux autres émissions de radio en langue locale sont prévues dans un proche avenir.

L'émission, diffusée pendant 25 minutes par semaine, est animée par des adolescents. Chaque semaine, un différent sujet lié à la SSR des adolescents est présenté, et des adolescents sont interrogés pour leur permettre d'exprimer leurs opinions à l'antenne. L'émission comprend un quiz et les auditeurs et auditrices sont encouragés à envoyer leurs réponses par écrit. Des prix (un nouveau radiocassette, une calculatrice, un horloge, des tee-shirts) sont offerts à ceux et celles qui donnent les bonnes réponses.

Une fois par mois, on diffuse une « émission médecin », consacrée exclusivement aux questions. Les questions auxquelles on ne répond pas sont expliquées par la poste.

L'émission de radio a traité des thèmes suivants, parmi d'autres :

- les préservatifs
- les tests du VIH
- le SIDA et la honte
- petit ami/petite amie
- négocier le sexe à moindre risque
- le viol et l'abus sexuel
- les adolescents qui travaillent
- enseignants et élèves
- l'hygiène personnelle
- les « sugar daddies » et « sugar mummies »
- prévention et soins des MST
- les mauvais attouchements
- trouver des soins de santé sexuelle et reproductive
- fournisseurs pairs
- confiance et honnêteté
- les filles ont le droit de dire non
- les exercices et le régime
- les vacances
- le retour à l'école
- les règles
- l'abus de l'alcool
- la grossesse précoce
- l'influence des pairs
- l'influence des médias
- les amis
- les orphelins
- les examens
- les résolutions du nouvel an

L'équipe de radio conduit des discussions de groupe, des interviews et des post-tests avec des adolescents de différentes régions pour avoir les réactions et critiques des auditeurs. L'équipe travaille de près avec les équipes de rédaction des bulletins, pour assurer que le thème du bulletin est présenté à la radio.

Nous ne voulons pas parler aux enfants du sexe, mais les enfants meurent du SIDA parce qu'ils « jouent » au sexe. C'est nous qui encourageons les mariages précoces. Nous n'expliquons pas aux enfants qu'il est mauvais, et malsain, de se marier si jeune.
Mujje Tukei, président, Anaka Primary School association parents-professeurs, district de Gulu

Les Straight Talk School Clubs

Les clubs complètent et renforcent la composante médiatique. Les réunions se tiennent une fois par semaine, après les heures de classe. N'importe quel jeune, qu'il/elle soit scolarisé(e) ou non, de 15 à 24 ans qui accepte, et qui obéit aux règlements du club, et qui s'intéresse vraiment au bénévolat, peut devenir membre du Straight Talk School Club. Le but de ces clubs est de :

- aider les adolescents à accroître leurs connaissances, et leur sensibilisation, en ce concerne leur développement sexuel ;
- augmenter la confiance des adolescent(e)s et leurs compétences en ce qui a trait à la réduction de leurs comportements et attitudes à risque qui peuvent mener à une grossesse non désirée, un avortement ou aux MST, y compris le VIH/SIDA ; et
- encourager les garçons et filles à participer aux activités d'apprentissage entre pairs (petites pièces de théâtre, débats, discussions, jeux, nettoyage communautaire). Cela permet aux adolescents de développer d'importantes habiletés fondamentales qui les aideront à devenir des adultes heureux, saufs et responsables.

Les clubs sont surveillés par un parrain/une marraine, qui est d'habitude un(e) enseignant(e). Les activités rendent l'apprentissage plus divertissant.

Visites scolaires

Cette composante de la STF, qui cible les écoles secondaires et les établissements tertiaires, a commencé en 1997. Une équipe de la STF, composée de médecins, infirmières, sage-femmes, conseillers et personnes ressources « youth-friendly » (« amis des jeunes ») provenant des ONG, visite au moins 12 écoles secondaires par trimestre. Les visites scolaires visent à renforcer le message de « rester hors de danger », les faits et les habiletés fondamentales qui sont encouragés par le bulletin *Straight Talk*.

L'équipe de la STF passe deux jours avec les enseignants (approximativement 15 enseignants) et deux jours avec les élèves, créant des plans d'action de SSR des adolescents et des stratégies de sexe à moindre risque. Diverses activités (séances de questions-réponses, jeux de rôles, etc.) sont utilisées pour aider les élèves à réfléchir de manière critique et créative aux problèmes auxquels ils font face, et à l'impact de leurs

prises de décision sur leurs vies. De plus, le counselling individuel est offert aux enseignants et élèves qui s'y intéressent.

Les problèmes qui sont traités pendant la visite scolaire dépendent des enseignants et élèves. Ils comprennent d'habitude les thèmes suivants :

- la STF : historique et objectifs ;
- l'adolescence : changements physiques, développement affectif, comportement adolescent, rôles, responsabilités ;
- la sexualité et le sexe à moindre risque, y compris l'abstinence ;
- apprendre à se respecter ;
- les MST, y compris le VIH/SIDA ;
- la santé : règles, grossesse et planning familial, rester à l'école ;
- les habiletés fondamentales : prises de décisions, méthodes de communication ; et
- le counselling individuel (qui se fait le soir, après les visites scolaires).

Voici quelques problèmes qui sont soulevés lors du counselling individuel :

- des menaces à la vie à cause du refus des rapports sexuels ;
- un enseignant qui essaie de forcer une élève, en menaçant de lui donner une mauvaise note ;
- une fille agressée sexuellement par un frère
- une aventure avec la sœur de son mari ;
- manque de satisfaction sexuelle ;
- un petit ami qui menace son amie de la sorcellerie après son refus des rapports sexuels ;
- une fille qui reste avec son petit ami, mais qui craint une grossesse non désirée ;
- un cousin, frère ou tuteur qui demande des rapports sexuels ;
- le pénis qui n'est pas rigide, suivi de l'éjaculation précoce ;
- un parent veut que sa fille se marie ;
- un beau-père menace de violer sa belle-fille ;
- une orpheline tentée de trouver un « sugar daddy » ;
- une mère qui ne permet pas à sa fille de passer son temps avec les garçons ;
- des lésions génitales ;
- une éruption de la peau ;
- l'urination est douloureuse ;
- elle a du sang dans l'urine ;
- ils se croient séropositifs ;
- elle a eu des rapports non protégés et n'a pas eu ses règles ;
- elle a été violée et a maintenant une démangeaison des parties génitales ;
- il a fait un enfant à une jeune fille ;
- elle pense qu'elle est enceinte ; et
- un cycle menstruel trop long.

J'ai appris comment aider les adolescents à surmonter leurs problèmes. J'ai aussi appris des choses sur les différentes MST et les façons de les contrôler et prévenir. Surtout, j'ai

appris l'importance de la direction et du counselling au cours du développement d'un enfant.

Enseignant dans un atelier au centre de coordination Aydel, dans le district de Lira

Ateliers de sensibilisation

Des ateliers de sensibilisation des enseignants et parents sont tenus sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et sur les droits et responsabilités des enfants. L'objectif général est de motiver les enseignants et parents à contribuer à la fourniture des services de SSR. Les objectifs spécifiques sont de :

- augmenter la sensibilisation de la SSR des adolescents et d'identifier les façons de répondre aux besoins d'informations et services des jeunes dans les écoles primaires ;
- développer des plans d'action faisables pour répondre aux besoins d'informations et services des jeunes, en ce qui concerne la SSR des adolescents ;
- améliorer la communication entre les parents, enseignants et jeunes sur des sujets liés à la SSR des adolescents.

L'atelier Straight Talk m'a enseigné comment me servir d'un préservatif correctement.

Enseignant, St. Joseph Layibi College, Gulu

Les méthodes employées lors des ateliers comprennent des démonstrations, discussions de thèmes, brainstormings, activités de groupe et jeux de rôles. Des travailleurs de santé des cliniques avoisinantes assistent aux ateliers comme facilitateurs. Ils sensibilisent les gens aux services de SSR qui sont disponibles dans les cliniques, pour que l'on puisse leur envoyer les jeunes.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

Il n'y a pas eu d'évaluation avant l'initiation du programme. Le projet STF a commencé comme élément d'une initiative du programme SYFA, qui était financé par l'UNICEF. Le programme SYFA avait fait remarquer que :

Le taux d'infection par le VIH chez les jeunes était élevé (les jeunes constituent 40 % de la population). Le taux était de 30 % chez les adolescentes aux cliniques prénatales de

Kampala en 1991. De plus, le rapport filles-garçons était de 6 pour 1 ; les filles étaient particulièrement à risque.

On peut aider les jeunes, et les informations et connaissances peuvent provoquer un changement et avoir un effet sur les jeunes. Les jeunes peuvent aussi avoir un effet sur le reste de la société.

La société n'était pas prête à donner des informations sur des problèmes liés à la SSR. Les jeunes faisaient face à un vide de connaissances et d'informations créé par la culture.

Le matériel pédagogique, les programmes et les journaux qui étaient produits à ce moment-là ciblaient les adultes, et les jeunes n'avaient pas de source fiable d'informations.

La STF a été développée pour répondre à cette situation.

Matériel du programme

Matériel du groupe cible

Le matériel pédagogique destiné aux groupes cibles comprend les bulletins *Straight Talk* et *Young Talk*, qui sont publiés mensuellement. En plus des informations sur la SSR des adolescents, les bulletins contiennent des informations sur l'agriculture, l'environnement et la santé, ce qui complète leurs études scolaires. Pour motiver les adolescents à écouter l'émission de radio, lire le bulletin et écrire aux bulletins, la STF offre des cadeaux tels que des cartables, des tee-shirts, des règles et des radios.

Matériel de formation du personnel

La STF a développé des directives pour l'organisation et l'opération des Straight Talk School Clubs. On a aussi développé des dépliants, brochures et rapports de projet qui tiennent le personnel au courant du travail et des objectifs de la STF. Il est possible de commander ces matériels. (Voir partie D, « Matériel pédagogique ».)

Au départ, j'avais une mauvaise attitude envers Straight Talk. Je pensais que cela menait à l'avilissement de la moralité des enfants. Mais je vois maintenant que c'est nécessaire.
Enseignant, Uphill Senior Secondary, Hoima

Choix et formation du personnel

Le personnel doit s'intéresser aux problèmes de la santé sexuelle et reproductive des adolescents, et il faut avoir de l'expérience relative à ce sujet. Tout le personnel doit être bien disposé et enthousiaste, et il faut croire fermement aux buts et objectifs de la STF. Le personnel qui travaille dans les bureaux n'a pas de formation spécifique ; mais l'équipe d'« outreach » reçoit une formation portant sur le counselling, les stratégies de communication de la SSR et la conception des messages. Cela se fait par des ateliers de formation qui sont organisés par d'autres partenaires collaboratifs. Le personnel reçoit également du soutien pour suivre des cours qui sont liés aux objectifs de la STF.

Mise en œuvre du programme

Comment créer un bulletin *Straight Talk*

Une fois par an, les éditeurs se réunissent pour choisir les 12 thèmes qui seront couverts dans le bulletin au cours de l'année. Le choix des thèmes est guidé par les lettres, questions et réponses reçues des lecteurs et lectrices au cours de l'année qui vient de s'écouler. Les thèmes sont choisis en consultation avec le personnel des différents programmes (visites scolaires, ateliers de sensibilisation, émission de radio).

Pour chaque bulletin, toutes les lettres sur le thème du mois (par exemple, les préservatifs) sont triées. Les lettres sont ensuite analysées et classées. Par exemple, les lettres portant sur les préservatifs peuvent être classées selon les mythes, les connaissances sur les préservatifs, les attitudes et la sécurité. Cela permet à l'équipe de rédaction de structurer le bulletin. Des experts écrivent des articles sur des sujets particuliers (par exemple, les MST, le VIH/SIDA, la menstruation, les éjaculations nocturnes, etc.) et ils répondent aux questions qui sont posées dans le bulletin.

Une fois que le contenu a été établi, l'ébauche est transmise aux maquettistes pour composer la présentation. Le directeur de communication la vérifie ensuite pour passer au contrôle de qualité et à la dernière correction.

La version finale est transmise à *New Vision* pour publication. L'encart est ensuite distribué par *New Vision*. Ceux qui sont destinés à la poste sont envoyés au bureau de poste. Ceux qui seront livrés par le personnel de la STF sont envoyés aux bureaux de la STF.

Vos messages clés ont eu un effet énorme sur la performance académique et le comportement de nos élèves. Ils ont appris des compétences relatives à la santé et, en particulier, au VIH/SIDA. Ils sont maintenant des modèles de la modification du comportement dans la communauté.

Directeur adjoint et directeur du programme des sciences, Buwabwala Primary School, Mbale

Comment créer une émission de radio « *Straight Talk* »

Le personnel de l'émission de radio se sert des informations recueillies lors des interviews sur le terrain pour choisir les thèmes qui seront abordés pendant l'année. Les sujets sont mis au point après des consultations avec l'équipe de rédaction du bulletin parce que l'émission de radio renforce les interventions de la version imprimée de *Straight Talk*.

Des visites sur le terrain sont faites à diverses régions de l'Ouganda pour conduire des discussions de groupe afin de découvrir les sujets que les adolescents aimeraient discuter, et pour trouver où sont les lacunes d'informations. Les adolescents sont interrogés et leurs voix sont enregistrées pour l'émission. Il faut huit jours pour recueillir assez d'informations et matériel pour produire entre quatre et six émissions.

L'équipe de radio écoute le matériel qui a été enregistré sur le terrain pour identifier les extraits qui seront diffusés. L'équipe se met d'accord sur le contenu de l'émission et on rédige le script selon les commentaires qui ont été enregistrés. De plus, l'équipe choisit les experts qui répondront aux questions qui ont été soulevées par les adolescents. Cela prend à peu près deux jours.

On enregistre le présentateur, qui lit le script. Le producteur réunit la voix du présentateur et les interviews qui ont été tenus avec les invités (adolescents et autres experts), et il rajoute la musique et le bruitage. L'émission est ensuite copiée d'un minidisc vers une bande magnétique, pour être distribuée aux stations de radio.

Comment créer un Straight Talk School Club

Les Straight Talk School Clubs sont créés par des élèves ou des enseignant(e)s

Un(e) élève ou un groupe :

- cherche des pairs intéressés dans leur école ;
- convoque une réunion de 20 à 30 personnes et crée un corps exécutif de quatre membres : président(e), vice-président(e), secrétaire et trésorier(ère) ;
- demande à un enseignant ou membre aimable de la communauté d'être le parrain/la marraine du club ; et
- écrit une lettre à la STF pour demander que le club soit reconnu.

Un(e) enseignant(e)

- convoque une assemblée de tous les élèves pour expliquer les objectifs du Straight Talk School Club et son importance pour les jeunes de l'école ;
- demande des bénévoles et leur explique la nature d'un Straight Talk School Club, ses fonctions et sa structure ;
- fait circuler une feuille de papier pour demander à ceux et celles qui s'intéressent à la création d'un club d'y mettre leurs noms ;
- propose au groupe d'élire les leaders du club—président(e), vice-président(e), secrétaire et trésorier(ère)—tout en surveillant le rapport filles-garçons. (Pour assurer la continuité, les leaders ne peuvent pas être à la fin de leurs études ; c'est-à-dire, ceux et celles qui passeront les examens nationaux et qui quitteront bientôt l'école.) ;
- fixe la date et le lieu de la prochaine réunion ; et
- écrit à la STF pour demander que le club soit reconnu.

Nous avons beaucoup appris. Nous avons appris beaucoup de choses sur nos corps. Après votre départ, nous avons décidé de créer un Straight Talk Club.
Maureen Nayebare, élève, St. Mary's College, Rushoroza, Kabale

Quand le corps exécutif—président(e), vice-président(e), trésorier(ère), secrétaire—est élu, les membres du corps sont sous les ordres de l'administration de l'école et des membres du club. Leur tâche est de gérer le club, organiser et surveiller les réunions et activités, et s'occuper des finances du club. Le comité exécutif se réunit une fois par semaine et il remplit un mandat d'un an. Les décisions sont prises par vote majoritaire. Ils sont également responsables du choix de membres pour enregistrer toutes les

activités du club et pour visiter les écoles primaires avoisinantes afin d'aider les enfants à lire et comprendre le bulletin *Young Talk*.

Un enseignant-parrain ou une enseignante-marraine choisi(e) par le groupe d'élèves est approuvé(e) par l'administration scolaire. Cet individu n'a aucun droit d'imposer sa religion, opinion politique ou autre intérêt au club. Le comité exécutif peut se dissocier du parrain/de la marraine, s'il y a lieu.

Ressources du programme

Les informations n'étaient pas disponibles sur les ressources du programme.

Plaidoyer

Des liens sont créés avec les responsables d'éducation du district, les tuteurs du centre de coordination, les membres de l'association parents-enseignants (PTA), les conseils locaux et d'autres leaders d'opinion. Ils sont mis au courant des activités de la STF et on les encourage à en parler aux autres personnes.

Les ateliers de sensibilisation des enseignants et parents sont conduits sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et sur les droits et responsabilités des enfants.

Rapport financier

La STF est financé par plusieurs partenaires de développement, y compris la DANIDA, le DFID, la DSW, le EDF, l'Union européenne, la SIDA (Swedish International Development Authority), la Ford Foundation, PSI/CMS, le SCF et l'UNICEF. La fondation a reçu 784 917 \$US en 2002.

Veuillez voir l'annexe 4 de ce chapitre pour de plus amples détails sur les finances du programme.

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Parler aux jeunes de leur sexualité

La société croit en général qu'il n'est pas convenable, du point de vue culturel et moral, de parler ouvertement aux jeunes des sujets relatifs à la sexualité. On accuse parfois la STF de « promouvoir l'immoralité » chez les jeunes, et la fondation a du mal à établir ses programmes dans certaines écoles. Pour surmonter ce défi, la STF essaie d'expliquer ses objectifs et souligne que l'éducation en SSR des adolescents n'est pas la cause de l'activité sexuelle des adolescents. De plus, la STF décrit la situation courante des adolescents et elle essaie de convaincre les membres de la communauté qu'il est important de comprendre les adolescents et leurs besoins. Par conséquent, la STF a amélioré sa réputation et ses services sont recherchés.

Je suis père de deux enfants et je suis aussi professeur. J'aime bien Straight Talk parce qu'il aborde un problème que nous les parents ne pouvons pas résoudre avec beaucoup de confiance.

John Nayaga Mukasa, Senior Lecturer, Uganda Polytechnic, Kyambogo

Demande croissante des programmes Straight Talk

Les autorités du district, les administrateurs scolaires et les jeunes demandent de plus en plus de programmes Straight Talk. Il s'agit d'un grand défi, vu la capacité et ressources disponibles à la STF.

Importante participation aux ateliers de sensibilisation

Cela oblige la STF d'augmenter le nombre de facilitateurs, ce qui affaiblit le cadre de dépenses de l'organisation.

Disparité hommes/femmes chez les auditeurs de l'émission de radio

Quatre-vingts pour cent des auditeurs de l'émission de radio « Straight Talk » sont masculins. La raison pour cette disparité n'a pas encore été établie. Cela inquiète beaucoup la STF. Une enquête est planifiée pour découvrir les raisons derrière ce problème.

Évaluation

La STF est dotée d'une section de suivi et évaluation qui est responsable de la conception et conduite des études sur la SSR des adolescents. Un plan de suivi et évaluation est en cours de développement pour 2002-2004.

Une évaluation du bulletin *Straight Talk* a révélé que le nombre de lecteurs est en croissance. En 1999, 2 344 lettres au total ont été reçues, par rapport à 1 320 en 1998. Approximativement 92 % des élèves d'école secondaire lisent *Straight Talk*. Vingt-cinq pour cent des lecteurs considèrent l'influence la plus importante de *Straight Talk* d'être l'abstinence ; pour 20 % d'entre eux, elle est d'apprendre – et de considérer – l'utilisation du préservatif. Entre 20 et 52 % des adolescents qui sont sexuellement actifs utilisent des préservatifs. *Straight Talk* a permis aux élèves d'assimiler des informations sur les problèmes de la SSR que les enseignants ne sont pas capables de transmettre.

La recherche conduite sur *Young Talk* a révélé que le lectorat de ce bulletin est en croissance. En 1999, 5 111 lettres ont été reçues des lecteurs, par rapport à 3 045 en 1998. Approximativement 80 % des écoliers/écolières lisent *Young Talk*. À peu près 17 % des lecteurs/lectrices de *Young Talk* étaient sexuellement actifs en 1999 (18 % masc./16 % fém.). En 1998, 27 % des lecteurs et lectrices étaient sexuellement actifs. L'activité sexuelle est plus importante chez les jeunes qui fréquentent les écoles moins favorisées, ce qui révèle la plus grande vulnérabilité des enfants qui sont moins exposés à la communication, aux informations et au soutien appropriés en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive.

La recherche révèle que 42 % des élèves d'école secondaire écoutent régulièrement l'émission de radio « Straight Talk ». La majorité des auditeurs sont masculins (80 %), si les lettres qui sont reçues à propos de l'émission en donnent un indice. La STF planifie une enquête pour déterminer pourquoi moins de filles que de garçons écoutent l'émission. La plus grande influence de l'émission sur les auditeurs adolescents a été l'éducation sur l'abstinence et les pratiques sexuelles à moindre risque (utilisation du préservatif et négociation).

La recherche conduite par la STF a montré que les enseignants et les élèves ont démontré de meilleures connaissances, attitudes et croyances sur les problèmes de SSR, après un atelier organisé lors d'une visite scolaire. Les enseignants et les élèves déclarent tous qu'ils lisent les bulletins *Straight Talk* plus souvent qu'avant, et qu'ils peuvent mieux s'en servir pour les discussions. Beaucoup d'étudiants se sentent encouragés à créer leurs propres Straight Talk Clubs.

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	Les jeunes participent à effectivement tous les aspects de ce programme. Fondamentalement, ils sont perçus comme étant capables d'offrir des conseils et de l'aide aux autres jeunes. Ils sont encouragés à aider les enfants plus jeunes à lire et comprendre <i>Youth Talk</i> .
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	✓	Le programme est centré sur les risques sexuels suivants, qui sont les plus communs chez les jeunes : le VIH/SIDA, les MST, la grossesse, l'abus sexuel, le viol, les brimades et taquineries, et le mariage précoce ou forcé. Le programme aborde aussi l'alcool et l'abus des drogues, ainsi que la maîtrise des sensations sexuelles.
3	Intègre non seulement	✓	Le programme encourage les habiletés

	les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.		fondamentales des jeunes. Il fournit des informations sur le VIH/SIDA, les meilleures méthodes de contraception, les choses qui ne protègent pas, et ce qui met un individu en danger. Il instruit les jeunes sur des idées fausses et les réalités de la vie. Quelques compétences qui sont enseignées sont : comment se comporter avec des inconnus, l'hygiène, comment parler directement mais respectueusement, se protéger contre une grossesse non désirée ou contre le VIH/SIDA, les droits des enfants, parmi d'autres. La STF croit que les adolescents ont le droit aux informations sur la SSR et sur les méthodes d'avoir des rapports sexuels à moindre risque, y compris l'utilisation du préservatif.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	La STF vise à garder les jeunes hors de danger et elle promeut les habiletés fondamentales, l'éducation et les valeurs, pour que les jeunes puissent devenir des adultes compétents. Cela encourage la modification positive du comportement chez les jeunes. La STF met l'accent sur l'abstinence, la fidélité dans les relations personnelles et l'utilisation du préservatif. La STF encourage le respect des parents et elle encourage les jeunes à suivre leur religion, à trouver une direction dans la vie et à retarder les rapports sexuels aussi longtemps que possible.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	✓	La STF répond aux besoins d'informations des jeunes. Les bulletins et émissions de radio répondent aux questions, commentaires et demandes soulevés par les jeunes auditeurs/auditrices et lecteurs/lectrices. L'émission engage beaucoup d'adolescents comme stagiaires. De plus, les activités qui sont menées pendant les visites scolaires sont conçues selon ce que les jeunes veulent savoir.
6	Conduit une formation	✓	Les visites scolaires sont organisées

	continue aux professeurs et aux autres fournisseurs de service.		pour motiver les enseignants à contribuer de manière efficace à la fourniture des services de SSR aux adolescents. Les visites sensibilisent les gens aux besoins d'informations et aux services liés à la SSR des adolescents. Elles améliorent aussi les compétences des enseignants en communication relative aux problèmes de SSR. De plus, la STF a entrepris la création du bulletin <i>Teacher Talk</i> , qui tiendra les enseignants au courant des problèmes relatifs à la SSR des adolescents.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	La STF utilise de différentes approches pour fournir les informations : journaux, radio, clubs scolaires, visites scolaires. Des informations et la direction sont données de plusieurs façons : lettres, histoires, photos, jeux de rôles, etc.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	Les bulletins <i>Straight Talk</i> et <i>Young Talk</i> sont distribués au grand public par le <i>New Vision</i> . L'objectif est d'aider le public à comprendre les besoins d'informations des adolescents et enfants. De plus, les ateliers de sensibilisation atteignent et les enseignants et les parents.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	✓	Le programme de la Straight Talk Foundation est en place depuis neuf ans ; il répond aux problèmes des adolescents relatifs à la santé sexuelle et reproductive. Il aborde les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent et il fournit des informations qui reflètent les nouvelles interventions et découvertes, par exemple, sur de nouveaux problèmes liés à la transmission du VIH (MTCT) entre mère et enfant et sur le VCT (conseil et dépistage volontaire). Il y a une continuité des messages, une fois par semaine à la radio et une fois par mois dans les deux bulletins.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	Non applicable	
11	Dure pendant suffisamment de temps	✓	Le programme STF est en place depuis neuf ans et il continue à opérer. Cela fait

	pour atteindre les objectifs du programme.		assez longtemps pour atteindre ses objectifs. Le programme a beaucoup contribué à la diminution du taux de VIH chez les jeunes de 15 à 19 ans, même s'il est impossible d'attribuer ce succès exclusivement à la STF.
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	Non applicable	
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	Les messages du programme sont corrects et cohérents. Des personnes-ressources qui sont des experts qualifiés dans les domaines pertinents vérifient les articles des bulletins <i>Straight Talk</i> et <i>Young Talk</i> .
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	Le programme a du soutien politique, surtout de la part du Ministère de l'éducation. La citation suivante, de M. Apollo Nsibambi, Ministre de l'éducation et des sports (1998), témoigne de ce soutien : « Nous sommes reconnaissants des objectifs de <i>Straight Talk</i> et <i>Young Talk</i> ... une meilleure santé chez les adolescents et l'encouragement de l'éducation primaire universelle, l'alphabétisation et la persévérance dans les études ».
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	✓	Le programme dépeint la sexualité humaine comme une partie du développement humain, que les individus doivent vivre. Il souligne que les rapports sexuels : ne sont pas nécessaires au développement du corps et ils ne devraient pas être utilisés pour gagner de l'argent ni pour l'acquisition des biens matériels. Les garçons et les filles peuvent être amis. Le programme ne pratique aucune discrimination relative au sexe, à la race ou au groupe ethnique.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	Le programme a mis en place un système de suivi et d'évaluation qui est centré sur l'analyse des individus qui ont accès aux bulletins et sur les questions qui sont posées par les jeunes. Des enquêtes ont aussi été conduites

			pour déterminer le comportement en ce qui concerne la SSR des jeunes et l'impact du programme de visites scolaires.
--	--	--	---

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et coordonnées

La Straight Talk Foundation est une ONG qui encourage la communication afin d'améliorer la santé et garder les adolescents hors de danger. Selon leur déclaration de mission, les adolescents doivent être « safe », c'est-à-dire sans infections et grossesses non désirées, avec les compétences, l'éducation et les valeurs nécessaires pour devenir des adultes compétents. Pour de plus amples détails, veuillez contacter :

The Straight Talk Foundation

44 Bukoto St., Kamwokya

P.O. Box 22366

Kampala, Uganda

Tél. : 256-41-543884

Télécopie : 256-41-534858

Courrier électronique : strtalk@swiftuganda.com

ou

strtalk@imul.com

ou

strtalk@straight-talk.or.ug

Sites Internet :

[http : www.swiftuganda.com/~strtalk](http://www.swiftuganda.com/~strtalk)

[http :www.straight-talk.or.ug](http://www.straight-talk.or.ug)

Directeur de communications : C. Watson

Directrice du programme : Anne A. Fiedler

Rédacteurs : T. Agutu, Betty Kagoro

Coordonnateur du projet : Jerolam Omach

Maquettistes : M.B. Kalanzi, D. Lutwama

Photos : H. Mutebi

Maison d'édition : *New Vision*

Collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été préparé par David Kaweesa Kisitu, health economist/monitoring and evaluation specialist, Uganda HIV/AIDS Control Project (courrier électronique : uacp@infocom.co.ug)

Il a été dirigé par Nicola Brennan, development attaché, Ireland Aid, Embassy of Ireland—Kampala, P.O. Box 7791, Kampala, Uganda ; courrier électronique : irishaid@starcom.co.ug.

Version anglaise éditée par Katie Tripp et Helen Baños Smith.

Les individus suivants ont contribué au rapport :

C. Watson – Directeur de communications

Anne A. Fiedler – Directrice du programme

Betty Kagoro – Rédactrice

Christine Obbo – Administratrice

Moses Owor – Responsable de suivi et évaluations

Victoria Nalugwa – Coordinatrice de l'émission de radio

Jerolam Omach – Coordonnateur du projet

Juliet Waiswa – Directrice commerciale

Matériel pédagogique

Bulletin *Straight Talk*, Vol. 9, No. 7, juillet 2001

(Numéro de commande : STF01)

Bulletin *Straight Talk*, Vol. 10 No. 3, mars 2002

(Numéro de commande : STF02)

Bulletin *Straight Talk*, Vol. 10, No. 4, avril 2002

(Numéro de commande : STF03)

Bulletin *Straight Talk*, Vol. 10, No. 5, mai 2002

(Numéro de commande : STF04)

Bulletin *Straight Talk*, Vol. 10, No. 7, juillet 2002

(Numéro de commande : STF05)

Bulletin *Straight Talk*, Vol. 10, No. 8, août 2002

(Numéro de commande : STF06)

Bulletin *Young Talk*, Vol. 5, No. 4, avril 2002

(Numéro de commande : STF07)

« Straight Talk Foundation : Audited Financial Statements for the Year Ended 30th June 2001 » (Rapport financier vérifié)
(Numéro de commande : STF08)

« *Young Talk*, Primary Teacher Sensitisation Workshops : Six Months Report, October 2001-March 2002 » (Rapport semestriel, ateliers de sensibilisation pour enseignants d'école primaire)
(Numéro de commande : STF09)

« Straight Talk Foundation, the School Visits Program Evaluation, August-November 2001 » (évaluation du programme de visites scolaires)
(Numéro de commande : STF10)

« Straight Talk Foundation, Guidelines for the Formation and Running of Straight Talk Clubs » (directives pour la création et opération des Straight Talk Clubs)
(Numéro de commande : STF11)

« Straight Talk Foundation, Guidelines on the School Visits Program » (directives pour le programme de visites scolaires)
(Numéro de commande : STF12)

Annexe 2 : Statistiques sur le personnel
(Numéro de commande : STF13)

Annexe 3 : Évaluation des besoins
(Numéro de commande : STF14)

Annexe 4 : Finances du programme
(Numéro de commande : STF15)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL

Rôle du personnel principal du programme

Directeur de communications

Le directeur de communications—chef de la composante médiatique—dirige la conception des interventions médiatiques, assure le contrôle de qualité et surveille le personnel qui travaille sur les activités médiatiques.

Directrice du programme

La directrice du programme est responsable de la politique, la planification, la direction et la gestion du programme, et elle surveille la directrice commerciale, les coordonnateurs du programme et le responsable de suivi et d'évaluation.

Coordonnateurs du projet

Il y a trois coordonnateurs du projet, un pour chacune des composantes suivantes :

- programme de visites aux écoles secondaires ;
- programme de visites aux écoles primaires ; et
- programme de sensibilisation des enseignants.

Les coordonnateurs du programme sont responsables de la planification et exécution des activités de leurs composantes qui sont menées sur le terrain. Ils choisissent les membres de l'équipe qui s'occupent des problèmes techniques et spécialisés relatifs aux jeunes.

Directrice commerciale

La directrice commerciale dirige les finances et l'administration ; elle est responsable de la gestion financière, la mobilisation des ressources, la gestion des ressources humaines, l'acquisition et les problèmes administratifs. La directrice commerciale est aidée par l'assistant administratif et les assistants des comptes. Elle est également aidée par deux chauffeurs et deux nettoyeurs. La directrice commerciale est sous les ordres de la directrice du programme.

Responsable de suivi et d'évaluation

Le responsable de suivi et d'évaluation conduit le suivi et l'évaluation des activités du programme STF et il fournit du feed-back à l'organisation.

Rédactrices

Il y a deux rédactrices qui sont responsables de la création des bulletins et de la coordination du travail soumis par les rédacteurs qui traitent des sujets particuliers. Elles décident du contenu des bulletins et choisissent les conseillers et le personnel pertinent pour répondre aux questions qui sont publiées dans les bulletins. Les rédactrices répondent aussi aux questions qui ne sont pas publiées dans les bulletins. Des rédacteurs et photographes les aident. Les rédactrices sont sous les ordres du directeur de communications.

Maquettiste en chef

Le maquettiste en chef est responsable de la conception du matériel pédagogique qui est publié. Cela comprend les bulletins, les brochures et les dépliants. Le maquettiste adjoint aide le maquettiste en chef.

Responsable de la technologie de l'information

Le responsable de la technologie de l'information s'occupe de la direction et la gestion du réseau informatique et aide le maquettiste en chef à créer les bulletins et à composer leur présentation.

Coordonnatrice de radio

La coordonnatrice de radio est responsable de la production générale de l'émission de radio et elle coordonne les trois sous-programmes (anglais, luo et Runyankore-Rukiga/Runyoro-Rutooro). La coordonnatrice de radio assure le contrôle de qualité des émissions de radio.

Producteurs de radio

Il y a six producteurs de radio, deux pour chaque langue. Les producteurs cherchent le matériel pédagogique, rédigent les scripts et créent l'émission.

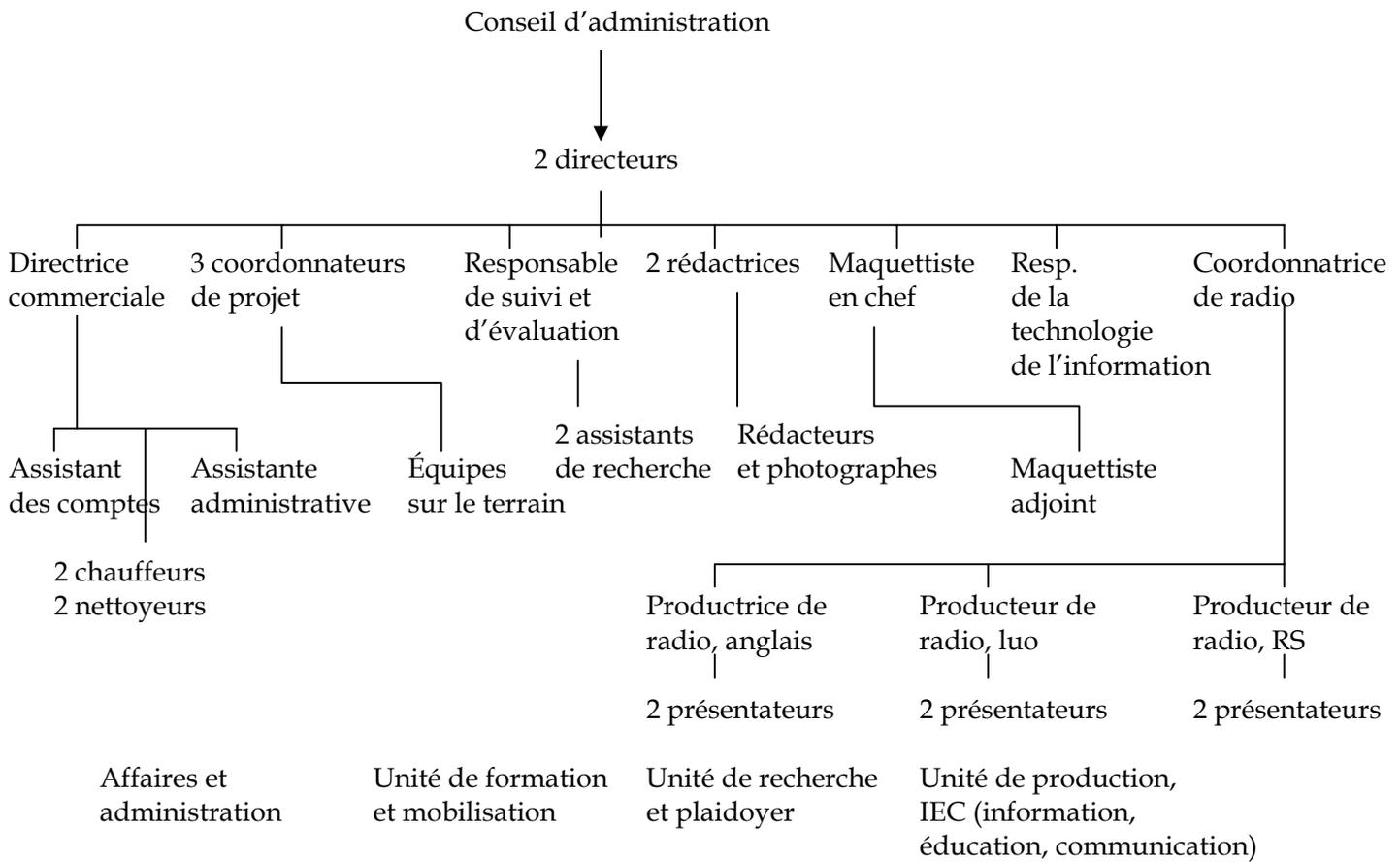


Figure A.1. Résumé des rôles du personnel

ANNEXE 2. STATISTIQUES SUR LE PERSONNEL

Personnel	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein, payé	2	Directrices commerciales	F
	1	Directrice du programme	F
	3	Coordonnateurs du programme	2H, 1F
	1	Responsable de suivi et d'évaluation	H
	2	Rédactrices	F
	1	Maquettiste en chef	H
	1	Responsable de la technologie de l'information	H
	1	Coordonnatrice de radio	F
	3	Producteurs de radio	1F, 2H
	3	Présentateurs de radio	2F, 1H
	1	Assistante administrative	F
	1	Assistant des comptes	H
	2	Assistants de recherche	F
	1	Maquettiste adjoint	H
	2	Chauffeurs	H
	2	Nettoyeurs	1F,1H
Temps partiel, payé		Équipes sur le terrain	
	1	Rédacteurs	
	3	Photographe Présentateurs de radio	H 2F, 1H
Bénévoles, autre que les éducateurs pairs (avec allocations et indemnités)	7	Bénévoles (répartition du temps non spécifiée)	

ANNEXE 3. ÉVALUATION DES BESOINS

Variable	<i>Young Talk</i>	<i>Straight Talk</i>
Lecture des journaux par les groupes cibles durant les 12 derniers mois	81,7%	93,3%
A vu <i>Young Talk</i>	95,0%	NA
A lu <i>Young Talk</i>	92,0%	NA
Pourcentage qui a lu en moyenne 5 (ST) ou 4 (YT) numéros	50,0%	62,5%
Pourcentage qui a lu plus de 5 (ST) ou 4 (YT) numéros	53,4%	51,3%
Ont déclaré avoir lu tous les 8 numéros	NA	20,7%

Étude statistique du lectorat, 2001

NA-non applicable.

Source : STF, rapport d'évaluation, 2000.

	Masc.	Fém.	Tout
Sondés	644	816	1 460
Tranche d'âge	10 à 16 ans	10 à 17 ans	10 à 17 ans
A déjà eu des rapports sexuels	44,6%	16,5%	30,0%
Âge lors des premiers rapports sexuels (réponse la plus fréquente)	13 ans	13 ans	13 ans

Pratiques sexuelles des jeunes dans les écoles ougandaises

	Masc.	Fém.	Tout
Sondé(e)s	719 (43,4%)	936 (56,6%)	1 655
Tranche d'âge	15 à 24 ans	15 à 24 ans	15 à 24 ans
A déjà eu des rapports sexuels	54,0%	38,4%	45,2%
Âge lors des premiers rapports sexuels	15,4	15,5	15,5
A eu des rapports sexuels en 2001	69,0%	76,7%	72,8%
A eu des rapports sexuels avec plus d'une personne	40,9%	53,0%	30,4%
A utilisé un préservatif lors des premiers rapports sexuels	50,0%	70,5%	60,1%
Utilisation régulière du			

préservatif cette année	76,0%	80,2%	78,2%
-------------------------	-------	-------	-------

Santé sexuelle et reproductive des adolescents dans des districts choisis

ANNEXE 4. FINANCES DU PROGRAMME

Dépense	Coût (\$US)	Sources
Production et distribution de <i>Straight Talk</i>	43 750 77 333	DANIDA DFID
Production et distribution de <i>Young Talk</i>	39 550 62 867 89 336	DANIDA DFID EU
Production du bulletin en langue locale	48 325	SIDA
Sensibilisation des enseignants d'école primaire	10 915 9 999	DANIDA SIDA
Mobilisation des enseignants d'école primaire	16 590	EU
Matériels de bureau (ordinateurs, caméra, imprimantes, projecteur, scanner)	3 889 15 000	DANIDA DFID
Émission de radio en anglais	37 883	DFID
Émission de radio en langue locale	16 485	SIDA
Recherche, suivi et évaluation	18 889 1 167 3 336	DFID SIDA EU
Développement de capacité (formation du personnel, stages)	6 667	DFID
Personnel	119 333 14 000 57 188	DFID SIDA EU
Frais de l'opération du projet	47 000	DFID
Communications	2 100	SIDA
Opérations	6 300	SIDA
Frais d'opération	41 219	EU
Réunions d'ONG	5 845	SIDA
Total	784 916	

Ressources financières de Straight Talk, 2002

N.B. : Taux d'échange de septembre 2002, 1 \$US = 1.800 *shilling ougandais*

Revenus	\$US
Subventions	777 508
Revenus divers	6 541
Intérêts	85

Total	784 134
Dépenses	
Production et distribution du bulletin	
<i>Straight Talk</i>	74 934
<i>Young Talk</i>	129 976
Bulletin en langue locale	
<i>Health Matters</i>	8 438
Visites régionales	17 159
Production de radio	47 753
Visites scolaires	28 755
Travail de mobilisation et développement	
<i>Straight Talk</i>	21 914
<i>Young Talk</i>	38 769
Bulletin en langue locale	15 057
Suivi et évaluation	4 573
Frais administratifs	79 659
Salaires	102 139
Activités spéciales	33 191
Dépréciation	25 429
Frais de vérification	2 333
Dépenses totales	630 080
Boni pour l'année	154 053

Revenus et dépenses de Straight Talk : Comptes vérifiés, 2001



Résumé du programme

Le Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP) : Une expérience sur la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire

Le Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP) est un organisme pluridisciplinaire et non gouvernemental à but non lucratif, créé en mai 1989. La stratégie adoptée à cet effet reposait initialement sur deux leviers baptisés respectivement « Didactique de la population » et « Clubs EVF » mis en place pour porter les problèmes de population notamment la Santé de la reproduction des adolescents et adolescentes (SRA), la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), et la compréhension du VIH/SIDA précisément en classe, (au cœur de l'activité pédagogique), et les prolonger dans le cadre des activités socio-éducatives et extrascolaires.

En novembre 1994, le GEEP a initié un programme dénommé « Promotion de l'Éducation à la Vie Familiale » dans les établissements d'enseignement moyen et secondaire du Sénégal qui cible principalement les élèves de 12 à 19 ans et les professeurs. Tout en fournissant la documentation et l'équipement (technologie audiovisuelle et informatique), le programme vise à encourager le comportement sexuel responsable à travers des activités de formation, d'éducation par les pairs et de mobilisation sociale.

Par la suite, pour répondre à une demande d'information non satisfaite par les activités de sensibilisation de masse, des Centres d'Information et d'Orientation des jeunes (COIN-Jeunes – des espèces de bureaux-conseils sur les questions relatives à la Santé de la reproduction, aux IST et au VIH-SIDA) ont été créés dans certains établissements et à l'Université Cheikh Anta DIOP.

Dans cette entreprise, le GEEP a bénéficié de l'appui institutionnel, technique, et financier de partenaires permanents ou occasionnels constitués par des institutions gouvernementales (Ministère de l'Éducation, de la Santé, et de la Prévention, de l'Économie et des Finances) ; des Agences Gouvernementales étrangères (USAID, CRDI) ; des Agences des Nations-Unies (FNUAP, UNESCO, UNIFEM) ; et des Organisations Non Gouvernementales (Population Council, Rainbo, Club 2/3 Canada, Schools online).

Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 12 en entier et 3 en partie ; l'un des indicateurs n'était pas applicable.

Le Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP) : Une expérience sur la prévention du VIH/SIDA en milieu scolaire

PARTIE A : DESCRIPTION DU PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

Au Sénégal, comme dans la plupart des sociétés Africaines, la sexualité a pendant longtemps été perçue comme un sujet tabou, pour des raisons d'ordre religieux et social ; elle n'était donc abordée ni en famille, ni à l'école car les adultes (parents ou enseignants) n'étaient nullement préparés à parler avec les jeunes des questions relatives à la Santé de Reproduction des adolescents et adolescentes.

1994	<ul style="list-style-type: none"> • Financement demandé par le Ministère de l'Éducation pour le programme GEEP ; reçu de la part de l'UNFPA • Séminaire national tenu avec 45 enseignants en chef et les agents du Ministère de l'Éducation représentant l'enseignement moyen et secondaire • Dix séminaires régionaux tenus pour sensibiliser les associations parents-enseignants sur le comportement sexuel des adolescents scolarisés • Trente clubs EVF établis • Les PRT et les LEA sont choisis • Formation en gestion régionale sur la mise en œuvre et la direction des clubs et sur les façons de rendre l'éducation sur la SRA accessible aux jeunes • Équipement audio-visuel mis en place pour la première fois
1995	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des besoins conduite pour analyser les connaissances et le comportement des jeunes • Premier camp de vacances EVF national • Agrandissement du réseau : 47 clubs
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Premier festival national des clubs EVF • Agrandissement du réseau : 73 clubs
1997	<ul style="list-style-type: none"> • Seize des meilleurs éducateurs pairs assistent à un colloque international : « Youth Against AIDS » (Jeunes contre le SIDA) • Agrandissement du réseau : 110 clubs
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Deuxième camp de vacances EVF national • Formation et atelier de stratégie/planification pour les clubs <i>Centre d'Orientation et d'Information des Jeunes (COIN-Jeunes)</i> • Séminaire interscolaire tenu pour discuter de l'autonomisation des femmes (notamment concernant les prises de décisions) • Deuxième festival national des clubs EVF • Agrandissement du réseau : 120 clubs
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Douze espaces « Cyber-youth » ouverts sur Internet • Troisième camp de vacances EVF national • Agrandissement du réseau : 150 clubs
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Développement du curriculum SRA • Troisième festival national des clubs EVF • Agrandissement du réseau : 170 clubs
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Quatrième camp de vacances tenu au Kenya sous la direction du GEEP et de l'UNFPA. Participation internationale portant sur le thème de la jeunesse, la sexualité et le VIH/SIDA. • Agrandissement du réseau : 180 clubs
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Le GEEP devient membre du National Council for the Fight Against AIDS (Conseil National de Lutte contre le SIDA). • Mise en place d'un comité de conseil comprenant l'équipe de coordination du GEEP ainsi que des représentants de l'UNFPA et des Ministères de l'Éducation et des Finances

	• Agrandissement du réseau : 195 clubs
--	--

Figure 1 : Tableau chronologique des événements importants du programme

Les jeunes apparaissent ainsi comme les principales victimes de ce déficit d'informations sur leur sexualité ; or une bonne partie (selon une étude réalisée par le Centre de Recherche pour le Développement International en 1990) est sexuellement active avec les risques que cela comporte en terme de grossesses précoces et non désirées, d'infections au VIH/SIDA et aux Maladies Sexuellement Transmissibles (MST). C'est dans ce contexte que le GEEP a été créé par un groupe formé d'enseignants et de professionnels de la Santé et de la démographie.

Soucieux de combler le déficit d'information des jeunes sur leur sexualité et leur fécondité, le GEEP a entrepris entre 1990 et 1993 avec l'appui du Ministère de la Santé et du Population Council :

- l'organisation de séries de conférences sur la fécondité des adolescents et adolescentes, animées par des professionnels de la Santé dans les foyers socio-éducatifs des lycées du Sénégal.
- La conception de dossiers documentaires sur les questions de population à l'intention des professeurs de géographie, de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT), et d'Economie Familiale et Sociales (EFS).

Cette approche faite d'activités ponctuelles ne pouvait cependant être satisfaisante pour faire face à la demande croissante des adolescents et adolescentes scolarisés en information sur leur sexualité et leur fécondité.

Ainsi, se fondant sur les résultats de l'étude du CRDI sur la fécondité des jeunes (précitée), sur les questions écrites formulées par les élèves lors des conférences, et sur une enquête réalisée en 1994 auprès des lycéens de Saint-Louis, le GEEP a décidé à partir de 1994, de conduire en partenariat avec le Ministère de l'Éducation un programme dénommé « Promotion de l'EVF dans les lycées et collèges du Sénégal » avec le concours financier du FNUAP principal partenaire, secondé par la suite par d'autres bailleurs.

Ce programme vise à répondre en permanence aux interrogations et préoccupations des jeunes scolarisés à travers la mise en place de Clubs EVF (des structures d'animation et de communication, au sein de l'espace scolaire). Le GEEP compte actuellement un réseau de 191 Clubs EVF (implantés dans 65 % des collèges et lycées du Sénégal) dont les 2/3 sont équipés en matériel audio-visuel (téléviseur, vidéo, films), et un club EVF sur 8 est doté de matériel informatique avec accès à l'Internet.

Au niveau central, le GEEP dispose également d'une unité d'animation itinérante constituée d'un véhicule, d'un vidéo-projecteur, d'un écran géant et d'une sonorisation pour les activités de mobilisation sociale en direction de la communauté scolaire et parfois des communautés de base.

Vue d'ensemble du programme

But du programme

A travers ce programme EVF, le GEEP cherche à intégrer, sur la base d'une approche participative, la variable « Population » dans le capital de savoir diffusé à l'école en vue de développer chez les adolescents et adolescentes scolarisés de 12 à 19 ans, des comportements responsables en matière de Santé de la Reproduction et d'en faire des vecteurs de changements de comportements au sein de leurs pairs et de leurs communautés.

Objectifs

Ce programme vise à :

- Mettre en œuvre des stratégies d'information et de responsabilisation des adolescents et adolescentes, en rapport avec les questions de population, singulièrement la santé de la reproduction, les relations entre les deux sexes, les IST, et le VIH/SIDA.
- Rénover l'enseignement de la population par la formation des formateurs, l'actualisation des matériels didactiques et l'intégration des préoccupations de changement de comportement en matière de SRA dans les curricula ;
- Mettre en place au niveau des établissements des structures participatives d'information, en vue de conseiller les adolescents scolarisés sur les questions de SRA (les Clubs EVF) ;
- Renforcer les capacités des animateurs de ces structures et leur encadrement (LEA et PRT) par la formation, la documentation et l'équipement.
- Soutenir les activités de sensibilisation de ces structures en direction de la communauté scolaire et extrascolaire.
- Former les professeurs à l'approche globale et interdisciplinaire de l'enseignement des questions de population ; et
- Faciliter l'intégration des questions sur la SRA dans les programmes de SVT, d'EFS et de Géographie.

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Les membres des clubs EVF : les éducateurs pairs, les PRT, les élèves (âgés de 12 à 19 ans) des collèges et lycées privés et publics du Sénégal, ainsi que les étudiants de l'Université de Dakar et l'Université de Saint-Louis et leurs professeurs.

Groupe cible secondaire

Les adolescent(e)s des établissements d'accueil des clubs EVF et les membres de la communauté qui ont des contacts avec les membres des clubs.

Champ d'action

Le champ d'action du programme est bien entendu le milieu scolaire dans le cadre des activités de classe et des activités périscolaires ; toutefois des prolongements sont effectués hors de l'école pour des activités ponctuelles, singulièrement en milieu rural.

Durée du programme

Initialement prévu pour deux ans (1994-1996), le programme EVF a été reconduit par deux fois (1997- 2001et 2002-2003).

Buts du programme

Le programme vise à aider les enfants d'âge scolaire à adopter des comportements sexuels responsables afin de prévenir les grossesses non désirées, les infections sexuellement transmissibles (IST), la transmission des MST, y compris le VIH, pour les préparer à devenir des adultes responsables.

Conférences
Débats
Exposés
Sketchs et jeux de rôles
Activités sportives sponsorisées
Activités récréatives
Activités théâtrales
Documentaires
Émissions de radio
Sorties
Concours de poèmes et de chansons
Leçons occasionnelles (en classe)
Marches de sensibilisation
Journées portes ouvertes
Dons de sang
Counselling (par les PRT) aux clubs COIN-Jeunes

Figure 2. Activités du programme (sans classement)

Approches

- Accès à l'information sur la SRA
- Sensibilisation aux problèmes de la SRA
- Écoute des besoins des enfants en vue de les envoyer aux services appropriés

Des messages diffusés dans le cadre des activités tiennent souvent compte des différences d'expériences sexuelles au niveau de la cible ; ainsi l'abstinence est vivement recommandée, mais à défaut, c'est l'utilisation du préservatif qui est conseillée.

Activités

Les activités d'apprentissage les plus efficaces sont celles organisées en ateliers parce qu'elles responsabilisent les participant(e)s en les mettant en situation (à travers des jeux de rôles ou des téléfilms). Les formations sont réalisées sous forme d'ateliers qui encouragent les participants à élaborer leurs propres points de vue. Des activités qui favorisent un rapport entre les éducateurs pairs et les PRT sont très importantes. L'approche participative et interactive est de rigueur dans toutes les activités du programme. Les méthodes d'apprentissage les moins efficaces sont les méthodes informatives qui ne favorisent pas l'interactivité.

Composantes

Il existe quatre composantes essentielles :

1. Les clubs EVF
2. Les clubs COIN-Jeunes
3. Les programmes d'enseignement
4. Les activités d'« outreach »

Les Clubs EVF

Les clubs sont menés par 15 LEA sous la supervision de 5 PRT. Le Club EVF est ouvert à tous les élèves qui désirent y adhérer. Les activités ont lieu, en général, une fois par semaine pendant la période de la récréation ou après les cours de l'après-midi ; chaque élève assiste à une activité au moins une ou deux demi-journées par semaine. Par ailleurs, les journées nationales et mondiales portant sur les questions de population (1^{er} décembre, 8 mars, 11 juillet, etc.) sont aussi pour le Club EVF des occasions pour mener des activités intra et extra muros. Le Club EVF est présenté par le GEEP, comme un espace (cadre) d'information de responsabilisation et de sensibilisation des jeunes sur les questions de Population, singulièrement de Santé de la Reproduction (sexualité, grossesse, VIH-SIDA, relations entre les deux sexes) et d'environnement.

Chaque club est placé sous la tutelle de l'autorité scolaire de l'établissement qui l'accueille ; cette autorité est ainsi dépositaire de tout le matériel mis à la disposition du Club ainsi que des fonds reçus ou générés par ses activités.

Des fiches d'activité, d'animation, de suivi et d'utilisation du matériel, ainsi qu'un rapport financier préparé par les responsables du Club (LEA et PRT coordonnateurs) et le chef d'établissement sont transmis régulièrement au Responsable National des Clubs EVF pour lui permettre de suivre périodiquement l'état du matériel, et le fonctionnement du Club-EVF.

L'équipe des PRT a pour mission d'encadrer et d'assister les LEA, dans l'élaboration du calendrier d'activités, dans les manifestations du Club EVF ; elle constitue également un

noyau d'animateurs de conférences autour duquel doit se tisser un réseau local de personnes-ressources (médecins, sociologues, psychologues, assistants sociaux, etc.).

Le programme accompagne et encourage depuis trois ans, une expérience dénommée « Génération EVF » qui tente de regrouper les anciens LEA actuellement à l'université et dans la vie active et professionnelle.

Les Clubs COIN-Jeunes

Ce sont des centres de l'information et de conseils (1 centre à l'Université de Dakar et plusieurs écoles qui accueillent des centres EVF régionaux) pour répondre aux besoins psychologiques et sociaux de certains adolescent(e)s qui bénéficieraient d'un soutien au-delà de celui offert par les clubs EVF. Sur les 11 clubs COIN-Jeunes mis en place, il n'en reste que 3 qui fonctionnent toujours. Les adolescent(e)s peuvent se rendre aux centres pour les conseils confidentiels et personnels et pour le counselling sur leur sexualité ou sur les problèmes à la maison ou à l'école (souvent des problèmes relatifs à l'abus sexuel). À part celui de l'université, les centres COIN-Jeunes sont gérés par les PRT.

Les programmes d'enseignement

Parallèlement au fonctionnement des clubs EVF et COIN-Jeunes, le GEEP a lancé une autre stratégie « didactique de la population » qui vise à intégrer l'enseignement des questions de population à la salle de classe en s'appuyant sur deux innovations de taille « un modèle interdisciplinaire d'enseignement de la population et un curriculum sur la SRA ». Il est souhaité que tout sujet relatif à la SRA sera intégré à tous les aspects de l'éducation.

Les activités d'« outreach »

En somme si chaque club fonctionne de façon autonome, au niveau de son établissement, il arrive aussi qu'au niveau départemental, régional et national les Clubs s'associent pour organiser des activités communes planifiées par le Réseau National des Clubs EVF sous la supervision et la coordination du GEEP. Ces activités, qui ciblent de nombreux élèves, sont présentées ci-après.

Le Podium d'animation communautaire

C'est une activité d'animation en milieu scolaire qui est délocalisée tous les 3 mois dans une localité donnée à l'intention des populations ; elle est organisée par les Clubs EVF de la localité avec le concours de l'unité itinérante d'animation du GEEP. Ce type d'activité qui cible un large public (200 à 300 personnes) porte surtout sur la projection de films sur le SIDA et la planification familiale, un radio-crochet sur les questions de population avec une animation musicale.

Génie en SRA

C'est un jeu de connaissance sous forme de questions-réponses portant sur la SRA, (dont le VIH-SIDA), opposant 2 équipes (de 4 joueurs) représentant chacune un établissement.

Ce jeu est préparé par un large groupe d'élèves (15 à 20 en moyenne) à travers une recherche documentaire, et c'est en son sein que l'on choisit les 4 membres de l'équipe.

Cette compétition est une occasion pour évaluer le niveau de connaissances des participant(e)s sur les questions de SRA (dont le VIH/SIDA) et pour permettre au public de s'informer sur la SRA et le VIH/SIDA.

Pour bien répondre aux questions de l'animateur, les joueurs doivent allier à la fois rapidité et connaissances pour comptabiliser le plus de points à la fin d'un match dont la durée est en moyenne de 10 à 15 minutes.

La compétition se déroule en 2 phases, une phase éliminatoire opposant les équipes des établissements en compétition et une phase finale regroupant les 4 meilleures équipes du tournoi.



Podium d'animation communautaire

Journées EVF régionales

Elles sont organisées pour encourager les Clubs EVF à se réunir avec d'autres clubs de leurs régions. Les PRT des différentes régions se réunissent pour discuter des activités et pour échanger leurs expériences. Ils mènent parfois des activités de sensibilisation telles que des marches et des discours.

Le Festival EVF

C'est une rencontre d'échanges d'information, de partage d'expériences, et d'animation d'une durée de 3 jours regroupant les représentants de tous les Clubs EVF du Sénégal (à raison de 4 LEA et 1 PRT par club). Elle se tient à Dakar tous les 3 ans sous le patronage du Président de République et offre l'occasion aux représentants des clubs de se retrouver pour faire le point de leurs expériences et dégager de nouvelles perspectives.

Le menu d'un Festival EVF est constitué d'une variété d'activités intellectuelles et ludiques (panels d'information animés par des spécialistes des questions de Santé de la

Reproduction ; ateliers d'échanges d'expériences et de mise à niveau ; séances de démonstration, d'activités d'animation, d'expression artistique ; séances d'évaluation des activités du Réseau National des Clubs et des opérations de lancement de nouvelles initiatives.

Camp de vacances EVF

C'est un prolongement des activités du réseau national des Clubs EVF en milieu rural, organisé durant la période des grandes vacances scolaires. D'une durée de 7 jours, le Camp de Vacances est aussi l'occasion pour les LEA, le plus souvent issus du milieu urbain de se frotter aux réalités du milieu rural, et d'échanger leurs expériences avec des jeunes ruraux.



Un camp de vacances

La localité d'accueil est souvent retenue à la suite d'une enquête révélant l'acuité des problèmes de santé et d'environnement auxquels les populations sont confrontées. Ces événements favorisent l'échange social et la mobilisation dans les environnements ruraux. De plus, ils offrent aux jeunes l'occasion d'explorer leur créativité et par conséquent de découvrir qu'ils sont capables de résoudre leurs problèmes et d'effectuer des changements.

Le camp de vacances regroupe en général une cinquantaine de LEA sélectionnés au niveau des Clubs EVF les plus dynamiques ; il est structuré autour des activités suivantes :

- ateliers de production de documents d'information et de sensibilisation ;
- campagne multimédia d'information et sensibilisation sur les problèmes de santé singulièrement sur le planning familial, les IST et le VIH-SIDA, et le paludisme à l'intention des populations de la localité ;

- activités communautaires de démonstration sur les techniques d'assainissement (construction de latrines), reboisement ;
- animation d'un espace cyber-jeune pour initier les ruraux à l'utilisation de l'Internet ;
- enquête sur les questions de population et de santé de la localité d'accueil du camp.

Cette expérience de Camp de vacances EVF (menée depuis 1995 dans différentes parties du Sénégal) a été en août 2001 « exportée » au Kenya, précisément à Nakuru et ce fut l'occasion pour des jeunes de 13 pays africains (du Sénégal et d'Afrique australe) d'adopter une déclaration africaine sur le VIH/SIDA (cf. manuel « les jeunes, la sexualité, le VIH/SIDA »).



Activité cyberspace

Le concours Population-Développement

C'est un concours de dissertation organisé chaque année par le GEEP en collaboration avec le Ministère de l'Éducation à l'intention des meilleurs élèves des classes de première des lycées du Sénégal en vue d'évaluer leur niveau de maîtrise des questions de population notamment la Santé de la reproduction, l'environnement en rapport avec le développement.

Ce concours est préparé par une vaste campagne de sensibilisation ciblant les élèves des classes de première des lycées ; il se déroule chaque année le deuxième ou troisième mercredi du mois de mai, de 15 heures à 19 heures sur l'étendue du territoire national sous la supervision des PRT.

La cérémonie de remise des prix (bourses et manuels scolaires) aux lauréats du concours est programmée le 11 juillet, Journée Mondiale de la Population, sous la présidence des Ministres de l'Éducation et de l'Économie et des Finances.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

Le programme EVF a été conçu sur la base d'une connaissance des préoccupations des adolescent(e)s scolarisés obtenue à la suite d'une analyse des questions formulées par les élèves lors des conférences du GEEP entre 1990 et 1994, d'une enquête portant sur la sexualité des élèves réalisée à Saint-Louis en 1994 et de l'exploitation de l'étude du CRDI de 1990 sur la fécondité des adolescent(e)s au Sénégal.

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme, le GEEP a également réalisé 2 autres études sur les comportements sexuels des lycéens à l'échelle nationale en 1995 et à l'échelle de la ville de Mbour en 1996.

Ces études ont révélé des attitudes et pratiques pouvant être favorables à la propagation du VIH ; il s'agit de la précocité des rapports sexuels :

- le taux croissant d'élèves sexuellement actifs
- la pratique des rapports sexuels non protégés
- le déficit de communication au sein de la famille
- la mise en doute de l'existence du SIDA chez certains et chez d'autres, le fait de considérer le SIDA comme la maladie des prostituées et des homosexuels et des drogués.

Les résultats de ces enquêtes ont été utilisés pour développer le programme. Malheureusement, de plus amples détails à propos de ces enquêtes ne sont pas disponibles.

Matériel du programme

Le souci de bien outiller les jeunes et leurs enseignants a amené le GEEP à produire divers supports. Le développement, la production et la distribution de ces supports a pris entre six mois et un an.

a) Des supports didactiques :

- Modules de formation

- Dossiers pédagogiques et documentaires
- Manuels pour les pairs

b) Des supports de sensibilisation :

- Plaquette d'informations
- Cassettes
- Téléfilms
- Affiches
- Bandes dessinées
- Tee-shirts

Voir ci-après pour de plus amples détails.

Matériel visant le groupe cible

De nombreux supports imprimés ont été développés pour être utilisés dans les salles de classe, dans les clubs EFV et dans les centres COIN-Jeunes. Voir ci-après pour de plus amples détails.

Les manuels

Trois (3) manuels portant sur les questions du SRA ont été élaborés par des LEA et d'autres jeunes sous la supervision des PRT et d'autres spécialistes ; ils sont intitulés respectivement :

- *Adolescence, sexualité précoce, MST-SIDA pour des comportements responsables (1999)*
- *Droits en santé de la reproduction = brisons le silence (2000)*
- *Les jeunes, la sexualité et le VIH-SIDA (2001).*

A travers ces productions, les auteurs cherchent à amener leurs pairs à s'informer, voire à se former eux-mêmes sur les questions de SRA, notamment sur les grossesses précoces, le VIH-SIDA, et les droits en SRA.

En général le manuel est structuré en unités d'apprentissage comportant chacune un dialogue ou un témoignage ou une bande dessinée suivie d'un questionnaire destiné à aider l'utilisateur à faire son évaluation. Dans l'un des manuels (celui intitulé les jeunes, la sexualité et le SIDA) une innovation a été introduite dans la structuration des unités d'apprentissage laissant apparaître 3 temps :

-Le 1^{er} temps intitulé « Découvrons » présente un témoignage, une lettre ou un bref dialogue destiné à accrocher l'utilisateur ;

-Le 2^e temps intitulé « Comprenons » comportant des dialogues est destiné à stimuler les réflexions sur les thèmes abordés ;

-Le 3^e temps intitulé « Proposons » ne comprend que des questions devant amener l'utilisateur à exprimer son point de vue et, si possible, à proposer des solutions.

La plaquette « STOP SIDA »

C'est un document à 3 volets, que l'on destine aux adolescents et adolescentes scolarisés et aux jeunes illettrés, pour rendre accessible l'information sur le VIH/SIDA. Elle comporte à la fois des textes et des illustrations informant sur

- la nature du VIH/SIDA
- les situations à travers lesquelles on peut attraper le virus et le transmettre ;
- les situations à travers lesquelles on ne peut attraper le virus
- les moyens de prévention, de protection contre le VIH/SIDA

Matériel de formation

Ces documents sont employés pour former les PRT et les LEA.

Edité sous forme de brochure intitulée « Didactique des problèmes de population : une approche interdisciplinaire », ce modèle intègre les niveaux de convergence de trois (3) disciplines scolaires (Géographie, Sciences de la Vie et Economie Sociale et Familiale sur les questions de population).

Il vise en général à :

- Inciter les professeurs à avoir des questions de population, une vision globale, multidimensionnelle et intégrée, quelle que soit l'échelle à laquelle ils les appréhendent (niveaux planétaire, régional, local).
- Porter sur les questions de population des regards certes différents selon les spécificités de la formation académique de chaque enseignant, mais convergents et complémentaires au plan scientifique.

Le document est structuré en 4 parties :

- 1^{ère} partie : le **cadre théorique** qui campe la problématique générale, décrit la méthodologie et identifie les référentiels.
- 2^{ème} partie : les **domaines de population** qui répertorient en 4 catégorie les questions de population (Dynamique de la SRA, SRA et Environnement, SRA et Santé, SRA et Famille).
- 3^{ème} partie : **objectifs généraux** qui répertorient les intentions de source axiologique et à caractère scientifique ou disciplinaire formulé en rapport avec les différents domaines identifiés dans la 2^{ème} partie.
- 4^{ème} partie : **Opérationnalisation** du modèle détermine les modalités d'insertion dans le curriculum officiel et les approches pédagogiques appropriées.

Le curriculum sur la SRA : « Le devenir accompagné »

C'est un document pédagogique, fruit des regards croisés de plusieurs spécialistes (médecins, juristes, sociologues, psychologues, psychopédagogues et enseignants) ; il

permet aux PRT et aux LEA de mettre à la disposition des jeunes une information plurielle qui les aide à :

- surmonter les travers liés à la crise de l'adolescence ;
- s'informer sur leurs droits en matière de Santé de la Reproduction ;
- prévenir et lutter contre le VIH/SIDA ;
- éclairer leur choix pour des prises de position responsables ;
- jouer le rôle de vecteurs de changement positifs de comportements et les inciter au besoin à fréquenter les services de santé.

LE CURRICULUM COMPREND 4 PARTIES :

- 1^{ère} partie : les référentiels et les intentions pédagogiques
- 2^e partie : les modules de formation au nombre de 5 ;
 - la connaissance de soi
 - la reproduction humaine
 - les **MST et le VIH-SIDA**
 - les droits des adolescents et adolescentes en SRA
 - la communication en santé de la reproduction.
- 4^e partie : les stratégies d'enseignement/apprentissage et d'évaluation
- 5^e partie : une note d'orientation scientifique des modules de formation faisant le point des connaissances relatives aux thèmes abordés dans les modules

Ce curriculum fait l'objet depuis deux ans d'une expérimentation au niveau d'établissements situés dans 3 régions (Dakar, St Louis et Thiès) ; une évaluation est planifiée pour la fin de 2002.

Le Module GENRE - SIDA

Ce module réalisé par l'équipe didactique du GEEP vise à contribuer à l'épanouissement social et affectif des jeunes par une prise en charge de la question du VIH/SIDA tenant compte des obstacles idéologiques et socioculturels limitant la participation des jeunes (des deux sexes) aux processus de concertation et d'édification de nouveaux rapports.

Le module se déroule en 6 séances portant sur divers thèmes :

- 1^{ère} séance : séance d'introduction
- 2^e séance : la notion de sexe
- 3^e séance : le **VIH/SIDA**
- 4^e séance : Etat des lieux de la pandémie du SIDA (le groupe ou le sexe le plus touché et les responsabilités)
- 5^e séance : les attitudes à adopter en rapport avec le sexe
- 6^e séance : la planification des activités des clubs EVF et COIN-Jeunes au regard de l'approche sexe.

Pour d'autres renseignements à propos des matériels, voir l'annexe 2 (programme GEEP - Sénégal).

Choix et formation du personnel

Les activités de formation visent à renforcer les capacités des bénéficiaires du programme (LEA et PRT) pour leur permettre d'être des leaders et des vecteurs de bons comportements au sein de la communauté scolaire et des communautés de base. Les PRT et les LEA reçoivent la même formation, qui est élaborée ci-dessous.

- Les PRT sont des professeurs choisis par le chef d'établissement en rapport avec la coordination nationale du GEEP. Les PRT sont des bénévoles, choisis pour leur ouverture d'esprit et leur réputation morale.
- Choix des Leaders Élèves Animateurs/ Animatrices
Le choix du collectif des LEA, effectué sous la supervision des PRT en accord avec l'autorité scolaire se fait en principe sur la base des critères suivants :
 - le bon niveau de l'élève en classe,
 - sa bonne conduite à l'école,
 - son esprit d'ouverture et son dynamisme.
- En général les LEA et les PRT sont formés ensemble.
- La durée des sessions de formation est en moyenne de 3 à 5 jours.
- La formation est conduite par l'équipe didactique du GEEP, assistée si nécessaire par personnes ressources (de sciences de la vie, de géographie, de EFS et des experts de l'UNIFEM) et par les agents du service Éducation pour la Santé.
- La pédagogie interactive est adoptée durant ces formations, qui sont le plus souvent organisées en ateliers.
- Les contenus de la formation sont très diversifiés : le modèle interdisciplinaire, la planification stratégique, les techniques d'animation, les techniques de formulation des messages, de management, la déclaration de politique de population, le programme de lutte contre le SIDA, le genre et le VIH/SIDA, la santé de la reproduction des adolescent(e)s, le planning familial, le counselling.
- Les activités d'apprentissage les plus efficaces sont celles qui sont organisées en ateliers.

Voir l'organigramme (Annexe 1). Pour des renseignements supplémentaires sur les matériels, voir l'annexe 2.

Mise en œuvre du programme

Non disponible.

Ressources du programme

Afin de rendre le Club EVF autonome et opérationnel, une logistique comprenant un téléviseur, un magnétoscope, un meuble de rangement et exceptionnellement du matériel informatique, est mis à sa disposition.

Plaidoyer

Le GEEP collabore avec trois structures du ministère : la Direction de l'Enseignement Moyen et secondaire, l'Inspection Générale de l'Éducation Nationale et la Direction de la Planification et de la Recherche en Education ; il leur fait parvenir des rapports ainsi que ses productions majeures et il leur demande de promouvoir les principes du GEEP. Le programme EVF est autorisé par le Ministère de l'Education. Quant au Ministère de la Santé, il a, en plus du financement accordé au GEEP à travers le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS), admis le GEEP dans le Conseil National de Lutte contre le SIDA. Cependant, il n'existe aucune collaboration sur le terrain avec les autres associations luttant contre le SIDA.

Au niveau local, ce sont les chefs d'établissement scolaire qui autorisent et parfois président les activités des clubs. Les parents d'élèves, certains chefs d'établissement et même des professeurs trouvaient inadmissibles que l'on abordât des questions en rapport avec la sexualité au niveau de l'espace scolaire ; ils percevaient cela comme un encouragement des jeunes à être sexuellement actifs prématurément. D'où la nécessité pour ceux qui voudraient lancer un tel programme en milieu scolaire, pour vaincre ces résistances des parents et des enseignants, de faire preuve d'ouverture, en les associant à l'élaboration du programme et en les invitant aux différentes activités.

Rapport financier

Dans cette entreprise, le GEEP a bénéficié de l'appui institutionnel, technique, ou financier de partenaires permanents ou occasionnels constitués par :

- des institutions gouvernementales : Ministères de l'Education, de la Santé, et de la Prévention, de l'Economie et des Finances ;
- des Agences Gouvernementales étrangères : USAID, CRDI ;
- des Agences des Nations-Unies : FNUAP, UNESCO, UNIFEM.
- des Organisations Non Gouvernementales : Population Council, Rainbo, Club 2/3 Canada, Schools online.

Pour l'année 2001, le solde était positif de 12 290 \$US ; il a été inclus dans les programmes de planification de 2002. Le tableau 1 présente les subventions reçues en 2001.

Par ailleurs, les clubs EVF sont préparés à rechercher auprès des partenaires de l'école, les moyens de conduire leurs activités (quête, sponsors, les subventions de l'Association des parents d'élèves, et les ressources générées par certaines activités de collecte de

fonds) ; c'est dans cette dynamique que le GEEP les accompagne en leur allouant des subventions dites « fonds d'impulsion ».

Partenaires	Subventions \$US
UNFPA	62 415
MINISTRY OF HEALTH/SENEGAL	41 096
Population Council/CEFOREP	16 438
Club 2/3	12 637
RAINBO	3 877
Schools Online	20 852
TOTAL	157 316

Tableau 1 : Financement reçu en 2001

Activités/Programmes	UNFPA	IDRC School on line	Club 2/3	Health Ministry	RAINBO	Population Council	Total des dépenses \$US
Formation/Développement de capacité	35 042	3 000	10 200	6 000		6 500	60 742
Enquête / ICT en milieu scolaire		4 352			3 875	5 255	13 482
Équipement/Investissement clubs FLE : ordinateurs - TV	8 265	13 500		20 547			42 312
Personnel /salaires pour 5 personnes	10 273			6 947			17 220
Frais généraux	8 334		2 436				11 270

TOTAL	62 414	20 852	12 636	33 494	3 875	11 755	145 026
--------------	--------	--------	--------	--------	-------	--------	---------

Tableau 2 : Dépenses (\$US), 2001

PARTIE C : DÉFIS MAJEURS ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Coordonnateur du programme

- Au début des années 90, la mise en œuvre d'un programme EVF à l'école n'était pas évidente ; les parents d'élèves, certains chefs d'établissement et même des professeurs trouvaient inadmissible que l'on abordât des questions en rapport avec la sexualité au niveau de l'espace scolaire ; ils percevaient cela comme un encouragement des jeunes à être sexuellement actifs prématurément.
- La connaissance du milieu scolaire, dans la mesure où l'école est une institution qui a ses spécificités, telles que le conservatisme et la routine ; les innovations doivent y être conduites avec précaution ; une innovation pédagogique telle que l'EVF ne doit être portée que par des professionnels de l'éducation parce qu'ils sont au fait des réalités de l'école ; autrement dit, l'encadrement d'un programme doit être assuré par des enseignants ; ceux-ci doivent cependant se motiver en considérant leur participation au programme comme le prolongement de leur engagement professionnel et non comme une charge supplémentaire pour laquelle on s'attend à des revenus.
- La nécessité de conduire ce programme, comme un programme de recherche action, permettant aussi d'identifier les problèmes et les nouveaux besoins et d'en chercher les solutions et réponses les plus appropriées.

Consultant

L'originalité de la démarche du GEEP réside dans la promotion en classe de l'approche interdisciplinaire d'une part, et d'autre part, une plus grande responsabilisation et une meilleure participation des jeunes lors des activités socio-éducatives ainsi que le choix de privilégier l'approche participative dans toutes ses activités.

Dans un certain sens, on a remarqué que le GEEP fait œuvre de pionnier à travers ce programme, singulièrement en ce qui concerne l'approche interdisciplinaire, l'utilisation du jeu (jeux de rôle, dramatique) comme support d'apprentissage en classe et la production par les jeunes eux-mêmes de matériels didactiques et de sensibilisation.

Toutefois la mise en œuvre de ce programme du GEEP appelle quelques remarques. :

- Le matériel pédagogique développé par le programme n'est pas prétesté et le feed-back sur son utilisation n'est pas systématisé
- L'absence de mécanismes appropriés pour capitaliser les acquis de ce programme en terme d'approche et de matériel didactique ; à titre d'illustrations, la non prise en compte dans la confection des emplois de temps scolaires, des opportunités de réalisation de l'approche interdisciplinaire ; l'inexistence au niveau des établissements de conseils d'enseignement interdisciplinaire ; le problème de la validation institutionnelle du matériel didactique produit.

La solution à ces problèmes pourrait sans doute se trouver dans la signature d'un protocole entre le Ministère de l'Éducation et le GEEP pour une introduction du programme dans le curriculum des instituts de formation, une expérimentation plus institutionnelle des approches et du matériel didactique en vue de leur validation et de leur généralisation.

Évaluation

Les rapports d'activité et les rapports annuels des clubs sont utilisés pour conduire l'évaluation du programme. Il n'existe, cependant, aucun système formel pour évaluer l'impact des messages.

- En 2000, une étude intitulée « Etats des lieux » a permis de disposer des informations sur les effets du programme sur les comportements. Cette étude a révélé que les adolescents qui avaient participé aux clubs manifestaient une connaissance accrue en ce qui concerne la SRA et des comportements plus responsables par rapport à ceux et celles qui n'avaient pas participé aux clubs.
- Une étude longitudinale est envisagée, suite à cet état des lieux pour assurer le suivi et la continuité des messages au sein de la communauté scolaire.

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
--	------------	-------------	--------------

1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	<p>Le jeune occupe une place centrale dans un processus qui lui permet d'acquérir les connaissances et à développer les attitudes pour changer son comportement et pour être le vecteur de changement au sein de ses pairs.</p> <p>Le jeune est initié aux techniques de communication et d'animation pour mieux s'adresser à ses pairs et les influencer.</p> <p>Une bonne partie des productions de sensibilisation sont réalisées par les jeunes et ce sont eux qui animent les activités des clubs aussi bien en milieu scolaire qu'extra scolaire).</p>
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	✓	<p>Les grossesses précoces, les maladies sexuellement transmissibles, et singulièrement la peur du SIDA constituent les principales préoccupations du groupe cible révélées par l'analyse des questions formulées par les élèves lors des conférences du GEEP d'avant 1994, et l'étude sur la sexualité des lycéens de Saint-Louis réalisée en 1994.</p> <p>En réponse à ces préoccupations, le programme a privilégié l'éducation par les pairs ; d'ailleurs, certains supports de sensibilisation ont été réalisés par des jeunes et dans le cadre des activités d'animation, ils utilisent les formes d'expression et de communication qui accrochent les pairs (bandes dessinées, sketches, production musicale, théâtre). Des messages diffusés dans le cadre des activités tiennent toujours compte des différences d'expériences sexuelles au niveau de la cible ; ainsi l'abstinence est vivement recommandée, mais à défaut, c'est l'utilisation du préservatif.</p>
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	<p>Le module Genre-Sida met en question les attitudes des jeunes.</p> <p>Le programme s'intéresse aussi aux changements d'attitudes dans sa stratégie des activités de socialisation (les jeux de rôles, le recours aux supports audio-visuels) et dans ses activités qui sont conçues pour sensibiliser les jeunes à leurs responsabilités (initiatives, production de</p>

			<p>supports et conduite des activités d'animation).</p> <p>De même en privilégiant l'éducation par les pairs, le programme propose aux jeunes des modèles qui émergent de leur propre milieu.</p> <p>Dans toutes les activités, l'interactivité est recherchée ; le participant est toujours amené à prendre position et à l'argumenter.</p> <p>De telles activités sont à même de préparer le jeune à s'insérer dans la société et devenir un adulte responsable, un leader d'opinion, un agent de changement de comportement.</p>
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	<p>Le genre est une donnée transversale dans ce programme, et le logo du GEEP en est une illustration.</p> <p>Le programme cherche à développer chez le jeune, l'estime de soi, le respect de l'autre et surtout le développement de la capacité de négociation pour mieux faire face aux pressions des pairs.</p>
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	Atteint en partie	<p>Le programme EVF a été conçu sur la base d'une connaissance des préoccupations des adolescents scolarisés obtenue à la suite d'une analyse des questions formulées par les élèves lors des conférences du GEEP entre 1990 et 1994, d'une enquête portant sur sexualité des élèves réalisée à Saint-louis en 1994 et de l'exploitation de l'étude du CRDI de 1990 sur la fécondité des adolescents au Sénégal.</p> <p>Le GEEP a également réalisé 2 autres études sur les comportements sexuels des lycéens à l'échelle nationale en 1995 et à l'échelle de la ville de Mbour en 1996.</p> <p>Le champ d'action du programme étant limité à l'espace scolaire, le GEEP ne s'est pas soucié de mener des études dans une plus large communauté. L'ONG est certes membre du Conseil National de Lutte contre le SIDA, mais il n'existe aucune collaboration sur le terrain avec les autres associations luttant contre le Sida.</p>
6	Conduit une	Atteint en	La formation des LEA et PRT sur le

	formation continue aux professeurs et aux autres fournisseurs de service.	partie	VIH/SIDA et sur les questions de la SRA est assurée par les membres de l'équipe didactique du GEEP en collaboration avec des agents du service de l'Éducation pour la Santé ou du Conseil National de lutte contre le SIDA ; il s'agit (outre la formation initiale) de formation de mise à niveau, réalisée circonstanciellement ou selon la demande des exécutants. Autrement dit, la formation continue n'est pas systématisée.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	L'approche participative et interactive est de rigueur dans toutes les activités du programme. Les formations sont réalisées sous forme d'ateliers avec des facilitateurs utilisant systématiquement des supports (manuels, jeux de rôle, films, affiches). Les activités d'animation (jeux de rôle, radio-crochet, causeries, podium communautaires, théâtre, forum) développent l'interactivité entre animateurs et participants. Les activités d'information (conférences de spécialistes, causeries, témoignages de personnes infectées) sont toujours suivies de discussions.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	Dans le cadre de ce programme, une plus large communauté participe à travers diverses activités (marche, podium d'animation communautaire, camp de vacances EVF, tournois sportifs, etc.). Les agents de santé sont associés à l'organisation des podiums d'animation communautaire, les associations de jeunesse organisent des tournois sponsorisés par les Clubs EVF qui assurent l'animation musicale et la fourniture des récompenses faites de supports de sensibilisation. Il n'y a toutefois pas de suivi au niveau communautaire pour ces activités ponctuelles.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des	✓	Les manuels utilisés dans les clubs EVF sont conçus pour l'acquisition graduelle des connaissances et de la compréhension.

	messages.		<p>Ils présentent les sujets et demandent ensuite que les élèves réfléchissent à ce qu'ils viennent d'apprendre pour formuler eux-mêmes les solutions aux problèmes qu'ils rencontrent.</p>
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	✓	<p>Le programme est conduit aussi bien par les activités de la classe (volet « Didactique ») que par les activités socio-éducatives (volet « Club EVF »). Le volet « Didactique » du programme (surtout en ce qui concerne le thème du VIH-SIDA) est pris en charge par les disciplines scolaires suivantes : les sciences de la vie et de la terre (en classe de 4^{ème} et 3^{ème} au collège) et l'Économie Familiale et Sociale (en classe de 4^{ème} au collège).</p>
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	✓	<p>Deux ans suffisent pour mettre en place et rendre fonctionnel une trentaine de clubs, mais les effets sur les comportements ne peuvent être observés que dans un temps plus long.</p>
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	Non applicable	<p>Le programme porte, en plus de la prévention du VIH SIDA, sur la prévention des grossesses précoces et la lutte contre les mutilations génitales féminines.</p> <p>La coordination et la conduite des programmes de santé scolaire sont dans le principe du ressort de l'Inspection Médicale des Ecoles ; mais celle-ci n'est pas encore très manifeste dans les lycées et collèges où jusqu'ici la lutte anti-SIDA a été menée par les clubs EVF, les cellules anti-SIDA et l'Association des professeurs de SVT.</p>
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	<p>Les informations diffusées dans le cadre du programme, par les clubs EVF, proviennent de spécialistes de la santé (Service de l'Éducation pour la Santé, agents de santé) et de professeurs de sciences de la vie et de la terre (SVT) et d'économie familiale et sociale (EFS).</p> <p>Au cours des activités d'animation programmées en dehors des établissements scolaires, la participation des agents de santé de la localité est aussi un gage de diffusion de messages corrects</p>

			sur les questions de santé.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	<p>Le programme EVF est autorisé par le Ministère de l'Éducation.</p> <p>Le GEEP collabore avec trois structures du ministère : la Direction de l'Enseignement Moyen et secondaire, l'Inspection Générale de L'Éducation Nationale et la Direction de la Planification et de la Recherche en Education ; il leur fait parvenir des rapports ainsi que ses productions majeures (matériels didactiques et autres brochures). Au niveau local, ce sont les chefs d'établissement scolaire qui autorisent et parfois président les activités des clubs.</p> <p>Quant au Ministère de la Santé, il a, en plus du financement accordé au GEEP à travers le PDIS, admis le GEEP dans le Conseil National de Lutte contre le SIDA.</p>
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	Atteint en partie	<p>Le programme considère la sexualité comme une dimension normale de la vie humaine ; à ce titre, les jeunes doivent pouvoir accéder aux informations et services les concernant. Le programme cherche ainsi à surmonter les obstacles culturelles qui ont pendant longtemps fait de la sexualité un sujet tabou à la maison aussi bien qu'à l'école.</p> <p>Le programme est conduit à l'échelle nationale qui, en conséquence ne fait nullement de discrimination entre ethnies ; les exécutants sont d'ailleurs choisis exclusivement en fonction de leur engagement, de leur dynamisme et de leur ouverture d'esprit.</p> <p>Le programme ne gère pas les différences de conception de la sexualité entre ethnies dans l'espace scolaire.</p> <p>L'homosexualité n'est abordée dans le programme, à l'instar de l'hétérosexualité, qu'en termes de comportement à risques dans la prévention du VIH-SIDA.</p>
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	<p>Le suivi des clubs se fait à travers les outils de gestion et par une visite semestrielle d'une mission de la coordination nationale, ou une visite</p>

		<p>trimestrielle d'une mission du pôle régional à chaque club. D'ailleurs seuls les clubs EVF qui transmettent régulièrement leurs rapports (fiches) bénéficient des subventions octroyées par le GEEP.</p> <p>Le succès du programme est appréhendé à travers deux études d'évaluation de l'impact du programme (commanditée par le GEEP et le FNUAP) en 1996 et en 2002</p> <p>À cela s'ajoute d'autres indicateurs moins objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -La demande sans cesse croissante d'installation de clubs, émanant des établissements scolaires ; -Les témoignages des chefs d'établissement et les opinions des bénéficiaires recueillis lors d'enquêtes ou de visites de partenaires sur le terrain. <p>Au début de chaque année, deux cadres de discussions sont tenus pour tirer les enseignements de l'année passée et dégager des perspectives :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Une rencontre organisée au niveau régional entre le responsable du pôle régional, les représentants des clubs EVF et leurs partenaires au niveau local -Une rencontre au niveau national regroupant la coordination nationale et les représentants des pôles régionaux.
--	--	---

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

Groupe pour l'Étude de l'Enseignement de la population (GEEP)

BP 5036

Dakar, Sénégal

Tél. : (221) 824-4877

Télécopie : (221) 825-4714

Courrier électronique : geepop@syfed.refer.sn

Site Internet : www.refer.sn/geep

Liste des collaborateurs et collaboratrices

Rapport du programme préparé par El Hadji Habib CAMARA, Consultant indépendant Spécialiste en Education, en matière de Population, Santé, Environnement et production de matériels didactiques.

Version anglaise éditée par Helen Baños Smith.

Nous sommes reconnaissants de la coopération des individus suivants, qui ont fourni une grande partie de l'information contenue dans ce rapport :

- Dr Babacar FALL, Coordonnateur du GEEP
 - Mme Khadidiatou Tall THIAM, Administrateur du GEEP
 - M. Ibrahima SENGHOR, Responsable des programmes des clubs
 - M. Moustapha DIAGNE, Proviseur, Ministère de L'Éducation
 - Mme Founé KANOUTE, Responsable du COIN-jeunes du lycée Blaise Diagne
- Focus groupe avec un groupe de 4 PRT et 7 LEA de Dakar
Focus groupe avec un groupe de 3 PRT et de 10 LEA de Saint-louis

Matériel pédagogique

Santé reproductive des adolescents (curriculum)

(Numéro de commande : GEEP01)

Adolescence, sexualité précoce, MST-SIDA pour des comportements responsables (manuel portant sur l'éducation par les pairs)

(Numéro de commande : GEEP02)

Les jeunes, la sexualité et le VIH-SIDA (manuel développé par les jeunes pour les jeunes)

(Numéro de commande : GEEP03)

Rapport sur les clubs et les activités au Sénégal

(Numéro de commande : GEEP04)

Formulaire d'inscription pour assistance aux clubs

(Numéro de commande : GEEP05)

Formulaire pour l'enregistrement des activités des clubs
(Numéro de commande : GEEP06)

Formulaire pour l'enregistrement de l'utilisation du matériel pédagogique
(Numéro de commande : GEEP07)

Formulaire pour l'enregistrement de l'établissement d'un club
(Numéro de commande : GEEP08)

Promotion de l'éducation à la vie familiale. Didactique des problèmes de population.
(Numéro de commande : GEEP09)

Dossiers documentaires et pédagogiques. Livret du professeur. Les problèmes de population.
(Numéro de commande : GEEP10)

Agenda Éducation à la Vie Familiale 2001-2002.
(Numéro de commande : GEEP11)

« STOP SIDA » (brochure)
(Numéro de commande : GEEP12)

Affiche : Enfants avec leur professeur
(Numéro de commande : GEEP13)

Affiche : Mère et enfant
(Numéro de commande : GEEP14)

Affiche : Tableau de la rue ; lutte contre le SIDA
(Numéro de commande : GEEP15)

Vidéocassette : *Le concours théâtral de lutte contre le SIDA.*
(Numéro de commande : GEEP16)

ANNEXE 1. ORGANIGRAMME

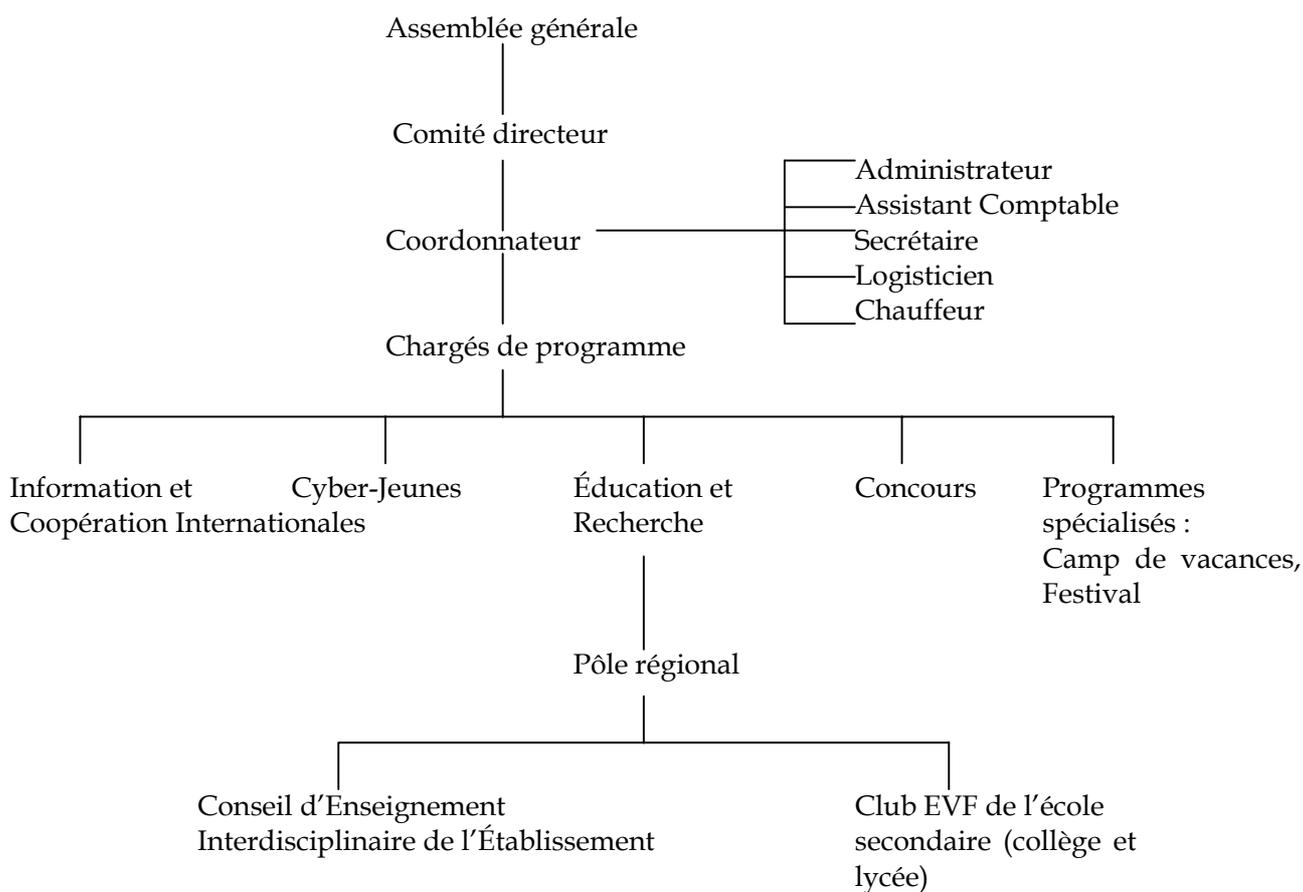


Figure A1. Organigramme

ANNEXE 2. SESSIONS DE FORMATION ET MATÉRIELS

La durée des sessions de formation est en moyenne de 3 à 5 jours, et en général les LEA et les PRT sont formés ensemble.

Activités d'information et sensibilisation

La marche et le tournoi sportif sont les seules activités qui portent exclusivement sur le thème du VIH/SIDA ; toutes les autres activités prennent en compte l'ensemble des thèmes.

Par ailleurs, la conduite des activités de counselling reste exclusivement du ressort des PRT et autres spécialistes ; même si les LEA ont reçu une formation dans ce sens, ils en sont pour le moment exclus.

Type d'activités	Animateurs	Thème/Titre	Cible
Conférences publiques	PRT	La Reproduction	LEA et Élèves
Causeries	LEA		
Débats	LEA		LEA et Élèves
Jeu de connaissance (Génie en SRA)	LEA	La Sexualité	LEA
Marche	LEA		
Podium d'Animation Communautaire	LEA	MST et VIH/SIDA	Communauté, école, jeunes des ASC
Tournoi sportif	LEA		LEA
Festival EVF	LEA		
Récréation EVF (Sketchs, Jeu de rôle)	LEA		
Camp de vacances	LEA	Les Grossesses précoces	Élèves
Concours de dissertation	PRT		
Compétition théâtrale	PRT, Assistant(e) Social (e)	Droits à la santé reproductive, Problèmes liés aux différences entre les sexes, La Drogue	
Counseling (écoute)	Infirmier(e)s des écoles	Prostitution, etc.	Jeunes des régions rurales, Elèves des classes de Première, Elèves

Activités de production de supports

Les manuels d'information et de sensibilisation produits par les LEA sous la supervision d'experts sont disponibles en version bilingue (française et anglaise)

Objet	Type de	Thème/Titre	Exécutants
-------	---------	-------------	------------

	production		
Didactique	Module de formation (2002)	Genre-SIDA	Equipe didactique du GEEP et de l'UNIFEM
Didactique	Module de formation (1997)	Enseignement interdisciplinaire de la population	Equipe didactique du GEEP
Didactique	Dossiers pédagogiques et documentaires Livret 1	Didactique des problèmes de population	Equipe didactique
Didactique	Curriculum (2000)	Santé de la Reproduction	Equipe pluridisciplinaire (Médecins, sociologues, pédagogues, enseignants et Equipe didactique du GEEP)
Didactique	Dossiers documentaires Livret 1 à 7 (1995)	Questions de Population	Equipe didactique du GEEP
Didactique	Module de formation (1998)	Technique d'Animation d'un centre d'orientation et d'information	Equipe didactique du GEEP
Didactique	Livre de référence sur l'EVF/EMP (1996)		Equipe didactique du GEEP et autres experts
Sensibilisation	Fresques Murales sur les murs des établissements	Grossesse VIH/SIDA- Comportements responsables	LEA

--	--	--	--

Objet	Type de production	Thème/Titre	Exécutants
Information	Plaquette (2000)	VIH/SIDA	Equipe didactique du GEEP
Sensibilisation	Tee-Shirt (messages)	SRA des adolescents et VIH/SIDA	Equipe didactique du GEEP
Information et Sensibilisation	Manuels (2001)	Les jeunes, la sexualité et le VIH/SIDA	LEA du GEEP et jeunes de divers pays d'Afrique australe
Information et Sensibilisation	Manuel (1999)	Adolescence, sexualité précoce, VIH/SIDA, comportements responsables	LEA
Sensibilisation	Téléfilms (1996)	Grossesse précoce	LEA
Sensibilisation	Affiches	VIH/SIDA	LEA
Information et sensibilisation	Manuel (2000)	Droits en SRA : Brisons le silence	LEA
Information et Sensibilisation	Bulletin d'information trimestriel	N° spéciaux sur le SIDA 11-14	Equipe du GEEP
Information et Sensibilisation	Agenda	EVF	Equipe du GEEP
Information et Sensibilisation	Cassettes-Vidéo (théâtre)	SIDA	LEA

Établissements	Période	Thèmes traités	Public ciblé					
			PRT		L. E. A.		Élèves	
			H	F	F	G	F	G
Lycée Ameth FALL (âges : 12 à 21 ans)	23.03.	Grossesse précoce	4	1	40		70	200
	29.05	Connaissance de soi. VIH/SIDA . Grossesses précoces. Avortement. Droits des Ado. en SRA. Les valeurs. Supports : le curriculum du GEEP	2	1	25		150	80
	Après les cours	Santé de la reproduction des adolescents.	2		25			
Lycée Cheikh O. F. TALL (âges : 16 à 25 ans)	14.04 en classe	Exposé : les problèmes de la sexualité Supports : agenda EVF et documents SR	1		2		15	25
	Journée d'étude	Les droits des jeunes en SRA. Education sexuelle des jeunes filles. Les MST/SIDA .	4		6	4	5	10
	Après les cours	Radio-crochet sur les droits en SR, la contraception, l'excision, l'éducation sexuelle.	4		7	10	19	120
	En classe	Exposé : garanties des droits de la reproduction : la sexualité, les méthodes contraceptives, les MST/SIDA , l'hygiène, l'abstinence.	1 1 1				93 25 70	142 73 112
CEM Abdoulaye Mar DIOP (âges : 13 à 17 ans)	6.03	Approche expérimentale, téléphone arabe, hygiène.	3	3	7	9	20	10
	13.03 après les cours	Communication en SRA, les valeurs. Supports : film "Du temps pour aimer"	2	2	7	9	20	34
	18.05	Les valeurs. Sensibilisation sur la SR, récitals de poèmes, podium de Rap.	3	3	7	9	80	120
	19.05 après les cours.	Prévention et sensibilisation sur les MST et le VIH/SIDA . Support : film : "L'épidémie de l'ombre"	1	0	2	1	3	18
CEM Amadou Fara MBODJ (âges : 13 à 17 ans)	02.05	Grossesses précoces/Connaissance de soi : conséquences des grossesses précoces, rôle des parents dans la société, hygiène corporelle, les organes reproducteurs : anatomie et fonctionnement.	4	0	5	5	177	135
Alfred Doods (âges : entre 11 et 13 ans)	02.03	Les droits des jeunes en SRA	1	1			16	21
	Mars 02	L'hygiène intime	1	1			16	21
	Mai 02	Sketch sur la SRA	1	1			30	42



Résumé du programme

AMREF, LSHTM, et NIMR : Programme MEMA Kwa Vijana

En janvier 1999, la Fondation Africaine pour la Médecine et la Recherche (AMREF), en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et l'Institut National de la Recherche Médicale - Tanzanie (NIMR), a amorcé un programme dans 62 écoles et dans 18 centres de santé dans la région de Mwanza en Tanzanie.

Son objectif principal est d'améliorer la connaissance de la santé reproductive chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans et de diminuer le taux de contamination par les infections sexuellement transmissibles et par le VIH, ainsi que le taux de grossesses non désirées. Pour ce faire, les éducateurs pairs, sous la direction des enseignants, utilisent des techniques informelles et participatives afin d'apprendre la santé reproductive aux jeunes. Les travailleurs et les travailleuses de la santé sont formé(e)s pour rendre les services de santé plus accessibles aux jeunes, et la communauté est mobilisée à participer aux Youth Health Weeks (semaines de la santé de la jeunesse), qui ont lieu une fois par an.

Le programme atteint approximativement 2 850 nouveaux participants adolescents par an ; le coût s'élève à 1,37 \$US par enfant par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 13 en entier et 2 en partie ; l'un des indicateurs n'était pas applicable.

AMREF, LSHTM, et NIMR : Programme MEMA Kwa Vijana

PARTIE A : LE PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

Entre 1994 et 1998, plusieurs études de base ont été conduites en Tanzanie, dans la région de Mwanza et dans la région avoisinante de Mara ; ces études ont examiné le taux d'infection par le VIH dans les écoles. Il a été déterminé que les jeunes dans la vingtaine étaient les plus à risque de s'infecter.

Pour s'attaquer à ce problème, en 1999 le programme MEMA kwa Vijana a été lancé dans 62 écoles dans quatre districts (sur sept) de la région de Mwanza pour cibler les jeunes âgés de 12 à 19 ans. Il s'agit de l'âge avant celui où ils commencent à courir le plus grand risque d'être infectés. On voulait munir les jeunes des informations sur la santé sexuelle et reproductive (SSR), pour qu'ils pensent aux conséquences de leur comportement sexuel. Le titre du programme souligne sa raison d'être : MEMA kwa Vijana veut dire « Bonnes choses (MEMA) pour les jeunes ».

Mettre en œuvre une intervention pour les jeunes qui sont à risque élevé contribuera à leur fournir des informations exactes sur le sexe avant qu'ils ne commencent à avoir des relations sexuelles. Il y a plus de chance qu'ils pratiqueront le sexe à moindre risque. Sinon, beaucoup de jeunes apprennent de leurs pairs, qui manquent, eux aussi, d'informations correctes.

Coordonnatrice du programme

1995	<ul style="list-style-type: none"> • Conception préliminaire • Sollicitation de fonds
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Approbation du programme accordée par le MoEC, le MoH et par les autorités régionaux et au niveau du district
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Conception et précisions sur l'intervention développées et pretestées (juillet-décembre) • Enquête de recrutement de la cohorte (septembre-décembre) • Évaluation initiale des besoins (novembre 1997-mai 1998) • Développement et prétest des guides didactiques (novembre 1997 - mai 1998)
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Lancement du programme dans 62 écoles et dans 18 cliniques de santé • Début du programme de recherche sur la santé et le mode de vie (HALIRA - Health and Lifestyle Research) • Afin d'évaluer le progrès, analyse conduite par le Dr. W. Lugoe (Canada), G. Akingabe (Université de Dar es Salaam [UDSM], Tanzanie) et le Dr. J. Ferguson (World Health Organization [WHO]). • Évaluation conduite par Mary Plummer pour évaluer la formation des éducateurs pairs qui travaillent dans la salle de classe et dans la communauté.
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de discussion et entrevues en profondeur avec les jeunes de Mwanza • Évaluation de l'éducation par les pairs conduite par Ak'ingabe Guyon (Canada), le Dr. Lugoe (UDSM, Tanzanie) et le Dr. Ferguson (WHO)
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Étude provisoire (février - juin) • Exercice conduit à l'aide de patients simulés pour faire une comparaison entre les services de SSR qui sont fournis aux adolescents dans les communautés d'intervention et de contrôle (octobre - décembre) • Évaluation de la formation des enseignants et du curriculum scolaire
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête finale (impact) (octobre 2001 - avril 2002) • Rapport d'évaluation de l'impact sur la santé et le comportement

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Le programme est une collaboration entre trois organisations : la African Medical and Research Association (AMREF, Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique),

la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM, l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres) et le National Institute for Medical Research (NIMR, l'Institut national de la recherche médicale) de Tanzanie. La AMREF a conçu le programme et elle est responsable de sa mise en œuvre, en collaboration avec le Ministère de l'Éducation et de la Culture (MoEC). Le NIMR est responsable de la conception et de la mise en œuvre de l'évaluation, qui analyse l'impact et la rentabilité de l'intervention. La LSHTM fournit de l'aide technique à la AMREF et au NIMR, et elle fournit la plupart du financement du programme.

MEMA Kwa Vijana utilise un style d'enseignement participatif, en milieu scolaire ; cette formation est menée par l'enseignant, qui est à son tour aidé par les pairs. Le programme utilise également l'éducation par les pairs pour enseigner la SSR aux adolescents ; cette formation est conduite dans des clubs et par le contact face à face. Il y a aussi des services de SSR qui sont « youth-friendly » (adaptés aux jeunes) ainsi que la mobilisation communautaire. La structure de MEMA Kwa Vijana est expérimentale : L'intervention est conduite dans 62 écoles et 18 centres de santé. Un nombre équivalent d'écoles et de centres de santé sert de groupe de contrôle (voir « Évaluation », ci-dessous). Cette approche permet la mesure scientifique de l'impact du programme d'intervention.

Jusqu'ici, le programme a atteint approximativement 17 000 élèves. L'avenir du programme sera déterminé par les résultats de l'évaluation qui est en cours à présent (2002) et par la disponibilité du financement.

Vue d'ensemble du programme

But

Le but principal du programme est d'approfondir les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et de diminuer le taux d'infection par les maladies sexuellement transmissibles (MST) et par le VIH, ainsi que le taux de grossesses non désirées chez les jeunes âgées de 12 à 19 ans dans la région de Mwanza.

Objectifs

Selon la coordonnatrice du programme, les objectifs de MEMA Kwa Vijana sont de :

- améliorer les connaissances et les compétences des jeunes pour qu'ils puissent éviter les risques à la santé sexuelle et reproductive
- diminuer le taux d'infection par le VIH et par les autres IST chez les jeunes
- diminuer le nombre de grossesses non désirées
- améliorer l'accès des jeunes aux services de SSR qui leur sont adaptés
- améliorer les attitudes des adultes envers les besoins de la SSR des adolescents
- améliorer les compétences des adultes pour répondre aux besoins de la SSR des adolescents

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Le groupe cible primaire est constitué des élèves âgés de 12 à 19 ans (en 7^{ème}, 6^{ème} et 5^{ème} années) dans la région de Mwanza.

Groupe cible secondaire

Le groupe cible secondaire est composé de :

- les élèves de 11^{ème} année à 8^{ème} année et les jeunes qui ne sont plus scolarisés – ces jeunes sont ciblés – pendant les festivals interscolaires annuels de la Youth Health Week (semaines de la santé de la jeunesse) ;
- les enseignants des écoles où le programme est en place ;
- les travailleurs de la santé dans les cliniques où le programme est en place ;
- approximativement 2 000 jeunes qui ne sont plus scolarisés et qui participent aux activités théâtrales, aux jeux de rôles et aux chansons, ainsi qu'à la promotion et distribution des préservatifs, qu'ils achètent pour les vendre à profit ;
- les membres de la communauté qui sont exposés au programme.

Champ d'action

Le programme MEMA Kwa Vijana a été lancé dans les écoles de la région, où il est principalement basé. Il est également en place dans les cliniques de santé, où les travailleurs de santé en ont profité pour apprendre à fournir des services de SSR qui sont adaptés aux jeunes.

Durée du programme

Le programme existe depuis trois ans.

Buts du programme

La figure 2 montre comment la coordonnatrice de MEMA Kwa Vijana a classé les buts de ce programme. L'idée est que, si les jeunes reçoivent des informations exactes et s'ils apprennent des habiletés fondamentales avant de commencer à avoir les rapports sexuels, il y a plus de chance qu'ils pratiqueront le sexe à moindre risque (utilisation des préservatifs, choix de partenaires sans risque, limite du nombre de partenaires, recherche de services de SSR, etc.) quand ils deviendront sexuellement actifs.

Développement du comportement et des habiletés fondamentales
Prévention du VIH/SIDA et des IST
Informations et accès : Services de santé sexuelle et reproductive
Prévention de la grossesse
Abstinence
Promotion du comportement sexuel à moindre risque

Figure 2. Buts du programme classés selon leur importance par la coordonnatrice du programme

Approches

La figure 3 montre les approches du programme, classées par la coordonnatrice du programme.

Des tests de VIH/SIDA et des séances de counselling ont été conduits en 1999 auprès de 10 000 jeunes scolarisés et aussi auprès d'un groupe de jeunes hommes et femmes qui n'étaient plus scolarisés ; ces jeunes constituent le groupe d'intervention. Ils ont été testés et ils ont reçu du counselling à nouveau en 2002.

Changement de comportement/Développement des habiletés fondamentales
Éducation par les pairs
Auto-efficacité et estime de soi
Éducation sur la sexualité, le VIH et les IST
Abstinence
Accès aux informations sur la SSR
Services de SSR
Comportement moral et valeurs sociales
Respect des droits des individus
Accès aux contraceptifs/préservatifs
Contraception

Figure 3. Approches du programme classées selon leur importance

Activités

Les élèves aiment les pièces de théâtre et les jeux de rôles parce qu'ils peuvent y participer et cela leur offre l'occasion de faire remarquer leurs aptitudes. La distribution des préservatifs se fait moins fréquemment parce qu'elle se fait bénévolement par les jeunes qui ne sont plus scolarisés.

Pièces de théâtre et jeux de rôles
Chansons
Jeux
Comédie
Poèmes
Counselling par les pairs
Vidéos
Participation des adultes
Matériels imprimés (pamphlets, dépliants, manuels)
Semaines de la santé de la jeunesse, organisées une fois par an, où des concours interscolaires ont lieu
Ateliers de sensibilisation pour les membres du conseil du district, les leaders religieux et le comité de développement de la circonscription électorale
Distribution des préservatifs

Figure 4. Activités du programme, classées selon la fréquence de leur utilisation par les jeunes

Composantes

Le programme est constitué de quatre composantes principales :

1. l'éducation participative sur la SSR, qui est menée par l'enseignant avec l'aide des pairs, ainsi que l'éducation informelle par les pairs,
2. la formation des travailleurs de la santé, pour leur apprendre comment fournir des services de SSR adaptés aux jeunes,
3. la distribution des préservatifs,
4. la mobilisation communautaire.

Composante scolaire

Enseignement en salle de classe. Chaque école a approximativement trois enseignants de MEMA qui ont été formés en vue de fournir une éducation participative en santé sexuelle et reproductive. Pendant une heure par semaine les élèves des trois dernières années de scolarisation apprennent la SSR des adolescents ; les enseignants-tuteurs sont aidés par les éducateurs pairs. Les cours ont été développés en collaboration avec les autorités régionales de l'éducation. Ils visent à améliorer les connaissances et les attitudes des adolescents en ce qui concerne la SSR. Les cours ont aussi une importante composante de formation en compétences qui est conçue pour aider les adolescents à transformer leurs attitudes et intentions afin de changer leur comportement.

Après les heures de classe, ces leçons sont suivies de pièces, de chansons, de jeux de rôles et de poèmes qui sont préparés par les élèves (à l'aide des enseignants). Des clubs de débat sont tenus deux fois par mois dans chaque école. Les élèves plus jeunes et les jeunes qui ne sont plus scolarisés sont invités à y assister.

Avant le programme MEMA kwa Vijana, nous ne soignons aucun élève. Je pense qu'ils se méfiaient de notre confidentialité – de plus, ils avaient honte et ils craignaient leurs parents.

Infirmière de santé publique

Il y a un comité scolaire de 15 membres : deux enseignants, le coordonnateur didactique de la circonscription, un travailleur de santé, et d'autres hommes et femmes de la communauté. Le comité guide l'école par des discussions sur les points de vue, les besoins, le progrès et les recommandations communiqués par tous les intéressés (élèves, enseignants, membres de la communauté).

Étude de cas : Un cours

Pour commencer le cours, et pour « briser la glace », l'enseignant demande aux élèves de chanter. Il leur pose ensuite des questions pour passer en revue les ce qu'ils ont appris lors du cours précédent. Par exemple, « Qui peut nous dire de quoi nous avons discuté pendant le dernier cours ? » L'enseignant écrit le sujet du cours actuel au tableau. Les élèves le lisent et ils devinent de quoi il s'agit. Le thème est ensuite introduit à l'aide d'une courte pièce qui est montée par les éducateurs pairs. Les élèves se mettent en groupes pour une sorte de concours-quiz durant lequel il faut répondre aux questions qui sont posées par l'enseignant. Les élèves peuvent maintenant poser leurs propres questions et ils discutent de ce qu'ils ont appris. Les devoirs sont donnés et les élèves

sont encouragés à en discuter avec les élèves et les individus qui n'ont pas participé au cours (frères, sœurs, parents, pairs qui ne sont plus scolarisés).

Les enseignants assistent à des ateliers annuels, où ils se réunissent avec d'autres enseignants provenant d'autres écoles pour surveiller et évaluer le progrès du programme et pour échanger leurs idées et découvertes.

Le coordonnateur d'éducation de la circonscription se rend à chaque école trois fois par mois pour assurer que les matières et les thèmes concernant la SSR des adolescents sont enseignés comme prévu. Il discute aussi du progrès du programme avec les enseignants et les éducateurs pairs. Les problèmes soulevés sont discutés d'abord par le comité scolaire et, si une solution n'est pas trouvée, MEMA kwa Vijana et l'inspecteur d'éducation du district sont avertis.

Conseils. Des conseils empathiques sont donnés par l'enseignant-tuteur ou par les enseignants qui ont reçu une formation sur la SSR des adolescents ; cela se fait sur demande, ou quand les enseignants perçoivent le besoin.

Semaines de la santé de la jeunesse. Cette activité a lieu une fois par an. Les élèves de toutes les écoles du district qui participent au programme se réunissent pour montrer ce qu'ils ont appris pendant l'année. Les membres de la communauté et les leaders au niveau régional et du district sont invités aussi. Le but de l'activité est de diffuser des messages sur la prévention du VIH/SIDA et des IST, ainsi que de sensibiliser les gens aux besoins relatifs à la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Clinique de santé

Un programme de services de santé sexuelle et reproductive « youth-friendly » (adaptés aux jeunes) a été développé. On est en train de le mettre en œuvre dans 18 centres de santé qui sont dirigés par le gouvernement. Deux travailleurs de santé par clinique ont reçu une formation qui les a préparés à fournir des services de SSR qui sont adaptés aux jeunes, en vue d'améliorer l'accès des adolescents aux soins de MST et aux services de planning familial efficaces. Le programme est centré sur les droits des adolescents aux services complets, aux soins empathiques, au respect et à la confidentialité.

Les travailleurs de santé qualifiés se rendent à chaque école une fois par mois pour évaluer la santé générale des élèves et pour échanger des nouvelles avec les enseignants et les tuteurs.

Distribution des préservatifs

Le projet a formé 228 jeunes comme CPD (pairs qui promeuvent et distribuent les préservatifs). Les CPD sont choisis par leurs pairs pour vendre des préservatifs à un prix abordable dans les villages qui sont servis par l'intervention. Les préservatifs sont fournis à au moins un distributeur central dans chaque communauté où le projet est actif ; le distributeur central vend, à son tour, les réserves aux CPD.

Mobilisation communautaire

Des activités communautaires sont organisées tout le long de l'année. Elles visent à sensibiliser la communauté aux risques qui menacent la santé sexuelle et reproductive des adolescents et elles mobilisent le soutien des autres composantes de l'intervention. Ces activités sont surveillées dans chaque communauté par un comité de conseil composé de 15 à 22 individus qui ont été élus par la communauté vers la fin de 1998 après une semaine de mobilisation communautaire participative.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

L'évaluation des besoins n'était pas disponible. Quoiqu'il en soit, le directeur du programme a déclaré que les résultats principaux démontrent que la plupart des élèves commencent leur activité sexuelle avant l'âge de 13 ou 14 ans. De plus, on a trouvé que 5 % des jeunes filles et 1 % des garçons âgés de 19 ans étaient séropositifs. Beaucoup de jeunes filles (en particulier celles qui sont pauvres) avaient été séduites par de petits cadeaux pour avoir des relations sexuelles non protégées avec des hommes plus vieux et plus riches. Ces hommes croient que ces filles, jeunes et naïves, n'ont pas encore été infectées par le VIH.

Matériel du programme

MEMA kwa Vijana a développé son propre matériel pédagogique pour les enseignants et les élèves. Le matériel est en kiswahili ; une traduction en anglais est en cours, avec une publication prévue pour 2003. Les autres supports pédagogiques ont été adaptés à partir de ceux qui avaient été créés par d'autres ONG, comme la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) et des programmes tels que Tanzania Netherlands Support for AIDS (TANESA), parmi d'autres.

Matériel du groupe cible

- *KINGA*, guide (en kiswahili) pour les éducateurs pairs, préparé par le Ministère de l'Éducation et de la culture ;
- matériel d'éducation à la santé et à la vie familiale pour les classes de 7ème, 6ème et 5ème années (portant principalement sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents) ;

- huit brochures de la GTZ qui répondent aux questions sur la SSR les plus fréquemment posées par les adolescents :
 - Volume 1 – Grandir
 - Volume 2 – Relations entre hommes et femmes
 - Volume 3 – Relations sexuelles
 - Volume 4 – Grossesse
 - Volume 5 – Relations personnelles saines
 - Volume 6 – VIH/SIDA et la nouvelle génération
 - Volume 7 – Drogues et l'abus des drogues
 - Volume 8 – Alcool et cigarettes

Le programme est très utile parce que maintenant les taux de grossesse, d'absentéisme et d'abandon des études sont bas. Par exemple, depuis deux ans aucune élève n'est tombée enceinte. Les jeunes filles sont plus assurées. Elles sont capables de dire non aux avances sexuelles, et les relations personnelles entre les garçons et les filles sont bonnes.

Enseignant

Matériel supplémentaire

D'autre matériel pédagogique, tels qu'un tableau à feuilles sur les organes sexuels des femmes et des hommes, des affiches et des brochures sont utilisés. De plus, des vidéos créées par le National AIDS Control Program et d'autres ONG comme la GTZ et le TANESA sont employées aussi.

Matériel de formation du personnel

Trois livres, un pour chaque classe (7ème, 6ème et 5ème années) ont été développés pour servir de guides aux enseignants :

- un livre de questions et réponses pour les éducateurs pairs ; ce livre traite des questions posées les plus souvent par les jeunes,
- un guide pour enseignants qui les aide à enseigner la SSR,
- un livre de ressources pour enseignants qui contient des détails sur le VIH/SIDA et les IST, ainsi que le planning familial, y compris l'utilisation du préservatif.

Choix et formation du personnel

- Au début, le programme formait les formateurs des pairs (TOP – trainers of peers), qui participaient à la formation de leurs pairs ; cet élément du programme a été abandonné pour faire place à la formation des enseignants.
- Les postes supérieurs ont été annoncés dans les médias. Les candidats ont été convoqués aux entrevues et les meilleurs candidats ont été engagés. Les employés subalternes ont été recrutés dans la région d'intervention par des annonces internes et par d'autres annonces qui ont été envoyées aux partenaires.
- Cette année, la coordonnatrice du programme a été sponsorisée pour suivre un cours d'un an de durée, afin de recevoir une maîtrise en santé publique (MPH – Master's degree in public health) à Londres.

Mise en œuvre du programme

Aucune information n'était disponible sur la mise en œuvre du programme.

Ressources du programme

Le bureau central du programme est spacieux. Les livres, affiches, tableaux, dépliants et pamphlets y sont entreposés, ainsi que d'autres matériels. Le bureau est aussi équipé de nombreux ordinateurs et imprimantes et d'une photocopieuse. Le programme dispose également de quatre véhicules.

Plaidoyer

MEMA kwa Vijana est bien soutenu par les fonctionnaires et les leaders communautaires. Le gouvernement fournit des directives politiques et participe à la mise en œuvre du programme (leaders du MoEC et du MoH au niveau du district). Les travailleurs des installations de santé du gouvernement offrent des services adaptés aux jeunes.

Une discussion tenue avec le responsable d'éducation pour la région de Mwanza et avec le responsable didactique de la zone a révélé qu'ils étaient contents du programme et qu'ils aimeraient voir une expansion qui s'étendrait à toutes les écoles de la région.

Rapport financier

Coût estimé par participant(e) du programme :

- Pendant la phase pilote (développement et suivi intensifs), le coût par jeune dans le groupe cible primaire était 17 \$US.
- Le coût de la deuxième année était 7,63 \$US.
- Le coût d'exécution annuel est maintenant 1,37 \$US par participant(e) par an.

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Coordonnatrice du programme

- Une formation (qui est menée par les enseignants, aidés par les pairs), en éducation à la santé sexuelle et reproductive est maintenant acceptable et faisable dans le contexte du curriculum scolaire normal. Cet objectif a été atteint par des discussions tenues avec des leaders didactiques, qui ont consenti à consacrer une heure par semaine par classe à l'enseignement de la santé sexuelle et reproductive. Il est de même pour les services de santé adaptés aux jeunes.
- Puisque les parents sont ciblés, les messages de SSR des adolescents sont intégrés davantage à la vie communautaire.
- Les programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents doivent utiliser, et augmenter, la capacité et l'infrastructure locales pour promouvoir et soutenir l'éducation par les pairs.
- Une légère opposition a été remarquée de la part des leaders religieux, surtout à propos de l'utilisation des préservatifs. Cette opposition peut être évitée si les leaders religieux participent dès le début du programme. Les discussions et les démonstrations concernant l'utilisation des préservatifs qui ont lieu dans les salles de classe demeurent un sujet controversé. Il faut surmonter cet obstacle, car cette discussion est nécessaire du point de vue didactique.
- La transformation des programmes de SSR des adolescents en activités auxquelles les jeunes s'identifient (théâtre, sports, divertissement, activités qui augmentent les fonds) répond mieux à leurs besoins. De plus, le mélange des activités éducatives sur la SSR avec les services et le counselling adaptés aux jeunes changera plus probablement le comportement.
- Le risque à la santé sexuelle et reproductive couru par un adolescent est révélateur des importants besoins sociaux et économiques qui ne sont pas remplis. Il faut répondre à ce besoin, qui peut empirer la situation.
- Il est difficile de former les jeunes de 12 à 19 ans sur l'éducation par les pairs. Les jeunes jouent cependant bien les pièces et sont efficaces à amorcer les discussions. Le rôle des jeunes devrait consister en faciliter les éducateurs pairs plus âgés, qui sont mieux formés, au lieu de mener l'activité didactique eux-mêmes.
- Bien que la promotion et distribution des préservatifs dans les communautés soit en croissance, les jeunes qui sont responsables de la distribution ont utilisé l'argent qu'ils avaient gagné à d'autres fins parce qu'ils ne gagnaient pas assez d'argent. Par conséquent, beaucoup des CPD ont quitté le programme ou ils sont devenus très mobiles (« la recherche de la vie »). La croissance de l'absentéisme et l'inertie des ventes ont rendu cette composante difficile à maintenir. Il ne suffit pas de former les CPD en affaires ; il faut que les communautés soient plus disposées à acheter et utiliser les préservatifs.
- Les évaluations de processus régulières rendent les programmes plus forts en les rendant plus actifs et pertinents aux besoins émergents.

Enseignants

Les enseignants ont tous demandé la formation.

Éducateurs pairs

- Pendant les semaines de la santé de la jeunesse (Youth Health Weeks), plusieurs écoles devraient organiser des concours, et les meilleurs participants pourraient être récompensés. Cela encouragerait le maintien du prestige durant l'apprentissage.
- La communauté et les jeunes trouveraient des vidéos des performances plus agréables et ils les comprendraient mieux.

Évaluation

L'effet de l'intervention sur le comportement sexuel et la santé reproductive des adolescents sera évalué par le NIMR en 2003. Le rapport final sera soumis en 2002. Les deux composantes principales sont présentées ci-après.

Impact biomédical

Les résultats principaux de l'essai consisteront en une comparaison du VIH, des autres IST et des grossesses non désirées entre :

- une cohorte d'élèves dans 62 écoles de 10 communautés qui ont été choisies au hasard pour bénéficier de l'intervention pendant la première phase (janvier 1999 - décembre 2002) et
- un nombre égal d'élèves de 10 communautés semblables qui ont été choisies au hasard pour bénéficier de l'intervention à partir de juillet 2003 (si l'intervention est jugée d'avoir été efficace pendant la première phase).

La prévalence du VIH, des autres IST et des grossesses non désirées a été mesurée pendant le recrutement de la cohorte entre août et décembre 1998, directement avant l'introduction de l'intervention. Une enquête de suivi provisoire a été conduite entre février et juin 2000 (approximativement 18 mois après l'enquête de recrutement de la cohorte, et entre 13 et 18 mois après le début de l'intervention dans la moitié des communautés). L'enquête de suivi finale a été conduite en 2002 (approximativement 3 ans après l'enquête de recrutement, et entre 33 et 40 mois après le début de l'intervention dans la moitié des communautés).

Une enquête initiale (novembre 1997 - mai 1998) sur la prévalence du VIH et des IST a été conduite dans les communautés du projet pour assurer que les communautés étaient suffisamment similaires pour être comparées, ce qui a rendu l'enquête plus efficace. Les sujets de l'enquête étaient 9 500 jeunes, âgés de 15 à 19 ans.

Impact comportemental

Le projet mesure aussi l'effet de l'intervention sur les connaissances relatives à la SSR, les attitudes et le comportement chez des adolescents de la même cohorte. Cela se fait par une variété de méthodes quantitatives et qualitatives :

- une étude participative et qualitative conduite par des assistants de recherche qui ont vécu dans des ménages pendant sept semaines pour étudier le comportement sexuel, les croyances, les attitudes et d'autres éléments pertinents ;
- des entrevues en profondeur avec les membres du programme ;
- des discussions de groupe dans les villages ; et

- une évaluation des cliniques de santé conduite à l'aide de jeunes « patients simulés ». (Cette étude a montré que les travailleurs de santé qui avaient reçu une formation comme élément du programme étaient beaucoup moins prédisposés à juger et ils étaient plus accueillants envers les jeunes.)

Les évaluations des autres aspects du programme (formation des enseignants-éducateurs pairs, curriculum scolaire, etc.) sont énumérées dans le tableau chronologique. Pour d'autres informations, veuillez contacter le directeur du programme (voir contacts, Partie D).

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	Atteint en partie	Les jeunes sont permis d'exprimer leurs points de vue librement, et ces points de vue sont respectés. Ils préparent et jouent des pièces, des jeux de rôles, etc. Ils choisissent leurs enseignants-tuteurs. Cependant, les preuves de leur participation pendant les étapes de conception et préparation ne sont pas documentées.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	✓	Dans leur enseignement quotidien les enseignants traitent les sujets liés aux risques. Les histoires et les pièces tiennent compte des risques en question, et tout le monde en discute.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	Les compétences et les attitudes sont améliorées. Bien des jeunes (surtout les jeunes filles) semblent avoir le courage de dire non quand les rapports sexuels sont demandés. La sexualité est un sujet dont ils peuvent maintenant parler avec leurs pairs et leur enseignant-tuteur plus librement et ouvertement.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	Les valeurs sociales positives sont améliorées. À titre d'exemple : le respect des aînés, l'abstinence avant le mariage, comment les jeunes filles peuvent réagir lors des premières règles, le secours porté aux personnes âgées et aux malades de la communauté.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants	✓	MEMA kwa Vijana a conduit une évaluation des besoins pour déterminer

	et sur l'évaluation de la situation générale.		les besoins des jeunes. Les résultats ont été recueillis et utilisés lors du développement des guides de formation.
6	Conduit une formation continue aux enseignants et aux autres fournisseurs de service.	✓	Les enseignants, les tuteurs et les fournisseurs de service ont été formés avant le début du programme ; il y a un atelier annuel consacré à l'échange des expériences.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	Le programme implique entièrement les élèves par l'éducation par les pairs, les pièces de théâtre, les jeux de rôles, les poèmes, etc.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	La communauté est très impliquée. Les membres de la communauté sont représentés aux comités scolaires, ils assistent aux activités de la semaine de la jeunesse, etc. Cela a amélioré la communication entre les élèves, les parents et la communauté concernant la SSR. Cependant, la communauté devrait être tenue au courant du vrai contenu du programme, en détail, pour faire disparaître les différences, par exemple, sur la démonstration en salle de classe de l'utilisation du préservatif.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	✓	Les messages deviennent de plus en plus complexes entre la 7ème année et la 5ème.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	✓	Le programme fait partie du curriculum scolaire. Les matières relatives à la SSR des adolescents sont enseignées pendant les heures de classe (cours de biologie ou instruction civique). Le MoEC a approuvé le programme.
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	Atteint en partie	En attente des résultats de l'évaluation.
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	Non applicable	Il n'y a pas de programme systématique de santé en milieu scolaire dans la région de Mwanza.
13	Communique des messages dont	✓	Le matériel pédagogique a été développé par des experts de santé et

	l'information est correcte et cohérente.		les informations qu'il fournit sont exactes.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	Le commissaire régional, le conseiller de la circonscription et le responsable d'éducation régional ont demandé une augmentation pour faire participer toutes les écoles de la région.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	✓	MEMA traite ces sujets, qui sont épineux du point de vue culturel. Les enseignants, les éducateurs pairs et les tuteurs ont rencontré des problèmes pendant la première année du programme (en 7ème année) parce que la sexualité n'était pas traditionnellement discutée ouvertement, surtout avec les jeunes. Les jeunes sont d'habitude plus confortables à partir de la deuxième année.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	Une évaluation à grande échelle, scientifiquement conçue, a été conduite.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

Dr. David Ross
MEMA kwa Vijana project director
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Keppel St.
London WC1E 7HT, United Kingdom
Courrier électronique : david.ross@lshtm.ac.uk

Dr. Awene Gavyole
Programme coordinator
African Medical and Research Foundation (AMREF)

Lake Zone Programme
P.O. Box 1482
Mwanza, Tanzania
Courrier électronique : gavyolea@amrefmza.org

Mr. Maende Makokha
MEMA kwa Vijana intervention coordinator
African Medical and Research Foundation (AMREF)
P.O. Box 1482
Mwanza, Tanzania
Courrier électronique : maendem@amrefmza.org

Collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été préparé par Adeline Kimambo, avec l'aide de Mme Zablon.

Version anglaise éditée par Katie Tripp et Helen Baños Smith.

Nous sommes reconnaissants de l'appui des individus suivants, qui ont fourni une grande partie des informations contenues dans ce rapport :

Dr. David Ross – Directeur
Ms. Bernadette Clephas – Coordinatrice de l'intervention
Mr. Maende Makokha – Coordonnateur adjoint de l'intervention
Mr. Kenneth Chima – Responsable des matériels d'apprentissage à la santé
Mr. Godwin Mmassy – Chef d'équipe (éducation)
Ms. Rachel Alex – Facilitatrice de l'intervention de la jeunesse
Mr. Joseph Charles – Facilitateur de l'intervention de la jeunesse
Mr. B.J. Mujaya – Responsable d'éducation régional, Mwanza
Mr. Felix Mwinagwa – Responsable en chef de la zone (pour toutes les écoles de la Lake Zone – zone du lac, qui comprend quatre régions)
Ms. Mary Plummer – Coordinatrice de recherche en sciences sociales
Ms. Anna Mtani – Directrice, Bugalama Primary School, Sengerema
Ms. Beatrice Venance – Institutrice, Bugalama Primary School
12 enseignants et élèves de la Bugalama Primary School
Ms. Restituta Kasaka – Responsable clinique, Inchange Katunguru Health Centre
Ms. Anastazia Mtebe – Infirmière de santé publique, Katunguru Health Centre
Mr. Shadrack Mrutu – Travailleur de la santé
John Mulunga – Coordonnateur didactique par intérim de la circonscription et directeur de la Katunguru Primary School

Matériel pédagogique

Year 2 Training protocols : Final field versions (protocoles de formation, 2ème année)
(Numéro de commande : MEMA 01)

Final head teachers' training protocol, February 2002 (protocole final de formation des

directeurs)

(Numéro de commande : MEMA 02)

Protocol for the training of health workers in the provision of youth friendly reproductive health services (protocole de formation à l'usage des travailleurs de santé fournissant des services de santé reproductive adaptés aux jeunes)

(Numéro de commande : MEMA 03)

Refresher protocol for YFS training for health workers (protocole pour la formation continue des travailleurs de la santé sur les services adaptés aux jeunes)

(Numéro de commande : MEMA 04)

Chanzo cha Habari 2000

(Numéro de commande : MEMA 05)

Kinga : Mwongozo wa malezi na ushauri nasaha shule za msingi

(Numéro de commande : MEMA 06)

Kinga : Elimu ya Afya ya Kujikinga na Magonjwa ya Zinaa na UNIMWI. Kiongozi cha Mwelimishaji Rika. Wizara ya Elimu na Utamaduni

(Numéro de commande : MEMA 07)

Elimu ya Afya ya Uzazi kwa shule za Msingi : Michezo ya Kuigiza kwa Waelimishaji Rika wa Darasa la 5-7

(Numéro de commande : MEMA 08)

Elimu ya Afya ya Uzazi Kiongozi cha Mwalimu-Darasa la 7

(Numéro de commande : MEMA 09)

Elimu ya Afya ya Uzazi Kiongozi cha Mwalimu-Darasa la 6

(Numéro de commande : MEMA 10)

Elimu ya Afya ya Uzazi Kiongozi cha Mwalimu-Darasa la 5

(Numéro de commande : MEMA 11)

MEMA kwa Vijana Cohort Recruitment : Self completion questionnaire MALE (questionnaire autoadministré sur le recrutement de la cohorte – hommes)

(Numéro de commande : MEMA 12)

MEMA kwa Vijana Cohort Recruitment : Self completion questionnaire FEMALE (questionnaire autoadministré sur le recrutement de la cohorte – femmes)

(Numéro de commande : MEMA 13)

1998 cohort recruitment self-completion questionnaire results report (rapport sur les résultats du questionnaire autoadministré sur le recrutement de la cohorte)

(Numéro de commande : MEMA 14)

Fourth annual report (Oct 2000- Sept 2001) (Quatrième rapport annuel)
(Numéro de commande : MEMA 15)

Report on a focus group discussion and in-depth interview series with young people in rural Mwanza, Tanzania, December 2000 (rapport fait sur une discussion de groupe et une série d'entretiens approfondis menés auprès des jeunes de la zone rurale de Mwanza, décembre 2000)
(Numéro de commande : MEMA 16)

Participant observation reports : Jan-Feb 2001 (rapports d'observation des participants)
(Numéro de commande : MEMA 17)

Process evaluation report : Community and class peer educator trainings, Feb 1999
(rapport d'évaluation de processus)
(Numéro de commande : MEMA 18)

Evaluation report of HIV/AIDS peer education in MEMA kwa Vijana project, Nov 2000
(rapport d'évaluation de l'éducation par les pairs sur le VIH, projet MEMA kwa Vijana, novembre 2000)
(Numéro de commande : MEMA 19)

Evaluation of the teachers' training sessions for the MEMA kwa Vijana teacher-led component, Jan 2001 (évaluation des séances de formation des enseignants durant la composante menée par les enseignants du projet MEMA kwa Vijana, janvier 2001)
(Numéro de commande : MEMA 20)

The MEMA kwa Vijana Curriculum : A review, May 2001 (étude, curriculum scolaire)
(Numéro de commande : MEMA 21)

Sexual behaviour among young people in Bunda District, Mara Region, Tanzania ; June 2000 (comportement sexuel des jeunes du district de Bunda)
(Numéro de commande : MEMA 22)

Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania : need for intervention ; 1998 (santé sexuelle et reproductive des élèves d'école primaire et secondaire de Mwanza)
(Numéro de commande : MEMA 23)

MEMA kwa Vijana-Tutawaelimishaje?
(Numéro de commande : MEMA 24)

National Policy on HIV/AIDS, Nov 2001. Prime Minister's Office (politique nationale sur le VIH/SIDA, novembre 2001, bureau du premier ministre)
(Numéro de commande : MEMA 25)

SADC HIV/AIDS strategic framework and programme of action : 2000–2004 (cadre stratégique et programme d'action)
(Numéro de commande : MEMA 26)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL

Le nombre de personnel travaillant à présent sur le programme est montré dans le tableau A.1.

Jusqu'à ces derniers temps, 22 éducateurs pairs communautaires travaillent bénévolement. Jusqu'en 2001, quand le financement a été interrompu, les éducateurs pairs recevaient 5 000 *shillings tanzaniens* (5 \$US) par mois. Le ratio par rapport au sexe a varié au cours des trois premières années du projet, de 60 % hommes/40 % femmes jusqu'à 75 % hommes/25 % femmes. Le nombre décroissant d'éducateurs pairs féminins était dû aux pertes beaucoup plus élevées parmi les femmes associées au programme (par exemple, quelques unes ont déménagé pour se marier, les maris d'autres femmes ont refusé de les permettre de continuer comme bénévoles, et parfois elles avaient d'autres responsabilités domestiques).

Personnel	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein, payé	8	Coordonnatrice Coordonnateur adjoint Facilitateurs/facilitatrices de la jeunesse Secrétaire Chauffeur (3)	F H F & H F H
Temps partiel, payé	2	Chef d'équipe (éducation) Chef d'équipe (santé)	H H
Éducateurs pairs bénévoles (aucune allocation ni indemnité)	1 124	Éducateurs pairs travaillant en salle de classe	F & H
Bénévoles, temps partiel	62	Directeurs/directrices	F & H F & H
Travailleurs des centres de santé	46	Travailleurs de la santé	F & H
Formateurs et formatrices des pairs	22	Jeunes de la communauté (âgés de 18 à 24 ans)	F & H

Résumé du programme

Students Partnership Worldwide : Programme d'éducation à la santé en milieu scolaire (SHEP)

Students Partnership Worldwide (SPW) est une ONG à but non lucratif qui vise à mettre les enfants au cœur du processus de développement. Travaillant sous l'égide du Ministère de l'Éducation et de la Culture de la Tanzanie, le SPW est de l'avis que les jeunes ont beaucoup à offrir, et que leur âge peut être avantageux lors des discussions sur des sujets épineux.

Le SPW de la Tanzanie vient de terminer la troisième année de l'exécution du Demonstration Model of School Health Education (modèle de démonstration d'éducation à la santé en milieu scolaire) dans 35 écoles secondaires de tous les sept districts de la région d'Iringa. Le programme forme les Tanzaniens et les Européens âgés de 18 à 25 ans avant de les employer comme éducateurs pairs. Ils jouent un rôle important dans une campagne scolaire qui vise à mobiliser les jeunes contre le VIH/SIDA. Les éducateurs pairs utilisent des activités participatives dans la salle de classe et lors des activités extrascolaires, afin d'enseigner la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Ils travaillent aussi à faciliter l'accès aux services adaptés aux jeunes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs de l'école.

Ces jeunes éducateurs pairs, qui sont d'ailleurs dévoués et bien formés, se révèlent très habiles à mettre en cause la « culture » de honte et de dénégation chez la génération plus âgée. De plus, ils sont habiles à produire la modification de comportement qui est nécessaire, en exerçant une influence positive sur leurs pairs plus jeunes. Les élèves qui ont été touchés par le School Health Education Program sont capables d'apprendre à leurs égaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des murs de l'école ; ils peuvent également instruire les générations plus âgées.

Jusqu'à présent, approximativement 16 250 élèves ont bénéficié du programme à un coût qui s'élève à 24,12 \$US par élève par an. Il est à noter, que 15 000 adultes en ont bénéficié aussi, avec de nombreux autres adultes et enfants d'âge scolaire dans la communauté. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 11 en entier et 5 en partie.

Students Partnership Worldwide : Programme d'éducation à la santé en milieu scolaire (SHEP)

PARTIE A : LE PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

Students Partnership Worldwide (SPW) dirige des programmes VIH/SIDA en Inde, au Népal, en Afrique du Sud et en Ouganda, ainsi qu'une intervention d'éducation en cours au Zimbabwe qui comprend une composante de suivi médical. Le SPW travaille en Tanzanie depuis 1992 et il témoigne de la situation qui empire dans ce pays en ce qui concerne le VIH/SIDA. Une enquête a été conduite en 1998-99 en vue de déterminer quoi faire pour améliorer cette situation. Il a été déterminé que l'enseignement sur le VIH/SIDA dans les écoles secondaires ne tient pas compte de l'urgence ni de l'échelle du problème ; le VIH n'est pas un sujet qui se prête à un examen, et les professeurs n'ont pas suffisamment de temps pour s'en occuper. De plus, le SIDA n'est enseigné que dans les cours de biologie, et ce de manière très conventionnelle.

Il faut surtout protéger nos enfants contre l'infection par le VIH. Quand ils sont jeunes, ils doivent être suffisamment informés, conseillés et autonomisés pour savoir comment éviter l'infection.

Benjamin William Mkapa, Président de la Tanzanie

Par conséquent, le SPW a suggéré que l'éducation sur le VIH/SIDA soit nécessaire dans les écoles et que cette éducation devrait être extrascolaire, informelle et participative, centrée sur les compétences des élèves. Le SPW a également remarqué un manque de communication entre les élèves et les enseignants, et il a suggéré que des éducateurs et pairs qualifiés rempliraient mieux ce besoin de combler le fossé entre les élèves et les enseignants.

<p>1998</p>	<p>Phase de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des besoins conduite dans les régions d'Iringa et de Mbeya ; visites des écoles secondaires des régions • Région d'Iringa choisie comme région pilote • Sélection de 19 écoles secondaires pour les interventions SHEP (School Health Education Program [Programme d'éducation à la santé en milieu scolaire]) <p>Préparatifs du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation des fonds du SPW-UK (Royaume-Uni) • Recrutement du directeur du programme, du manager et du coordonnateur • Discussions et réunions de sensibilisation tenues avec les écoles secondaires, avec les autorités de l'éducation aux niveaux régional, national et du district et avec les leaders communautaires au niveau de la circonscription • Établissement de la salle de documentation du SPW Youth Development Centre (YDC [Centre de développement de la jeunesse]) • Préparation du manuel SHEP pour éducateurs pairs
<p>1999</p>	<p>Sélection et formation des éducateurs pairs (avril - décembre, répétée annuellement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Annonces publiées pour les postes d'éducateur pair ; visites aux écoles secondaires pour faire connaître le programme au public ; distribution des formulaires • Réception des formulaires, présélection des candidats et candidates • Candidats et candidates présélectionnés invités aux week-ends de sélection spéciale • Bénévoles choisis en collaboration avec les autorités de l'éducation
<p>2000</p>	<p>Formation des éducateurs pairs (janvier - février, répétée annuellement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation initiale de trois semaines sur : l'éducation par les pairs, l'éducation informelle, l'organisation des sports, la pédagogie, la formation des équipes et la sensibilisation interculturelle • Formation de deux semaines en milieu scolaire et établissement d'un

	<p>YDC dans chaque école</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation de base de deux semaines en SSR des adolescents et sur d'autres sujets relatifs à la jeunesse, tels que les droits des enfants et l'abus des drogues
2001	<p>Affectation des éducateurs pairs (février - septembre, répétée annuellement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux éducateurs pairs, du même sexe, attachés à 19 écoles et communautés pour commencer la mise en œuvre de l'enseignement de la SSR des jeunes et de l'organisation des activités extrascolaires, scolaires et communautaires sur la sensibilisation du public aux problèmes de la santé. Début du counselling informel pour élèves. • Suivi et évaluation des activités des éducateurs pairs menés par les enseignants et le personnel du SPW • Atelier conduit en juillet pour éducateurs pairs et enseignants-tuteurs : pour formation continue • Financement initial reçu de la part de la Swedish International Development Authority (SIDA) pour un atelier en juillet destiné aux éducateurs pairs et aux enseignants-tuteurs pour la formation continue
2002	<p>Janvier - décembre, répété annuellement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réactions et évaluation continues reçues de la part des intéressés • Évaluations internes du SPW conduites auprès des éducateurs pairs et du personnel • Planification de la prochaine année du programme • Préparatifs pour vérification des comptes financiers et pour rapports narratifs • Ajout de 16 écoles et de 32 éducateurs pairs tanzaniens ; total de 35 écoles et 70 éducateurs pairs dans le programme

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

À l'aide de ces résultats, un programme a été conçu en 1999. On voulait employer une ressource qui jusque-là était sous-exploitée : ceux et celles qui ont quitté l'école pendant la dernière année des études. Il fallait recruter de jeunes Tanzaniens et Tanzaniennes instruits et enthousiastes pour travailler comme éducateurs pairs. Ces jeunes, âgés de 18 à 25 ans, travaillent ensemble avec des éducateurs pairs étrangers (principalement britanniques), avec qui ils forment une équipe interculturelle. Le but principal du programme est de faire parler les éducateurs pairs de la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents. Cette discussion se tient lors d'un cours d'une heure de durée qui a lieu une fois par semaine pendant les heures de classe. De plus, les éducateurs pairs organisent et facilitent de nombreux événements et festivals sur la santé, en milieu scolaire et dans la communauté.

La région d'Iringa et le reste de la Southern Highlands Zone ont été choisis comme point de départ pour le programme parce que cette région n'était pas suffisamment servie par les autres programmes VIH/SIDA. De plus, la région d'Iringa se trouve sur l'autoroute principale qui lie la Tanzanie et la Zambie et, par conséquent, beaucoup de camionneurs y passent. (Les routes de camionnage sont bien connues comme vecteurs de

transmission du VIH.) L'Iringa est d'ailleurs une région où les travailleurs saisonniers sont nombreux, ce qui constitue un autre facteur important dans la propagation du VIH/SIDA. Il y a aussi de nombreuses écoles secondaires rurales, dont la plupart sont communautaires. De plus, le SPW a passé des années à créer une ambiance de confiance et de rapport avec les écoles de la région.

Le programme a commencé dans 19 écoles secondaires en 1999, et 16 autres écoles secondaires ont été rajoutées en 2002. Le modèle de démonstration, qui a duré trois ans, s'est terminé en 2002 ; le SPW a maintenant l'intention d'amplifier le programme pour l'implanter dans les régions de Mbeya, de Ruvuma, de Morogoro, de Dodoma et de Rukwa. Il est espéré que le programme sera éventuellement adopté à l'échelle nationale.

Vue d'ensemble du programme

But

Le programme vise à sensibiliser les enfants et les jeunes et de leur fournir des informations et des compétences exactes et appropriées pour leur permettre de prendre de bonnes décisions et de se comporter de manière responsable en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive.

Objectifs

Selon le coordonnateur du programme, les objectifs du programme à l'égard des enfants et des jeunes sont de :

- permettre aux membres du groupe vulnérable de protéger leur santé reproductive ;
- promouvoir les aptitudes à la vie quotidienne chez les jeunes, en particulier leur confiance et estime de soi ;
- fournir un meilleur accès aux informations exactes et « youth-friendly » (adaptées aux jeunes) qui souligne les facteurs de risque. Les jeunes peuvent ainsi prendre des décisions appropriées sur des sujets critiques qui ont un effet sur leur bien-être.

Pour les adultes, les objectifs du programme sont de :

- promouvoir une conscience empathique envers la SSR des adolescents et d'offrir le soutien que les jeunes méritent, et dont ils ont besoin ;
- faire comprendre l'état de la SSR de la communauté (en particulier la menace du VIH/SIDA) et de prendre des mesures appropriées pour l'améliorer
- sensibiliser les adultes à des sujets épineux mais essentiels qui font partie d'une campagne VIH/SIDA (droits des enfants, contexte social du VIH/SIDA en Afrique, réduction de la honte et amélioration des soins fournis aux personnes vivant avec le VIH/SIDA).

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Le groupe cible primaire est constitué des élèves d'école secondaire (âgés de 13 à 20 ans) dans 35 écoles de la région d'Iringa.

Groupes cible secondaires

Les groupes cible secondaires sont constitués des élèves d'école primaire (âgés de 11 à 15 ans), des jeunes qui ne sont plus scolarisés (âgés de 10 à 24 ans) et de la communauté générale (de tous âges). Les adultes participent au programme principalement pendant les festivals de la jeunesse, quand toute la communauté y participe.

Champ d'action

Le programme opère dans la partie sud-centrale de la Tanzanie, dans tous les six districts de la région d'Iringa (municipalité d'Iringa, zone rurale d'Iringa, Kilolo, Mufindi, Njombe, Ludewa et Makete). Trente-cinq écoles secondaires participent à ce programme.

Durée du programme

Le programme dure huit mois et il a lieu annuellement, de janvier à septembre. La période entre septembre et décembre est utilisée pour l'évaluation et l'organisation pour le programme de l'année suivante. Quelques écoles secondaires ont reçu des éducateurs pairs pour une durée de trois ans ; d'autres en ont reçu pour un ou deux ans.

Buts du programme

La figure 2 montre comment le coordonnateur du programme et les exécutives et exécutrices ont classé les buts du programme. Il est important d'enseigner le contexte général du VIH/SIDA, au lieu d'enseigner seulement les faits biologiques. Par exemple, il faut parler des sujets tels que les pratiques et croyances traditionnelles (harcèlement sexuel et viol, « sugar daddies » ou « sugar mummies » [hommes et femmes qui exploitent les jeunes], l'échange des rapports sexuels pour des cadeaux, etc.). Il est nécessaire de discuter des mythes populaires concernant le VIH/SIDA dans les zones rurales (les préservatifs ne marchent pas, ou les préservatifs sont infectés par le VIH à cause d'une conspiration ; un homme est protégé contre le VIH s'il a des rapports sexuels avec une jeune fille).

Éducation suffisante et appropriée sur la SSR des adolescents
Informations sur le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le planning familial
Communication et aptitudes à la vie quotidienne
Influence des pairs
Relations personnelles des adolescents

Figure 2. Buts du programme classés selon leur importance par le coordonnateur du programme

Approches

Le directeur du programme a classé les approches selon leur priorité, comme indiqué dans la figure 3.

Le personnel du programme croit que les approches utilisées sont appropriées et convenables pour atteindre les buts et les objectifs parce qu'on a vu une amélioration sensible des connaissances et du comportement chez les jeunes.

Éducation par les pairs
Éducation sur la sexualité/le VIH/les IST, avec l'éducation sur l'abstinence et la contraception
Développement des habiletés fondamentales et des compétences comportementales, y compris l'autosuffisance et l'estime de soi
Abus des drogues et de l'alcool, égalité entre les sexes et droits des enfants
Accès aux contraceptifs/préservatifs, counselling et tests (par référence au personnel approprié pour fournir le service)
Promotion et préservation des arts culturels et traditionnels positifs, des moyens de communication, etc.
Services de SSR et accès à l'information
Comportement moral et valeurs sociales, respect des droits des individus

Figure 3. Approches du programme classées selon leur importance par le directeur du programme

Activités

Les activités du programme sont énumérées dans la figure 4.

Discussions de groupe
Exposés
Des quiz
Jeux de rôles
Pièces
Chansons
Poèmes
Ngonjera (paroles)
Rap
Clubs de débat
Sports (Le SPW soutient l'achat d'équipement sportif, principalement les tee-shirts et les ballons de foot et de basket).

Figure 4. Activités du programme (non classées)

Composantes

Le programme consiste en trois composantes principales ; chacune de ces composantes est décrite en détail ci-dessous :

1. activités réalisées en salle de classe
2. activités extrascolaires
3. festivals

Activités en salle de classe

Les éducateurs pairs viennent de la Tanzanie et des pays étrangers (principalement le Royaume-Uni). Il y a deux éducateurs pairs par école, du même sexe—l'un(e) tanzanien(ne) et l'autre d'un pays étranger—qui vivent dans la communauté qui est servie par l'école. Les éducateurs pairs sont responsables de la conduite de toutes les composantes du programme. De plus, ils fournissent du counselling individuel aux élèves et ils sont disponibles pour donner des cours particuliers sur des matières académiques variées. Ils s'occupent aussi de la budgétisation des festivals.

L'éducateur pair sert de modèle pour encourager les jeunes à se comporter de manière responsable, à changer leurs attitudes envers la vie et à avoir de la confiance en soi. Ils assurent aussi que les jeunes reçoivent des informations précises sur la SSR dans un environnement qui est divertissant, qui ne les menace pas et où ils peuvent s'ouvrir et discuter de leurs problèmes.

Une telle mobilisation de jeunes instruits constitue sûrement l'une des approches les plus prometteuses et innovatrices de la Tanzanie dans la lutte urgente contre le VIH/SIDA.

Manageur du programme national à la santé en milieu scolaire

Chacune des écoles du programme alloue une heure par semaine aux cours portant sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Ces cours sont tenus par les éducateurs pairs. Chaque semaine, un sujet différent lié à la SSR est discuté. Ces sujets comprennent :

- les compétences en communication,
- les relations personnelles et la sexualité des adolescents,
- les IST,
- le VIH/SIDA – son histoire, ses symptômes, son impact et d'autres informations,
- des informations sur la grossesse, y compris les effets de la grossesse précoce,
- le planning familial.

Chaque semaine, diverses techniques didactiques informelles sont utilisées pour présenter et renforcer les sujets qui sont enseignés en classe (par exemple, un jeu de rôle sur la grossesse d'une adolescente). Des éducateurs spécialisés (par exemple, la National Family Planning Association [UMATI], les Population Services International [PSI], l'UNICEF, des médecins, des infirmières, etc.) font des exposés sur des certains sujets relatifs à la SSR que les éducateurs pairs ne sont pas qualifiés à aborder, surtout les démonstrations de l'utilisation du préservatif. (Ces experts font parfois des exposés lors des activités extrascolaires et des festivals.) À la fin de l'année, une interrogation est administrée pour évaluer les connaissances des élèves sur leur santé sexuelle et reproductive.

Le système d'éducation enseigne l'histoire, la géographie, etc. Il n'y a pas assez de temps pour enseigner les avantages et désavantages des problèmes sociaux qui ne font pas partie du programme scolaire. Le SPW comble cette lacune.

Enseignant

Les bénévoles du SPW nous apprennent tant de choses quand ceux qui sont responsables de fournir cet enseignement – parents et famille – n'en sont pas capables. Puisque les bénévoles du SPW sont des éducateurs pairs, ils abordent tous les problèmes – même les MST, la grossesse chez les adolescentes – sans peur.

Enfant

Études de cas

Séminaires communautaires de Malangali

Dans la région de Malangali, les éducateurs pairs ont passé une semaine à visiter (à pied) quatre des villages les plus éloignés de leur circonscription afin de choisir 25 personnes de chaque village pour participer aux séminaires communautaires qui allaient bientôt avoir lieu. Beaucoup de leaders villageois et d'autres personnes connaissaient les bénévoles à cause des visites précédentes et à cause du travail qu'ils avaient fait. En plus de choisir les participants, les éducateurs pairs ont demandé à chaque village de préparer une chorale sur le lien entre le VIH/SIDA et la jeunesse, avec une danse « ngoma » sur le rapport entre le VIH/SIDA et l'abus des drogues et de l'alcool. Le séminaire comprenait des discussions informelles, des périodes question-réponse, des jeux d'apprentissage, des activités énergisantes, ainsi que des informations importantes sur le VIH/SIDA. Pendant que les sessions se tenaient, un concours intervillageois de chorale et de « ngoma » a eu lieu, offrant du divertissement et de la stimulation aux participants ; c'était une activité didactique importante. Les gagnant(e)s des deux concours ont reçu des chopes ornées de messages sur le VIH/SIDA. Le séminaire était facilité par les éducateurs pairs du SPW et par trois enseignants de la Malangali Secondary School qui avaient récemment assisté à un atelier de formation concernant l'éducation sur le VIH/SIDA en milieu scolaire. L'atelier, conduit par le MoEC, s'est déroulé à Mbeya.

Soirée des talents de la Tosamaganga Secondary School

La soirée des talents sur le VIH/SIDA à Tosamaganga est un exemple de l'apprentissage divertissant. Cette vieille école renommée offre d'ailleurs un environnement pittoresque. C'est une école pour garçons, et les 600 « Tosa Boys » qui ont assisté à la soirée riaient pendant qu'ils apprenaient durant les spectacles. Les concours entre les classes prenaient plusieurs formes (comédie, pièces de théâtre, rap et poésie). Ils étaient centrés sur le thème de « Souligner les réalités de l'infection par le VIH pour les jeunes de l'Iringa ». Il y avait d'autres activités, comme les concours « Mr. Tosa » et « Mr. Funny » (M. Marrant), un défilé de mode et un concours de danse bolingo. Pour parler des choses plus sérieuses, le manageur régional de PSI a mené une discussion stimulante, informative et ouverte sur les jeunes et le VIH/SIDA, qui s'est achevée par une période questions-réponses sur les préservatifs (comment les utiliser, les mythes et les idées fausses qui y sont associées). Le directeur du SPW a contribué au thème de la soirée par une explication en profondeur de l'état choquant du taux d'infection par le VIH dans le district rural d'Iringa. La soirée s'est terminée par un concert donné par Nyota, un

groupe culturel anti-SIDA de grand renom dans la région. Ces rappeurs, danseurs et acteurs ont continué l'éducation et le divertissement jusqu'au petit matin.

Activités extrascolaires

Les éducateurs pairs organisent une grande variété d'activités extrascolaires, et ils y participent. Le but de ces activités est de compléter ce qui est enseigné dans les cours et de donner aux élèves l'occasion de rester actifs. Ces activités appartiennent à quatre catégories générales :

1. Les arts du spectacle : le théâtre, la chorale, le rap, la danse traditionnelle, la poésie, etc., sont employés dans les écoles comme divertissement mais aussi comme méthode didactique efficace pour l'enseignement de la santé. Les éducateurs pairs organisent des soirées culturelles ; des concours entre les classes, les maisons ou les résidences ; des concours interscolaires ; des spectacles communautaires et d'autres activités artistiques.
2. Les clubs de jeunesse : Les éducateurs pairs travaillent avec les élèves et les enseignants pour organiser et soutenir des clubs bien structurés. Ces clubs organisent des activités portant sur la santé sexuelle et reproductive, y compris la diffusion de messages anti-SIDA. Le rôle de l'éducateur pair est d'agir comme facilitateur/facilitatrice ou conseiller/consillère afin d'assurer le maintien du club de jeunesse.
3. Les sports : Les éducateurs pairs utilisent les sports comme composante essentielle de leur approche. Ils voient les sports (le football, le net-ball, le volley-ball, le basket-ball) comme façons par lesquelles les jeunes peuvent éviter le comportement sexuel à risque et développer leur estime de soi.

Festivals

Pour faire communiquer leurs objectifs de santé à un plus grand public, les éducateurs pairs planifient, organisent et mettent en œuvre beaucoup de festivals et d'activités liées à la sensibilisation à la santé dans leurs écoles et communautés. Ces événements, qui sont animés et pleins de couleurs, sont caractérisés par une ambiance de carnaval. Les événements comprennent d'habitude une variété d'activités centrées sur la sensibilisation à la santé. Il y a, par exemple, des concours artistiques (théâtre, chorale, danse, etc.), des quiz sur la santé, des spectacles vidéos, des marches publiques, des cérémonies commémoratives aux chandelles et des discours donnés par des leaders locaux. Il y a aussi des exposés et des séminaires sur la santé qui sont donnés par des travailleurs de santé, des élèves, des enseignants, des conférenciers séropositifs et des experts provenant des ONG. Les éducateurs pairs organisent, au cours d'une année typique, sept ou huit de ces événements dans chaque école et communauté. En 2002, on a organisé plus de 250 festivals et activités dans les 35 écoles du programme en 2002.

Après le festival, un rapport d'évaluation est rédigé, signé par les éducateurs pairs et le directeur ou directrice, et soumis au bureau central du SPW.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

Une évaluation des besoins a été conduite par le personnel du SPW. Au cours des six semaines qu'a duré l'évaluation, le personnel a cherché des conseils auprès des intéressés potentiels à propos de la faisabilité du programme, et afin de trouver les stratégies les plus efficaces pour l'introduire et le consolider dans la région. L'équipe du SPW a été accueillie de manière plutôt positive. Un long et exhaustif rapport a été créé, dans lequel on a enregistré toutes les réunions qui avaient été convoquées, avec un bilan des conseils ainsi que les preuves à l'appui de la capacité de la région d'offrir un modèle de démonstration efficace sur la santé en milieu scolaire. Le rapport est disponible auprès des bureaux du SPW.

Nous, les bénévoles et les élèves du SPW, avons tous le même âge, ce qui fait une grande différence.
Élève

Le coordonnateur du programme a rajouté que le programme est constamment évalué en ce qui a trait au contenu destiné aux élèves bénéficiaires. Cela assure que le programme répond à leurs priorités et inquiétudes uniques ; on tient compte non seulement du fait que ce sont des jeunes, mais que ce sont des jeunes de diverses sociétés. Par exemple, le programme met l'accent sur le contexte social du VIH/SIDA. Dans le district de Makete, on souligne l'héritage des veuves ; dans le district de Ludewa, on insiste en particulier sur les croyances à propos du SIDA qui sont influencées par la sorcellerie, etc.

Matériel du programme

Presque tout le matériel pédagogique utilisé par le SPW dans l'intervention SHEP provient des supports fournis par d'autres ONG et donateurs, et le gouvernement ; il est ensuite adapté. La plupart de ce matériel pédagogique est en kiswahili—la langue nationale utilisée par tous les Tanzanien(ne)s—et quelques outils sont en anglais. Chaque école établit sa propre salle de documentation, où le matériel est entreposé.

Matériel du groupe cible

Les éducateurs pairs, les tuteurs et les enseignants ne suivent pas de curriculum éducatif explicite. Ils utilisent plutôt les supports pédagogiques qui sont disponibles pour les aider à préparer leurs leçons. Par exemple :

- les publications sur le VIH/SIDA provenant du NACP (National AIDS Control Program) tanzanien,
- « Towards Responsible Sexuality » (Pour une sexualité responsable),
- *STIs/HIV/AIDS Peer Education Training Manual – a Complete Guide for Trainers of Peer Educators in Prevention of STDs including HIV/AIDS* (Manuel de formation en éducation par les pairs sur les IST/VIH/SIDA – Guide complet pour formateurs d'éducateurs pairs à la prévention des MST, y compris le VIH/SIDA),
- *WHO Teacher's Guide – School and Health Education to Prevent AIDS and STIs*, (Guide pédagogique – éducation en milieu scolaire et à la santé pour prévenir le SIDA et les IST)
- « Talking AIDS – a Guide for Community Work » (Parler du SIDA – guide pour les travaux communautaires)

Ce matériel couvre : les sujets relatifs aux aspects physiologiques et psychologiques concernant le passage à l'âge adulte, les problèmes liés aux relations personnelles, la physiologie et psychologie du sexe, le SIDA et sa propagation, la contraception, les droits des enfants, les problèmes relatifs aux relations entre les deux sexes et l'abus de stupéfiants. Pour de plus amples détails, voir l'annexe 3 : « Matériel du programme ».

Matériel supplémentaire

Des livres, brochures et dépliants, tous développés par d'autres ONG, sont utilisés. Ces supports pédagogiques transmettent des messages qui sont similaires à ceux qui ont été cités ci-dessus. Les matériels sont distribués aux écoles par les éducateurs pairs et ils sont disponibles à tous ceux et celles qui en ont besoin, au YDC (Youth Development Centre) dans le bureau du SPW.

L'équipement sportif (300 ballons de foot et de net-ball, des maillots et des tee-shirts) n'est pas disponible près des écoles ; il leur est donc distribué par le programme.

Matériel de formation du personnel

Le personnel de l'école ne reçoit aucune formation particulière, mais ils reçoivent quand même une variété de matériels didactiques qui servent d'outils de référence. Ces matériels sont utilisés par les éducateurs pairs, et ils sont disponibles dans le YDC (bureau du SPW). Ces matériels sont énumérés ci-après :

- *Femina – HIP* magazine (30 exemplaires de chaque numéro par école)
- *Amua* journal (30 exemplaires de chaque numéro par école)
- *Sara* bande dessinée (UNICEF ; 10 exemplaires de chaque numéro par école)
- *AMREF – Vijana kwa Vijana* (« jeunesse pour jeunesse » ; 10 exemplaires de chaque numéro par école)
- *AMREF – Sababu ni moja* (10 exemplaires de chaque numéro par école)
- *The State of Education in Tanzania* [L'état de l'éducation en Tanzanie](Kuleana ; un exemplaire par école)
- divers matériels pédagogiques sur les droits des enfants, de Kuleana (de nombreux exemplaires par école)

Choix et formation du personnel

Éducateurs pairs

- Il y a d'habitude deux bénévoles par école – l'un tanzanien et l'autre étranger
- Les éducateurs tanzaniens sont des jeunes qui ont récemment fini leur scolarité pour entrer dans la vie active. Ils ont reçu de bonnes notes (division 1 et 2) dans une variété de matières.
- Approximativement la moitié des éducateurs pairs sont recrutés de la Highland Zone, pour que ces jeunes puissent contribuer au développement de la région. Cela rend le programme plus sensible aux besoins de la région. L'autre moitié des éducateurs pairs viennent d'une grande variété d'écoles secondaires de différentes régions de la Tanzanie.
- Les éducateurs pairs sont recrutés selon les critères suivants : performance académique (6ème forme), référence d'un ancien directeur, maîtrise de l'anglais, compétences extrascolaires (chorale, sports, théâtre, art, etc.), aptitude à devenir éducateur pair (confiance en soi, sociabilité, manière assurée, créativité, etc.), volonté de consacrer neuf mois au programme et consentement des parents pour adhérer au programme.
- Les bénévoles étrangers ont reçu leur diplôme de fin des études secondaires ou leur licence, et ils sont choisis selon des critères qui sont similaires à ceux qui sont utilisés pour choisir leurs homologues tanzaniens. (Voir l'annexe 4 pour la procédure de recrutement.)

Un conférencier des PSI (Population Services International) est venu pour démontrer l'utilisation du préservatif. C'est un sujet épineux, mais les membres des PSI savent exactement comment aborder ces sujets.

Éducateur pair

Les éducateurs pairs tanzaniens et étrangers reçoivent tous la même formation, donnée par le cadre supérieur du SPW, par des facilitateurs et facilitatrices invités, et par des responsables d'éducation aux niveaux régional, du district et de la zone. La formation se fait en trois étapes :

1. Formation initiale : Pendant trois semaines, six jours par semaine, ils apprennent :
 - l'esprit de bénévolat et le travail d'équipe
 - l'éducation par les pairs
 - les langues (le kiswahili pour les étrangers, la connaissance de l'anglais pour les Tanzanien(ne)s)
 - la sensibilisation interculturelle
 - les relations entre les deux sexes et le développement
 - l'éducation informelle (par exemple, théâtre, discussions de groupe, débats, jeux, etc.)
 - le système d'éducation formelle en Tanzanie
 - les méthodologies et pratiques d'enseignement
2. Orientation des éducateurs pairs : Directement après la formation initiale, les éducateurs pairs se rendent pour la première fois au lieu où ils travailleront. Cette

orientation dure trois semaines. Les activités pendant cette phase comprennent : des réunions préliminaires ; la pratique, l'observation et la préparation relatives à l'enseignement ; et des activités extrascolaires (jeux, pièces). Les éducateurs pairs participent au programme, des plans d'action sont préparés et une enquête de base est menée sur la communauté scolaire.

3. La formation fondamentale est conduite par le personnel du SPW, les travailleurs de santé et le personnel de l'UMATI et des PSI. Elle dure deux semaines. Les activités comprennent : les réactions à l'orientation ; l'organisation des activités du SHEP ; la budgétisation pour les activités ; les séances sur l'éducation par les pairs, la moralité, le suivi quotidien et l'autoévaluation du travail. Un module sur la SSR des adolescents est enseigné en détail par des travailleurs de santé qualifiés.

Je n'ai vraiment jamais connu d'ONG comme celle-ci, dont l'approche est d'aller directement aux villageois pour vivre avec eux dans cet environnement difficile. J'aimerais dire, « SPW, il nous faut de l'argent », mais cela ne serait pas une bonne solution. SPW, faites de votre mieux pour nous donner toutes ces connaissances, qui vont durer.

Villageois

De plus, un atelier d'une durée de trois jours est conduit pour les éducateurs pairs et les enseignants-tuteurs à la fin des vacances d'été de l'école secondaire (juin/juillet) et à la fin des vacances des éducateurs pairs. L'atelier traite les sujets qui n'ont pas été abordés dans la formation et les ateliers précédents.

Les enseignants-tuteurs

- Chaque école dispose d'un ou deux tuteurs
- Les élèves choisissent les enseignants qui seront leurs tuteurs
- Les tuteurs reçoivent une formation d'une durée de trois jours sur la SSR des adolescents
- Le rôle du tuteur est de soutenir les éducateurs pairs et de donner des conseils aux élèves.

Les rôles du personnel sont résumés dans l'annexe 1 de ce rapport. Les statistiques sur le personnel sont présentées dans l'annexe 2.

Mise en œuvre du programme

Les étapes suivantes ont été franchies pour exécuter le programme :

- Instructions et conseils demandés auprès du commissaire de l'éducation pour organiser un modèle de démonstration du SHEP dans la région des Southern Highlands ; le commissaire a répondu à cette demande.
- Financement de soutien reçu de la part du SPW-UK.
- Une évaluation des besoins a été conduite dans les écoles secondaires des régions d'Iringa et de Mbeya, en collaboration avec les autorités de l'éducation du district, de la région et de la zone.
- L'Iringa a été choisie comme région pilote.

- Dix-neuf écoles secondaires ont été choisies pour l'intervention SHEP.
- Un atelier, dirigé par l'inspecteur en chef de la zone, a été conduit pour les directeurs, les propriétaires des écoles et les autorités de l'éducation du gouvernement.
- La conception du programme a été approuvée, fondée sur les meilleurs résultats des autres programmes du SPW.
- Le directeur, le manager et le coordonnateur du SPW ont été recrutés et un bureau a été ouvert.
- Le manuel d'éducation par les pairs du SHEP a été préparé.

Le SPW travaille au niveau de la base sur des problèmes fondamentaux qui touchent la Tanzanie, et ce avec les gens qui représentent l'avenir de la Tanzanie...notre jeunesse. Vous avez mon plein appui.

*Commissaire régional
Région d'Iringa*

Ressources du programme

Il y a une salle de documentation principale (le YDC) au bureau central du SPW. C'est une salle spacieuse avec des tables et des bancs, et des étagères pleines de matériels de formation. Le YDC est ouvert à tous les jeunes de la municipalité d'Iringa.

Chaque école secondaire du programme est dotée d'un « mini » centre de documentation qui est ouvert aux enseignants, aux éducateurs pairs et aux élèves. Les matériels pédagogiques qui sont disponibles sont ceux qui ont été cités dans la partie sur le Matériel de formation du personnel (voir ci-dessus), ainsi que des brochures, rapports des festivals, photos, dépliants, etc.

Plaidoyer

De hauts fonctionnaires ont assisté aux événements de la jeunesse, ou ils ont discuté du programme avec le personnel du SPW. Le SPW travaille aussi en collaboration avec les fonctionnaires du gouvernement local aux niveaux du district, de la circonscription, du village et des « subvillages », pour aider à sensibiliser les communautés au programme.

Le SPW travaille directement avec la communauté, ce qui permet aux éducateurs pairs d'apprendre les croyances et les attitudes de la communauté relatives au VIH/SIDA. Ils partagent des informations avec les membres de la communauté. La communauté est invitée aux festivals, et des réunions officielles sont tenues avec les directeurs, les enseignants-tuteurs et les leaders de la communauté pour discuter du programme SPW.

En plus de chercher de l'appui pour son programme auprès du gouvernement et de la communauté, le SPW a aussi créé de bons liens avec d'autres ONG travaillant dans ce domaine, aux niveaux local, national et international. Ces ONG donnent beaucoup de leurs supports pédagogiques au programme et ils organisent des conférences dans les écoles. De plus, les membres du SPW ont assisté à leurs ateliers et séminaires. Ils

échantent aussi leurs idées et leurs expériences pour s'entraider et apprendre de leurs diverses expériences.

Après deux ans et demi d'exécution, les problèmes, tels que la grossesse chez les adolescentes, ont diminué. Les jeunes sont plus ouverts en ce qui concerne les problèmes relatifs à la SSR. Ils se rendent aux centres de santé pour des services et des conseils, et ils sont plus assurés et bien informés.

Directeur du programme

Rapport financier

Depuis la création du financement du programme, approximativement 392 000 \$US ont été reçus de la part de l'UNESCO, SIDA-Tanzania, DANIDA, l'EJAF, l'USAID, SDA-Tanzania et le SPW-UK. Approximativement 16 250 élèves ont bénéficié du programme. Le coût financier externe s'élève donc à 24,12 \$US (392 000/16 250) par élève en moyen. Mais il faut noter que 15 000 adultes en ont également bénéficié, avec un nombre inconnu d'enfants d'âge scolaire et d'adultes dans la communauté.

Veillez consulter l'annexe 5 pour de plus amples détails sur les finances du programme.

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Directeur du programme

L'utilisation des ressources précieuses : Le programme utilise une ressource sous-exploitée – des jeunes gens bien instruits et enthousiastes qui viennent du pays (ou de l'étranger). Cette approche devrait être encouragée dans tous les programmes parce que la plupart des pays ont de nombreux jeunes qui sont capables d'assurer le maintien d'un programme.

Depuis que les éducateurs pairs sont à la Lugarawa Secondary School dans le district de Ludewa, il n'y a eu aucune grossesse parmi les élèves de l'école.

Directeur du programme

Reproductibilité : Le programme fonctionne au sein du système d'éducation du gouvernement et il utilise un personnel renouvelable qui gagne un salaire peu élevé. Il est donc facile de répéter le programme dans d'autres régions et pays. De plus, la même approche serait utile non seulement pour lutter contre le VIH/SIDA, mais pour lutter contre d'autres maladies associées à la pauvreté, comme le paludisme et la tuberculose.

Plaidoyer : Malgré la participation de la communauté générale, il y a toujours quelques membres de la communauté qui sont contre le programme SPW parce qu'ils croient qu'il encourage l'activité sexuelle. La sensibilisation de la communauté et des autorités gouvernementales s'avère une tâche extrêmement exigeante qui prend beaucoup de temps. Mais cette sensibilisation est nécessaire à la réussite du programme. Ce qu'il faut, idéalement, est une façon plus efficace de ce faire.

Pauvreté : Pour la plupart de la population rurale, qui gagne tout juste de quoi vivre, la pauvreté demeure le plus grand problème associé à la lutte contre le VIH/SIDA. La pauvreté les expose à un risque élevé de l'infection par le VIH et elle met en péril la priorité qui est accordée à la lutte contre le VIH/SIDA.

Croyances sociales : Bien que la plupart des personnes aient entendu parler du VIH/SIDA, il y a toujours beaucoup d'ignorance, apathie et dérision envers cette pandémie. Les croyances et traditions sociales compliquent la campagne : par exemple, la croyance à la sorcellerie (kurogwa), l'héritage des veuves, la polygamie, etc.

Motivation des enseignants : Il n'y a pas d'encouragement de devenir enseignant—ils sont mal payés et peu respectés, ce qui ne les encourage pas à bien enseigner. Le système a aussi, malheureusement, amené les enseignants à s'attendre à des indemnités pour toute tâche qui ne fait pas partie de leur routine. À cause d'une telle attitude, toute intervention sur le VIH/SIDA qui est menée par les enseignants en milieu scolaire est inefficace et trop axée sur les coûts.

Expansion : Le plus grand défi est l'expansion des interventions pour assurer qu'ils atteignent la plupart des élèves (primaires, secondaires et postsecondaires) à travers la Tanzanie. Une intervention doit être conduite de manière efficace pour avoir un effet positif sur l'état de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et adolescentes. Cela exige une collaboration efficace et active avec d'autres secteurs (soins de santé, promoteurs de changement social, gouvernements, leaders communautaires, etc.).

Manque de priorité : L'éducation sur le VIH/SIDA en milieu scolaire sera toujours confrontée des demandes et priorités logistiques, académiques, techniques et sociales auxquelles il faut répondre pour faire fonctionner une école avec succès. Il est donc essentiel de communiquer l'importance de fournir l'enseignement sur le VIH/SIDA.

Formation : Une formation plus complète des éducateurs pairs et des enseignants-tuteurs est nécessaire pour augmenter l'impact et l'efficacité du programme.

Ressources : Le programme a trop peu de ressources en ce moment. L'accroissement du personnel et des fonds améliorerait la capacité et permettrait au programme de mieux marcher. Le programme a besoin d'une meilleure documentation.

Suivi et évaluation : Il faut engager des spécialistes pour améliorer le suivi et l'évaluation. Le personnel n'a pas, à présent, la compétence technique nécessaire pour conduire une enquête scientifique.

Comités officiels : Le conseil d'administration se trouve exclusivement à Londres. Pour que le travail et les engagements soient plus efficaces des deux côtés, il faut créer un organisme local qui examinerait le programme au moins une fois par an. Il serait souhaitable d'avoir un conseil d'administration ou un comité de conseils et de gestion au niveau local. (N.B. – Un conseil d'administration tanzanien a été établi.)

Éducateurs pairs

Curriculum : Le module de santé sexuelle et reproductive est actuellement fixe en ce qui concerne la forme, le contenu et l'approche utilisés pour toutes les classes. Il faut que le SHEP produise un module de SSR selon l'année de l'élève, pour que, en même temps que l'élève avance, le module change de niveau afin de continuer à être instructif.

« *Youth-friendly* » (« *amis des jeunes* ») : Les centres de santé locaux doivent être adaptés aux jeunes et il leur incombe de garder une réserve suffisante de médicaments qui guérissent les IST.

Préservatifs : Il faut que les préservatifs soient plus accessibles.

Soutien : Les éducateurs pairs ont besoin de plus de soutien et conseils quand ils rencontrent des difficultés, comme l'hostilité manifestée par les parents et les enseignants.

Évaluation

Le suivi et l'évaluation sont conduits par le personnel du SPW, les directeurs et les éducateurs pairs. Une évaluation exhaustive est planifiée pour la fin de 2002.

Le suivi se fait de plusieurs façons :

- Des comptes rendus hebdomadaires et des rapports quotidiens sont remplis par les éducateurs pairs et les directeurs, énumérant les matières enseignées, les méthodes employées, les activités extrascolaires et les interventions communautaires.
- Le personnel du SPW tient régulièrement des réunions de suivi avec les éducateurs pairs. Ils visitent aussi les écoles et ils assistent aux activités et événements. Les problèmes sont discutés et des solutions sont suggérées.
- Une réunion a lieu deux fois par an (l'une avant et l'autre après l'intervention) avec le personnel du SPW, les directeurs et les éducateurs pairs pour discuter des problèmes et du progrès.

L'évaluation se fait de plusieurs façons :

- Une interrogation sur la santé est administrée aux élèves au début et à la fin du programme pour évaluer leur apprentissage.
- Les directeurs et le personnel de l'école rédigent un rapport d'évaluation à la fin du programme pour expliquer leur perception de l'impact du programme.

Les résultats de l'évaluation sont utilisés pour élaborer le programme de l'année suivante.

Un changement d'attitude a été remarqué par les éducateurs pairs et le personnel du SPW. Par exemple, les jeunes filles sont beaucoup plus assurées qu'auparavant et elles sont maintenant disposées à discuter des sujets relatifs aux relations entre les deux sexes et à la SSR. Il y a également eu une réduction du taux de grossesse adolescente. Les réponses à l'interrogation sur la santé indiquent que les adolescents ont de meilleures connaissances sur la santé sexuelle et reproductive.

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	Les jeunes sont encouragés à s'exprimer librement sur les sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive des adolescents et sur tous les sujets enseignés par le programme ; leurs idées et suggestions sont toujours prises en considération et appréciées. Les activités du programme sont conduites par les jeunes, qui se servent du théâtre, de l'art, du rap, etc. Le SPW croit fermement qu'il ne devrait pas exister d'écart ni d'obstacle entre les élèves et les bénévoles.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche	Atteint en partie	Le programme traite les problèmes associés aux comportements à risque. L'éducation par les pairs est considérée l'outil le plus efficace pour tenir compte des besoins particuliers des individus.

	d'âge.		
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	Le programme reconnaît que les informations ne suffisent pas ; il encourage donc le changement du comportement et des attitudes. Les attitudes des élèves ont changé. Par exemple, ils sont plus assurés quand ils font face aux problèmes rencontrés par un(e) adolescent(e) qui est en train de passer à l'âge adulte.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	L'un des objectifs du programme est d'encourager la responsabilité dans les relations personnelles (abstinence, refus des rapports sexuels avant le mariage).
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	Atteint en partie	Une interrogation sur la santé qui est administrée au début du programme sert à identifier les faiblesses. La même interrogation est administrée à la fin du programme, ce qui permet le maintien de ce qui marche et la modification de ce qui ne marche pas. Les bénévoles conduisent une évaluation communautaire pendant leur semaine d'orientation. Cette évaluation est conduite dans les écoles, les centres de santé et dans la communauté où l'école se trouve.
6	Conduit une formation continue aux professeurs et aux autres fournisseurs de service.	Atteint en partie	Les éducateurs pairs reçoivent une formation avant le début du programme. Les directeurs et les tuteurs de l'école reçoivent des matériels de formation.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies	✓	Diverses activités et stratégies d'apprentissage participatives sont employées (pièces, chansons, jeux de rôles, poèmes, débats, quiz).

	sont participatives.		
8	Fait participer la communauté générale.	✓	La communauté participe aux événements et festivals de jeunesse ; les membres de la communauté sont invités à participer aux discussions. Cela leur donne une connaissance des sujets relatifs à la SSR des adolescents, qu'ils peuvent ensuite apporter chez eux et à la communauté en général. Les problèmes sont abordés pendant les assemblées générales du village.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	Atteint en partie	Le programme essaie d'utiliser le savoir pour passer à l'action. Les mêmes messages sont diffusés uniformément au cours du programme.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	✓	Le programme fait partie du curriculum scolaire. Les sujets liés à la SSR des adolescents et au VIH/SIDA/MST sont enseignés pendant les heures de classe et ils figurent sur l'horaire hebdomadaire.
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	✓	Le programme dure de la première année d'école secondaire jusqu'à la quatrième année.
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	✓	Les coordonnateurs de santé en milieu scolaire aux niveaux national, régional et du district participent au programme et travaillent de près avec le programme.
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	Tous les matériels pédagogiques qui sont utilisés par le SPW ont été approuvés par le MoEC et le MoH.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	L'appui politique existe, du niveau national jusqu'au niveau communautaire. Le programme planifie une expansion dans d'autres régions des Southern

			Highlands. À cause de cet appui politique, plus de donateurs choisissent de soutenir le SPW, ce qui donne de l'espoir pour l'expansion du programme.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	✓	Le programme SPW dépeint la sexualité humaine comme une saine et normale partie de la vie, et il essaie de conseiller les élèves sur les façons de faire face aux problèmes liés à l'adolescence et à la culture.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	Atteint en partie	Une évaluation continue est conduite par les bénévoles et le personnel du SPW. Le SPW prévoit une évaluation externe qui sera conduite par des spécialistes techniques dans ce domaine.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

Jim Cogan
Students Partnership Worldwide
17 Deans Yard
London
SWIP 3PB
Tél. : +44 (0) 207-222-0138

Télécopie : +44 (0) 207-233-0008
Courrier électronique : spwuk@gn.apc.org
Site internet : www.spw.org

Collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport de programme a été préparé par le Dr. Adeline Kimambo, avec la collaboration de Mme Zablon.

Version anglaise éditée par Helen Baños Smith.

Nous sommes reconnaissants de l'appui des individus suivants, qui ont fourni une grande partie des informations contenues dans ce rapport :

Mr. Craig Ferla – Directeur du pays (Britannique)
Mr. Andrew Kalinga – Manageur (Tanzanien)
Mr. Jimmy Innes – Coordonnateur SHEP (Britannique)
Mr. Steven Kyaruzi – Coordonnateur adjoint SHEP (Tanzanien)
11 éducateurs pairs (8 tanzaniens, 3 étrangers)
Mr. L. Lawa – Directeur adjoint, Kibao Secondary School
Six enseignants – Kibao Secondary School
Six élèves – Kibao Secondary School
Mr. Ali Athuman Mlanga – Président, Kibao subvillage
Mr. Meshack Mlyapatali – Responsable clinique, Kibao Dispensary
Mrs. Aurelia Fuluge – Directrice, Kibao Primary School
Mrs. Maria Ndutule – Responsable par intérim de la circonscription, Kibao
Mr. Salum – Conseiller d'éducation régional, Iringa
Dr. Salum – Responsable médical du district, zone rurale d'Iringa

Matériel pédagogique

SHEP Volunteer manual (Manuel pour les bénévoles du SHEP)
(Numéro de commande : SPW01)

SHEP Narrative Report 2001 (Rapport narratif du SHEP, 2001)
(Numéro de commande : SPW02)

Ludewa Youth Festival 2001 : A brief report (Festival de la jeunesse de Ludewa, 2001 : compte rendu sommaire)
(Numéro de commande : SPW03)

Njombe Youth Festival 2001 : A brief report (Festival de la jeunesse de Njombe, 2001 : compte rendu sommaire)
(Numéro de commande : SPW04)

Iringa and Mufindi Youth Festival 2001 : A brief report (Festival de la jeunesse d'Iringa et Mufindi, 2001 : compte rendu sommaire)
(Numéro de commande : SPW05)

Southern Highlands Demonstration Model : report on first phase research, July 1999
(Modèle de démonstration des Southern Highlands : compte rendu sur la recherche de la première phase, juillet 1999)

(Numéro de commande : SPW06)

A documentary record of newsprint media covering SPW Tanzania 2001 (Dossier documentaire de la presse, SPW Tanzanie 2001)

(Numéro de commande : SPW07)

SPW Annual Report 2001 (Rapport annuel du SPW, 2001)

(Numéro de commande : SPW08)

Les questions les plus fréquemment posées par les adolescent(e)s, avec réponses. Huit brochures en anglais :

Vol. 1 : Growing up (Devenir adulte)

Vol. 2 : Male-female relationships (Relations entre les deux sexes)

Vol. 3 : Sexual relationships (Relations sexuelles)

Vol. 4 : Pregnancy (Grossesse)

Vol. 5 : Healthy relationships (Relations saines)

Vol. 6 : HIV/AIDS and the new generation (VIH/SIDA et la nouvelle génération)

Vol. 7 : Drugs and drug abuse (Drogues et l'abus des drogues)

Vol. 8 : Alcohol and cigarettes (Alcool et cigarettes)

(Numéro de commande : SPW09)

Maswali waliyouliza vijana kuhusu na majibu yake. Huit brochures en kiswahili :

Vol. 1 : Kuingia utu uzima

Vol. 2 : Mahusiano kati ya wasichana na wavulana

Vol. 3 : Mahusiano ya kimwili

Vol. 4 : Mimba

Vol. 5 : Usalama katika mapenzi

Vol. 6 : Ukimwi na kizazi kipya

Vol. 7 : Madawa ya kulevya

Vol. 8 : Pombe na sigara

(Numéro de commande : SPW10)

Brochures de Kuleana :

Haki za watoto na wajibu wgo : haki zetu

Tupate haki yetu ya elimu !

Wasichana na wanawake wana haki!

Kulikoni majumbani? Tunataka haki zetu!

Elimu ni haki ya watoto wote. Je, wasichana wa shule wanaopata mamba?

« Hatupendi adhabu ya viboko! » Watoto tutimize wajibu

About Children's Rights (À propos des droits des enfants)

Zapp magazine. Haki za watoto leo !

(Numéro de commande : SPW11)

Brochure et magazine de l'UNICEF :

Fahamu : Dalili za hatari kwa mwanamke mjamzito

Sara : Sara anamwoko rafiki yake

(Numéro de commande : SPW12)

Brochures des Population Services International :

Tumia Salama Condoms. Jikinge !

Ukweli Kuhusu Kondom

(Numéro de commande : SPW13)

Brochures de l'UMATI :

Mapenzi katika umri mdogo ni hatari

Siri ya Hedhi

Mabadiliko ya mvulana au msichana wakati : Anapokua

(Numéro de commande : SPW14)

Brochure de la TAMWA :

Sheria ya makosa ya kujamiiana, 1998

(Numéro de commande : SPW15)

Brochures de l'AMREF :

Yafahamu mabadiliko muhimu wakati wa ujana wako

Jikinge na magonwa ya zinaa

Sababu ni moja : Vijana, ngono na virusi vya UKIMWI/UKIMWI katika nchi tatu za Afrika

Vijana kwa Vijana : Kuzuia kuenea kwa virusi vya UKIMWI na vijana Kenya

Je, ukimwi ni ajali?

(Numéro de commande : SPW16)

Femina magazine

(Numéro de commande : SPW17)

Annexe 2 : Statistiques sur le personnel

(Numéro de commande : SPW18)

Annexe 3 : Matériel du programme

(Numéro de commande : SPW19)

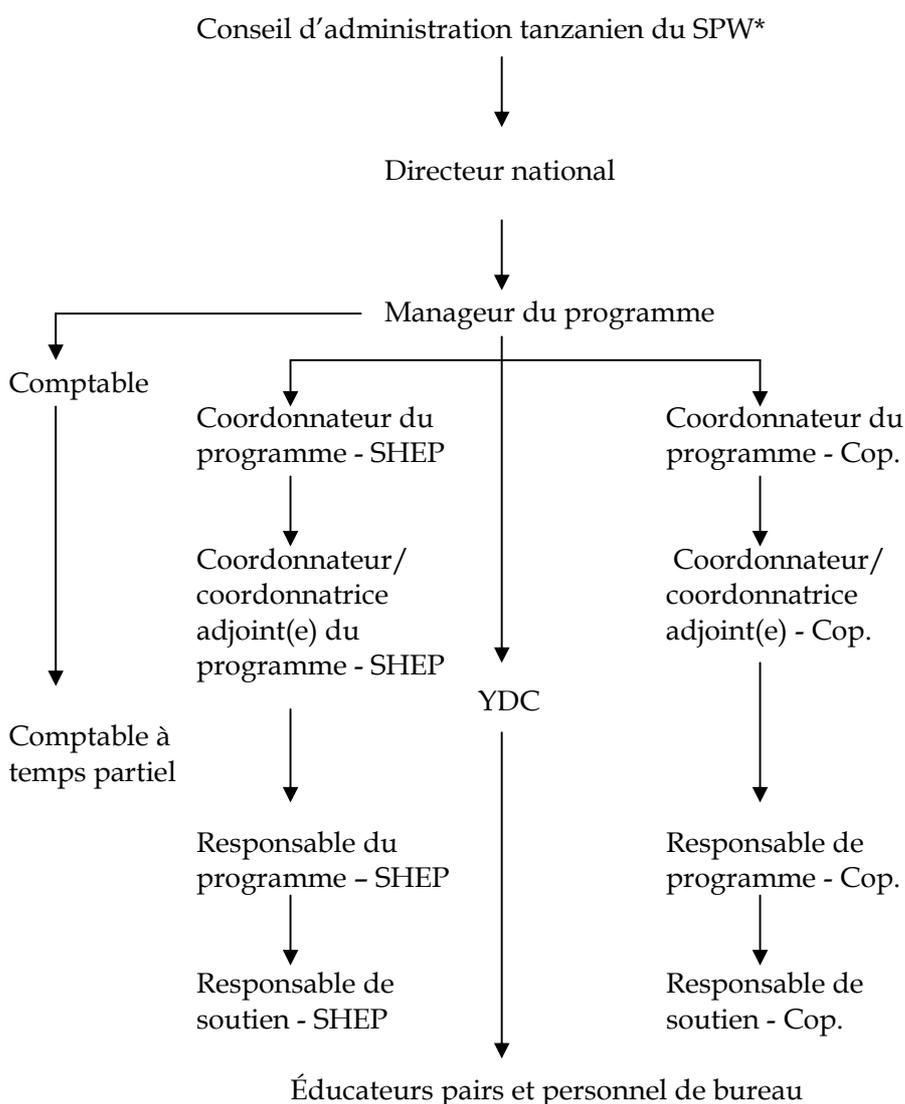
Annexe 4 : Procédure de recrutement

(Numéro de commande : SPW20)

Annexe 5 : Rapport financier

(Numéro de commande : SPW21)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL



* Le conseil d'administration tanzanien a été établi après la préparation de ce rapport.

Figure A.1. Organigramme

Rôles du personnel principal du programme

Directeur du programme

Responsabilité globale de tous les aspects du programme, en particulier :

- contrôle financier du budget et des dépenses
- recrutement et direction du personnel
- liaison avec tous les partenaires et intéressés
- direction des contacts médiatiques
- procédures de suivi et évaluation

Manager du programme

Responsable de :

- gestion du personnel du SPW
- gestion du bureau
- aspects logistiques du programme (voyages, visas, etc.)
- liaison avec les fonctionnaires pertinents aux niveaux régional et du district

Coordonnateur du programme SHEP

Responsable de :

- recrutement des éducateurs pairs tanzaniens
- formation et soutien professionnel des éducateurs pairs
- leadership et appui des éducateurs pairs
- coordination de toutes les activités de sensibilisation à la santé au niveau communautaire et en milieu scolaire
- conception et développement du programme
- sensibilisation de toutes les autorités régionales, scolaires et du district
- aide le directeur du programme dans la budgétisation et la collecte de fonds

ANNEXE 2. STATISTIQUES SUR LE PERSONNEL

Depuis le début du programme SPW-SHEP en Iringa, 154 éducateurs pairs ont été recrutés en tout, soit 89 Tanzanien(ne)s et 65 d'outre-mer. Il y a maintenant 49 Tanzaniens (30 femmes et 19 hommes) et 23 d'outre-mer (17 femmes et 6 hommes). Les éducateurs pairs étrangers sont principalement britanniques, mais il y en a trois qui viennent de l'Irlande, l'Australie et la Suède.

Ces jeunes sont le pivot du programme SHEP en Iringa. Il y en a deux dans chaque école, un(e) étranger/étrangère et un(e) Tanzanien(ne). Or, quelques écoles emploient seulement des Tanzanien(ne)s. Pour être accepté comme éducateur pair, il faut qu'on ait reçu son diplôme de fin des études secondaires. Les jeunes font une demande pour le poste, ils sont convoqués pour des entrevues et ils suivent un cours préparatoire qui dure de six à sept semaines.

Les éducateurs pairs d'outre-mer trouvent les 3 500 \$US nécessaires pour payer les billets d'avion, l'assurance santé et les frais administratifs du Royaume-Uni, ainsi que les frais du programme en Tanzanie (formation, allocations d'éducateurs pairs, etc.)

Personnel	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein, payé	13	Directeur, 1 Manageur, 1 Coordonnateurs, 2 Coordonnateurs adjoints, 2 Responsables du programme, 2 Coordonnateur du YDC, 1 Comptable, 1 Secrétaire, 1 Assistant de bureau, 1	H H H H et F F H H F H
Temps partiel, payé	4	Comptable à temps partiel, 1 Responsables de soutien	H H et F
Éducateurs pairs (hormis les éducateurs pairs qui reçoivent des allocations et indemnités)	Jusqu'à 5	Éducateurs pairs	H et F
Enseignants-tuteurs	1 ou 2 par école		H et F

Année	Total	Femmes	Hommes	Tanzanie Total	Tanzanie Femmes	Tanzanie Hommes	Outre-mer Total	Outre-mer Femmes	Outre-mer Hommes
2000	39	19	20	19	8	11	20	11	9
2001	43	29	14	21	14	7	22	15	7
2002	72	47	25	49	30	19	23	17	6
2003	154	95	59	89	52	37	65	43	22

Nombre total d'éducateurs pairs tanzanien(ne)s du SHEP 2000-2003

ANNEXE 3. MATÉRIEL DU PROGRAMME

Auteur	Titre
AMREF	<p>« Know Your Body » [Connaissez votre corps] « Protect Yourself from Sexually Transmitted Infections » [Protégez-vous des infections sexuellement transmissibles] « Is AIDS an Accident ? » [Le SIDA, s'agit-il d'un accident ?] « The Reason is One » [La raison en est un] « Youth for Youth » [Jeunes pour jeunes] « Learning through Experience » [Apprendre par l'expérience]</p>
TAMWA	<p>« The Voice of Siti – Empowerment to Women and Other Social Issues » [La voix de Siti – autonomisation des femmes et autres questions sociales] « Sex Offences Law 1998 » [La loi sur les délits sexuels, 1998]</p>
UNICEF	<p><i>Sara</i> (bande dessinée sur les problèmes rencontrés par les jeunes) <i>Know the Dangerous Symptoms During Pregnancy</i> [Connaître les symptômes dangereux pendant la grossesse] (brochure et film)</p>
PSI	<p>« The Truth About Condoms » [La vérité sur les préservatifs] « Protect Yourself » [Protégez-vous] <i>Amua</i> (journal destiné aux élèves d'école secondaire ; informations sur la prévention du VIH/SIDA, les préservatifs, problèmes généraux de la santé reproductive et sexuelle des adolescent(e)s)</p>
Kuleana	<p>« What is Happening in Homes » (sur l'abus des filles) « Girls and Women Have Equal Rights – We Need Our Education Rights » [Les jeunes filles et les femmes ont l'égalité – Il nous faut notre droit à l'éducation] « Children's Rights and Their Responsibilities » [Les droits des enfants et leurs responsabilités] « We Don't Want Corporal Punishment » [Nous ne voulons pas de châtiment corporel] « Education is the Right of All Children – What About Teenage Pregnancies Amongst School Girls ? » [Les enfants ont le droit à l'éducation – Quoi faire pour les grossesses chez les adolescentes scolarisées ?]</p>
GTZ	<p>Série de 8 brochures en anglais et en kiswahili sur les questions les plus fréquemment posées par les adolescent(e)s, avec réponses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Growing up [Devenir adulte] • Male-female relationships [Les relations entre les deux sexes] • Sexual relationships [Les relations sexuelles] • Pregnancy [La grossesse] • Healthy relationships [Les relations saines] • HIV/AIDS and the new generation [VIH/SIDA et la nouvelle génération] • Drugs and drug abuse [Les drogues et l'abus des drogues] • Alcohol and cigarettes [L'alcool et cigarettes]

FEMINA	<i>Femina</i> magazine qui porte principalement sur des sujets relatifs à la santé et la vie sociale.
--------	---

ANNEXE 4. PROCÉDURE DE RECRUTEMENT

Le recrutement des éducateurs pairs tanzaniens prend beaucoup de temps (neuf mois, du mois d'avril jusqu'en décembre).

- avril-mai : Le personnel du SPW tient les directeurs au courant et visitent des écoles secondaires à travers le pays pour rencontrer les élèves, expliquer le programme et laisser des formulaires, avec des matériels pédagogiques qui contiennent des informations à propos du SHEP.
- juin-août : Les candidats remplissent les formulaires et les envoient au bureau du SPW en Iringa, où ils sont examinés et classés par le personnel du bureau.
- août-septembre : Quand les résultats de l'examen national (Form VI) sont publiés, le SPW examine tous les formulaires pour les classer selon le mérite des candidats. La présélection des éducateurs pairs est faite.
- octobre : Candidats présélectionnés reçoivent une lettre qui les invite à un week-end de sélection, tenu à Dar es Salaam en Iringa. Leurs parents reçoivent aussi une lettre demandant leur consentement pour que leur enfant puisse devenir membre du SHEP.
- novembre : Les week-ends de sélection sont tenus, avec de nombreuses activités participatives (travail de groupe, présentations, pièces de théâtre, débat, etc.) pour voir si chaque candidat est convenable. Après les week-ends de sélection, le comité de sélection du SPW crée les listes finales d'éducateurs pairs (listes des candidats sélectionnés et de réserve).
- décembre : Les listes finales sont transmises aux autorités régionales d'éducation pour avoir leur approbation. Tous les candidats qui sont approuvés reçoivent une lettre de confirmation qui les invite à devenir membre du SHEP.

En 2001, 350 formulaires ont été reçus de la part des finissant(e)s récent(e)s. Quatre-vingts des candidats ont été présélectionnés pour assister à un week-end de sélection. Quarante-neuf éducateurs pairs ont été recrutés.

ANNEXE 5. FINANCEMENT DU PROGRAMME

	Montant	Donateur	Date	Utilisation du financement
Financement 1	4 000 \$US	UNESCO	juillet 2000	Formation des

L'ÉDUCATION ET LE VIH/SIDA : GUIDE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

(Depuis l'établissement du programme)	(deux subventions de 2 000 \$US chaque)		juillet 2001	éducateurs pairs et des enseignants-tuteurs
Financement 2	51 000 \$US	SIDA (Tanzanie)	juillet 2001	Couvrir la différence entre le budget annuel pour les activités et les fonds disponibles ; achat de véhicules usagés
Financement 3	Approximativement 40 000 \$US (2 subventions)	DANIDA (Tanzanie)	octobre 2001-mars 2002	Opération du SHEP dans six écoles secondaires en milieu urbain. Financer toutes les activités facilitées par les détachements d'école secondaire.
Financement 4	49 208 \$US	EJAF	janvier 2002	Sponsoring de 35 éducateurs pairs tanzaniens pour SHEP 2002
Financement 5	56 210 \$US	USAID	avril	Opération d'un SHEP dans 12 écoles primaires du district rural d'Iringa
Financement 6	35 210 \$US	SDC	mai 2002	Préparation et facilitation de quatre festivals de la jeunesse au niveau du district
Financement 7	157 080 \$US	SPW-UK	2000-2002	Contribution reçue de la part de 66 éducateurs pairs d'outre-mer (2 380 \$US chaque)

Sources et allocation du financement

Dépenses	\$US (approx.)
Rémunération du personnel	49 518
Direction, gestion, opération	50 100
SHEP	133 389

L'ÉDUCATION ET LE VIH/SIDA : GUIDE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

Festivals de la jeunesse (district)	35 259
Total	268 263

Dépenses de l'année 2001-2002 (dernière année disponible)

La direction, la gestion et l'opération comprennent: le loyer ; les services ; les communications ; les fournitures de bureau ; les matériels de bureau ; les frais d'assurance santé, voyage et véhicules pour le personnel ; la publicité et la presse ; le profil ; les relations du personnel, la collecte de fonds ; la formation du personnel ; les frais d'audit ; les évaluations indépendantes, etc.

Approche	Coût en \$US
Sélection des éducateurs pairs (Tanzanie)	2 779
Programme de formation	30 514
Allocations mensuelles pour l'installation des éducateurs pairs	32 532
Sensibilisation	6 213
Visites de placement en milieu scolaire	5 092
Fonds d'activité à l'école de placement	29 555
Évaluation du festival de la jeunesse du district	35 259
Évaluation	25 074
Total (sans compter les frais divers et de prévoyance)	167 018

Allocation estimée pour chaque approche, 2001-2002



Résumé du programme

Projet d'éducation à la santé Copperbelt (CHEP) : le programme en milieu scolaire

Le projet d'éducation à la santé Copperbelt est centré sur l'éducation à la santé et sur la prévention du VIH/SIDA dans la province du Copperbelt en Zambie. Le projet a été lancé en janvier 1988. Pendant la première année, l'accent était mis sur la diffusion au grand public des informations relatives aux dangers du VIH/SIDA, à sa transmission et aux méthodes disponibles pour se protéger, et pour protéger les autres, contre cette maladie.

La déclaration de mission du CHEP fait remarquer que le projet travaille en collaboration avec tous les secteurs de la communauté afin de développer les connaissances, les valeurs et les habiletés fondamentales qui permettent la créativité, la responsabilité et les modes de vie sains. Le CHEP a concentré ses efforts sur trois unités particulières : les Enfants et les Jeunes (Child- and Youth-Focused), la Communauté (Community-Focused), le Lieu de travail (Occupation-Focused).

L'unité qui est centrée sur les enfants et les jeunes dispose de trois programmes qui ciblent les enfants et les jeunes dans les zones urbaines et rurales : un programme en milieu scolaire, un programme pour les jeunes qui ont quitté l'école et un programme pour les enfants vulnérables et pour d'autres jeunes de la communauté.

Le programme qui est mené en milieu scolaire est le plus important du CHEP en ce qui concerne sa portée et ses ressources. Avec le programme pour les jeunes qui ne sont plus scolarisés, il représente le noyau du travail fait par le CHEP. Le programme qui est mené en milieu scolaire cible les enfants et les jeunes âgés de 3 à 35 ans, ainsi que les enfants aux besoins spéciaux. Il se tient dans les écoles maternelles, les écoles primaires et secondaires, les collèges et les universités. Le but global du programme en milieu scolaire est d'assurer que les enfants et les jeunes acquièrent et maintiennent des comportements qui ne les exposeront pas au risque de contracter les MST et le VIH.

Les éléments principaux du programme en milieu scolaire sont : les Anti-AIDS Clubs (clubs anti-SIDA), la Sara Communication Initiative (l'initiative de communication Sara), Education Through Entertainment (l'éducation par le divertissement), Games for Life (les jeux pour la vie) et les services de santé « youth-friendly » (adaptés aux jeunes).

Depuis sa création en 1988, le CHEP a été financé principalement par la Norwegian Agency for Development Cooperation—NORAD (l'agence norvégienne de coopération au développement). Le coût estimé annuel pour maintenir ce programme s'élève à 350 000 \$US. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le

programme a été jugé d'en avoir atteint 12 en entier et 2 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

Projet d'éducation à la santé Copperbelt (CHEP) : le programme en milieu scolaire

PARTIE A : DESCRIPTION DU PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

Le Copperbelt Health Education Project (Projet d'éducation à la santé-CHEP) a été lancé en janvier 1988 comme un projet de service social du club Kitwe North du Rotary International (organisme de charité enregistré), avec un personnel constitué de seulement deux membres.

Au début, le projet visait à prévenir la propagation immédiate du VIH/SIDA par la sensibilisation du public aux dangers de cette maladie et par la diffusion des informations sur la transmission du VIH et les façons de s'en protéger. Pour sensibiliser le public, le projet employait des affiches, des panneaux d'affichage au bord de la route, des dépliants, des tee-shirts, des petites annonces, des tableaux à feuilles, des émissions de radio et télévision, le théâtre de rue, et des discussions tenues avec des membres de la

communauté qui avaient de l'influence. Même les poubelles publiques portaient des messages sur le VIH/SIDA.

1988	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement du CHEP • Financement reçu de la part de NORAD pour une période d'un an • Coordonnateur, coordonnateur adjoint, assistant de bureau et secrétaire engagés • Campagnes de sensibilisation au VIH/SIDA initiées dans la communauté • Conception, production et diffusion des matériels didactiques pour les écoles primaires et secondaires, aussi bien que pour d'autres groupes cibles • Enquête de KAP (knowledge, attitudes, practice – connaissances, attitudes, pratique) conduite par le personnel du CHEP
1989	<ul style="list-style-type: none"> • La NORAD continue à fournir du soutien financier • Continuation des séminaires sur le VIH/SIDA pour les enseignants d'école primaire et secondaire et pour les responsables d'éducation du district • Étude conduite sur les guérisseurs traditionnels
1990	<ul style="list-style-type: none"> • Participation et collaboration avec organisations sociales, fournisseurs de soins et leaders publics • Matériel pédagogique adapté à la cible conçu, produit et diffusé • Participation et formation des travailleurs de santé • Cinq séminaires sur le VIH/SIDA organisés dans chacune des huit villes du Copperbelt pour faire participer les leaders religieux
1991	<ul style="list-style-type: none"> • Émission de télévision en 13 parties, <i>Talking AIDS</i> (parler du SIDA), diffusée; évaluation conduite après la fin de la série • Unités, centrées sur des cibles clairement identifiées (enfants et jeunes, communauté, lieu de travail), commencent à opérer au sein du CHEP • Enquête conduite dans le Copperbelt et dans les provinces du nord par AIDS Technical Support: Public Health Communication Component (AIDSCOM) et par le Ministère de la Santé • La participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA (<i>Living with HIV and AIDS: A Guide for Positive Living</i> est la première brochure jamais publiée en Zambie pour les personnes vivant avec le SIDA.)
1992	<ul style="list-style-type: none"> • De nouveaux groupes cibles prioritaires comprennent les femmes, les filles, les orphelins et les écoles (élèves, enseignants, parents et leaders communautaires).
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'une stratégie d'éducation par les pairs avec tous les groupes cibles
1997	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation sur le VIH/SIDA à l'aide du projet pilote de divertissement éducatif (« edutainment »)

1999	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation, conduite par le CHEP, sur les besoins relatifs à la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents dans la province du Copperbelt • Travail commence avec les mères adolescentes • L'UNICEF fournit du financement pour une durée d'un an
2000	<ul style="list-style-type: none"> • La NORAD fournit du soutien au CHEP pour trois ans de plus • L'UNICEF renouvelle son contrat d'un an • Travail commence dans les écoles pour aider les enfants aux besoins spéciaux
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats du programme évalués par évaluateurs externes

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Pendant les deux premières années, les activités du CHEP se fondaient sur l'hypothèse que les gens changeraient leurs comportements s'ils étaient mieux informés sur le VIH/SIDA. Mais les enquêtes conduites vers la fin de 1989 ont révélé que, bien que le public de la province du Copperbelt fût bien conscient du fait que le VIH/SIDA était un problème de santé sérieux, un grand nombre de personnes avaient toujours de fausses idées sur la transmission du VIH. De plus, le taux de VIH (selon les enquêtes et les données nationales) n'indiquait pas que les gens changeaient de comportement sexuel à cause d'une meilleure connaissance du VIH/SIDA.

Le personnel du CHEP a décidé qu'en plus d'augmenter les connaissances du VIH/SIDA, il fallait motiver le public et donner aux individus la confiance en soi d'agir selon les informations disponibles. Les gens avaient besoin d'accès aux services tels que le counselling professionnel, les tests d'anticorps du VIH, les soins des maladies sexuellement transmissibles (MST) et des réserves de préservatifs. Le CHEP avait l'intention de les fournir en collaboration avec des organisations sociales, des fournisseurs de soins et des leaders d'opinion publique.

En 1982, quand je suis arrivé en Zambie, le SIDA était virtuellement inconnu. Ce n'est qu'en 1985 que le premier cas de SIDA a été officiellement identifié en Zambie. Ma formation était en médecine clinique, mais comme bien d'autres professionnels de santé, je me sentais de plus en plus frustré par l'impuissance de la médecine moderne face au VIH... Finalement, j'ai décidé d'abandonner la médecine clinique, que j'avais pratiquée pendant plusieurs années, pour me consacrer plutôt à la prévention du SIDA. Avec quelques proches amis et collègues, et grâce au soutien du National AIDS Prevention and Control Program et NORAD, j'ai créé le Copperbelt Health Education Project (CHEP).

V. Chandra Mouli, fondateur du CHEP

Le groupe cible du CHEP est constitué des enseignants, élèves et travailleurs de santé. Les enseignants d'école primaire et secondaire et les responsables d'éducation du district participent aux activités du CHEP depuis 1988. Les élèves sont le groupe cible primaire depuis 1992 et le CHEP cible actuellement approximativement 25 000 jeunes scolarisés par an. Or, depuis 1990, le projet a fait participer, et il a formé, les travailleurs de santé de tous les huit districts de la province du Copperbelt. À présent, le CHEP offre

des services « youth-friendly » (adaptés aux jeunes) dans quatre cliniques de santé. En 2001, plus de 9 100 jeunes ont recherché les services de santé « youth-friendly » offerts par le CHEP.

Vue d'ensemble du programme

But

Le but principal du programme est d'assurer que les enfants et les jeunes développent et maintiennent des comportements qui réduiront leur risque de contracter les MST et le VIH/SIDA ou de se heurter à d'autres problèmes liés à la SSR. Le CHEP vise à autonomiser les enfants, adolescents et jeunes avec les habiletés fondamentales qui leur donneront plus de confiance en soi et qui les rendront capables de prendre de meilleures décisions. L'unité des enfants et jeunes essaie également de transmettre des compétences telles que l'alphabétisation et des notions d'arithmétique, qui permettront aux enfants et jeunes de trouver un emploi rémunéré dans l'avenir.

Objectifs

Les objectifs de l'unité des enfants et jeunes sont de :

- faire participer les jeunes à la planification des programmes qui offrent des informations exactes sur le sexe et la SSR ;
- permettre aux jeunes de développer les compétences nécessaires pour prendre des décisions et communiquer à propos du sexe et de la sécurité sexuelle ;
- promouvoir l'accès aux services appropriés qui aident les jeunes à prendre des décisions à propos du sexe, de leur sexualité et de la SSR ;
- promouvoir un environnement positif en traitant les problèmes associés aux rôles sexuels négatifs, aux inégalités, aux normes et exigences culturelles, et aux autres conditions socioéconomiques, pour permettre aux jeunes de faire des choix plus sains en ce qui concerne leur SSR ;
- développer des systèmes de soutien qui permettront aux jeunes d'améliorer leur compréhension des risques et de développer et maintenir des comportements sexuels à moindre risque, afin de réduire leur risque d'être infectés par des MST ou le VIH ;
- établir des services de santé adaptés aux jeunes et améliorer ceux qui sont déjà en place ; et
- réduire les disparités entre les garçons et les filles qui sont liées aux rôles masculins et féminins, en traitant les problèmes relatifs aux rôles des deux sexes, aux relations et aux inégalités qui empêchent la communication sexuelle et la pratique du sexe à moindre risque.

Les jeunes sont, d'un côté, notre espoir, mais de l'autre ils courent un grand risque d'infection par le VIH. Après plus de deux décennies de cette épidémie avancée, nous sommes plus sages qu'avant ; nous voyons que les jeunes n'acquièrent pas les informations et compétences de manière passive, mais que ce sont des participants actifs, des créateurs de tactiques et des informateurs clés.

Directeur en chef

Objectifs spécifiques à l'âge et au sexe pour les jeunes scolarisés, âgés de 9 à 13 ans (école primaire)

Objectif général : Améliorer les connaissances et compétences des jeunes pour les préparer à faire face aux nouvelles sensations sexuelles et aux situations à risque.

Objectifs spécifiques :

- augmenter la précision des connaissances sur les infections sexuellement transmissibles (IST), le VIH/SIDA, le sexe et la SSR par le biais des « Games for Life » (Jeux pour la vie), l'éducation par les pairs et le counselling par les pairs ;
- autonomiser les jeunes avec les compétences appropriées pour répondre aux nouvelles sensations sexuelles et aux situations à risque par l'éducation et le counselling par les pairs, tout en développant leur capacité de prendre des décisions et de communiquer, et par la défense des droits des enfants.

Objectifs spécifiques à l'âge et au sexe pour les jeunes scolarisés, âgés de 14 à 19 ans.

Jeunes filles

Objectif général : Réduire le risque couru par les jeunes filles d'être infectées par le VIH ou les MST

Objectifs spécifiques :

- augmenter le nombre de jeunes filles qui ont accès aux services de SSR par le renforcement des systèmes de référence et par l'établissement des réseaux de contacts ;
- augmenter, à l'aide des compétences appropriées, le nombre de jeunes filles qui sont capables de se protéger des grossesses non désirées, des IST et du VIH. (Cela se fait par l'éducation et le counselling par les pairs, ainsi que par l'utilisation de l'ensemble de communication multimédia.)

Garçons

Objectif général: Réduire le risque couru par les jeunes hommes d'être infectés par le VIH ou les MST

Objectifs spécifiques :

- améliorer la communication et les compétences manuelles (par exemple, l'utilisation des préservatifs) et celles qui concernent la prise des décisions.
- améliorer les connaissances en ce qui concerne la SSR et améliorer les attitudes envers le sexe, la santé sexuelle, la sexualité, les rôles masculins et féminins, les relations personnelles et les inégalités qui entravent la santé sexuelle.

Groupes cibles

Groupe cible primaire

- enfants d'âge préscolaire (de 3 à 6 ans)
- enfants d'école primaire (âgés de 6 à 13 ans)
- jeunes d'école secondaire (âgés de 14 à 19 ans)
- jeunes qui font des études dans les collèges et les universités (âgés de 18 à 35 ans)
- enfants aux besoins spéciaux (âgés de 6 à 15 ans)

Groupe cible secondaire

Les directeurs, les enseignants et les professeurs de tous les établissements d'éducation et de formation, les travailleurs de santé, les policiers, les parents et les leaders communautaires.

La Community Unit et l'Occupation Unit du CHEP ciblent ces groupes directement (comme cible primaire). L'Occupation Unit cible les travailleurs de santé, les policiers et les leaders municipaux. La Community Unit cible les parents et les autres membres de la communauté.

Champ d'action

Le programme en milieu scolaire est basé principalement dans les écoles des zones rurales et urbaines de la province du Copperbelt. La plupart des activités sont extrascolaires et elles ont lieu après les heures de classe, ou pendant les vacances. Cependant, quelques-unes des écoles qui participent au programme ont permis aux éducateurs pairs de travailler avec les élèves dans la salle de classe. De plus, six écoles ont des « youth-friendly corners » (coins adaptés aux jeunes) dans les écoles ; ce sont des endroits où les éducateurs pairs qualifiés donnent des informations et du counselling sur la SSR et le VIH/SIDA. Ces services, qui sont offerts sur les lieux, sont disponibles à tout le monde.

Plusieurs activités, telles que les « Games for Life » et l'« edutainment », ont lieu dans les communautés, parce que ces activités sont offertes aux jeunes scolarisés, ainsi qu'à ceux et celles qui ne sont pas scolarisés. Les services de santé adaptés aux jeunes sont disponibles dans quatre cliniques de santé. Les éducateurs pairs qualifiés du programme extrascolaire offrent ces services aux jeunes, qu'ils soient scolarisés ou non.

Le programme est en place dans 4 écoles maternelles, 11 écoles primaires, 7 écoles secondaires, 4 collèges et 1 université.

Parler seulement des faits relatifs au VIH/SIDA ne suffit pas. Il faut que les jeunes comprennent et assimilent toute une gamme d'habiletés fondamentales pour supporter le stress de la vie quotidienne.

Il faut aussi les aider à être conscients des liens entre le VIH/SIDA et les problèmes liés à la sexualité et aux rôles masculins et féminins.

Edward Mupotola, coordonnateur du programme en milieu scolaire du CHEP, mai 2002

Durée du programme

La durée moyenne de participation aux clubs est quatre ans, la durée maximale peut atteindre huit ans. Les enfants peuvent participer à partir de l'école maternelle jusqu'au collège, ou même au niveau universitaire. La participation des jeunes dans les autres composantes du programme, telles que les « Games for Life » ou l'« edutainment », est facultative ; la durée de la participation peut varier d'une seule fois jusqu'à plusieurs années.

Buts du programme

Comme la figure 2 le démontre, le programme en milieu scolaire est centré principalement sur l'assurance du développement et maintien des comportements qui réduisent le risque de contracter des MST et le VIH chez les enfants et les jeunes. Cela se fait principalement par l'apprentissage d'habiletés fondamentales (prise de décision, négociation, communication, résolution de problèmes, survie). D'autres buts sont l'abstinence et la prévention des grossesses.

À présent, la plupart du personnel du CHEP reconnaît que la plupart des jeunes ont une connaissance de base en ce qui concerne la prévention et la transmission du VIH/SIDA, même si cette connaissance est parfois erronée ou insuffisante. La diffusion des informations continue à être un point central important, mais le but primaire est maintenant d'améliorer la capacité des jeunes de rechercher des services de SSR, et d'améliorer aussi leur capacité de reconnaître les risques de transmission des MST et du VIH, tout en leur offrant des occasions d'apprendre de nouvelles habiletés fondamentales psychosociales.

L'abstinence est le comportement sexuel préféré pour les élèves de moins de 15 ans. Les élèves de plus de 15 ans sont encouragés à s'abstenir des rapports sexuels. Mais, s'ils sont sexuellement actifs, on les aide à adopter des attitudes positives envers le sexe (ou le comportement sexuel) à moindre risque.

Développer et maintenir des comportements sans risque
Prévention du VIH/SIDA
Développement d'habiletés fondamentales psychosociales
Prévention de la grossesse, prévention des MST/IST, abstinence

Figure 2. Buts du programme classés selon leur importance

Approches

La coordonnatrice du programme a classé les approches principales selon leur importance, comme la figure 3 le démontre.

Éducation par les pairs
Développement du comportement, des habiletés fondamentales
Éducation sur les rôles masculins et féminins et sur la sexualité
Éducation sur le VIH/les MST
Abstinence
Comportement moral et valeurs sociales
Autosuffisance et estime de soi

Figure 3. Approches du programme classées par la coordonnatrice du programme, selon leur importance

L'éducation par les pairs est l'approche principale du programme en milieu scolaire. Le CHEP croit que les modifications du comportement et des attitudes se feront seulement par le biais d'une approche participative envers l'apprentissage.

Les exécuteurs du programme—les bénévoles et les éducateurs pairs, et surtout le personnel du CHEP—ont trouvé que l'éducation par les pairs est une approche très efficace et appropriée avec les jeunes. Dans les écoles maternelles et primaires, les enfants plus âgés (jeunes bénévoles qui ont fini l'école secondaire, ou qui l'ont quittée) planifient et organisent les activités du club. Dans les écoles primaires, l'approche « entre enfants » est utilisée aussi ; les enfants sont encouragés (il s'agit en effet d'une obligation) à enseigner aux autres enfants les informations qu'ils ont assimilées.

Depuis 2001, le CHEP intègre à tous les programmes une approche qui est fondée sur les droits. De plus, les droits des femmes et des enfants ont été abordés dans plusieurs ateliers de formation. Cela comprend le droit des filles de refuser les rapports sexuels, le droit d'être respectée quand elles disent « non », le droit d'être sexuellement active ou non, le droit de se marier ou non, le droit de vivre sans coercition ou force et le droit d'établir, maintenir ou terminer une relation personnelle.

Activités

Des activités variées sont utilisées dans le programme CHEP, comme la figure 4 l'indique.

Théâtre
Jeux de rôles
Jeux
Sports
Activités communautaires
Chansons
Émissions de radio
Causeries
Poèmes
Bulletins
Débats
Quiz
« Talent shows » (spectacles qui permettent aux jeunes de montrer leurs talents)

Figure 4. Activités du programme CHEP (non classées)

Composantes

Le programme en milieu scolaire est constitué de cinq composantes principales :

1. Des clubs anti-SIDA,
2. L'éducation sur le VIH/SIDA par le divertissement (« edutainment »),
3. L'éducation sur le VIH/SIDA par les sports et les jeux (« Games for Life »),
4. La Sara Communication Initiative et
5. Les services de santé adaptés aux jeunes.

Les clubs anti-SIDA

Le programme CHEP en milieu scolaire soutient directement les clubs anti-SIDA dans 4 écoles maternelles, 11 écoles primaires, 7 écoles secondaires, 4 collèges et 1 université dans la province du Copperbelt. Les clubs anti-SIDA sont dirigés par plusieurs

organisations différentes, telles que le Family Health Trust et la Society for Family Health. Le CHEP aide de temps en temps d'autres écoles en leur donnant des matériels pédagogiques IEC (informations, éducation et communication).

Les clubs anti-SIDA sont des activités extrascolaires. Cependant, quelques-unes des écoles qui participent au CHEP ont alloué une tranche horaire pendant les heures de classe durant laquelle les éducateurs pairs peuvent enseigner régulièrement à tous les niveaux.

Le nombre de membres réguliers de chaque club anti-SIDA peut varier considérablement, selon l'importance de l'école. Les clubs se réunissent d'habitude deux fois par semaine. Par exemple, dans quelques écoles, le club se réunit une fois par semaine pendant les cours matinaux, et une fois pendant les cours de l'après-midi. Cela permet à tous les élèves de participer au club, quoi que soit leur horaire.

Le nombre d'éducateurs pairs par école varie aussi (30 par école, en moyenne). Les éducateurs pairs organisent les activités du club à l'aide d'une marraine ou d'un parrain et des bénévoles et responsables du CHEP, qui visitent les clubs régulièrement. Les éducateurs pairs utilisent des méthodes participatives, telles que des pièces, des discussions de groupe, des débats, des jeux de rôles, des *picture codes* (illustrations qui servent de point de départ pour une discussion), des sketches et des poèmes, pour aborder des thèmes relatifs à la SSR. De plus, six écoles ont des coins « youth-friendly », où tous les élèves (non seulement les membres du club) reçoivent des informations (matériels imprimés et dépliants) et du counselling.

Le curriculum éducatif pour les clubs anti-SIDA suit généralement celui qui est utilisé dans la formation des éducateurs pairs. Mais ce sont les membres qui décident des thèmes à aborder pendant chaque séance du club. Ils apprennent des techniques de devenir plus assurés, des compétences pour prendre des décisions, des compétences de survie et de négociation et des façons de trouver du plaisir sans avoir des rapports sexuels. Ils discutent aussi des problèmes liés à la sexualité et aux rôles masculins et féminins.

La modification des attitudes se fait lentement...Les informations positives que nous, les éducateurs pairs, offrons aux autres élèves donneront envie à quelqu'un de changer, pour ne plus être la « mauvaise » personne qu'elle était mais d'être plutôt quelqu'un de bonne moralité.

Éducateurs pairs du club anti-SIDA de l'école secondaire Helen Kaunda

« Edutainment »

Un bon nombre de stratégies qui sont innovatrices, adaptées aux jeunes et rentables ont été utilisées pour tendre la main aux jeunes de manière efficace. Une de ces stratégies est ce qu'on appelle l'« edutainment », une forme d'éducation par divertissement.

Le but général de l'« edutainment » est de donner aux jeunes une méthode alternative de recevoir une éducation sur le VIH/SIDA. Les activités d'« edutainment » comprennent les débats, les pièces, les quiz, les « talent-shows », les concerts et les sports.

Les débats, pièces et quiz sont centrés plutôt sur le VIH/SIDA, la prévention des MST et la promotion de la SSR. Les élèves ont l'occasion de discuter librement des problèmes importants de la vie, qu'ils n'aborderaient probablement pas en classe. Ces activités ont lieu généralement une fois par an dans les couloirs des écoles.

De plus, des « talent-shows » bimestriels ont été montés dans deux villes, Kitwe et Ndola. Les thèmes de ces spectacles étaient centrés sur la promotion de la santé des jeunes et sur leur développement. Les jeunes ont l'occasion de développer et concevoir leurs propres chansons et présentations visuelles artistiques pour les partager avec leurs pairs. Les responsables du CHEP sont toujours présents à ces événements afin d'assurer que les messages sont exacts et pour dissiper les rumeurs, les fausses idées et les mythes associés au VIH/SIDA et aux autres sujets relatifs à la SSR.

« Games for Life »

« Games for Life » est un programme d'éducation conçu pour apprendre le VIH/SIDA et la SSR aux jeunes et aux enfants, qu'ils soient scolarisés ou non, par des sports et des jeux, comme le football, le net-ball, le volley-ball, les échecs et le badminton, dans une atmosphère accueillante. Les activités de « Games for Life » sont organisées sur les lieux du projet par des éducateurs pairs qualifiés.

Le but des « Games for Life » est de fournir une éducation à la santé et des informations aux enfants et jeunes qui sont vulnérables. Un changement de comportement positif et des engagements qui peuvent changer la vie sont encouragés par la participation active dans les sports.

Les jeux sont organisés en ligues ou tournois. La première ligue va de février jusqu'en juin, et la deuxième commence en août et continue jusqu'au mois de novembre. Les finissants reçoivent des prix (des matériels d'éducation à la santé, du chlore, du dentifrice avec une brosse à dents ou des tee-shirts).

Je pensais, et croyais, que mon pénis deviendrait plus petit si je ne couchais pas avec les filles. Je serais donc impuissant et je ne serais pas viril. Je sais maintenant que ce n'est pas vrai, c'est un mythe, une idée fausse. Je peux retarder les rapports sexuels et attendre le bon moment.

Membre du club anti-SIDA

Sara Communication Initiative

En Afrique noire, beaucoup des droits des enfants, en particulier des adolescentes, ne sont pas reconnus et protégés par les familles et les communautés. Les filles africaines ont moins de perspectives éducatives, et elles sont exploitées sur le marché du travail. Elles manquent les occasions de développer des compétences psychosociales, et elles sont souvent victimes d'abus sexuel. Ces facteurs ont mené à un taux croissant d'IST, y compris le VIH/SIDA, chez les jeunes femmes.

Pour faire face à ces problèmes, l'UNICEF est en train de mettre en œuvre un programme dénommé la Sara Communication Initiative (SCI). La SCI est une stratégie

d'« edutainment » qui cherche à profiter du pouvoir du divertissement populaire pour diffuser des messages éducatifs. Sara est un personnage de bande dessinée qui surmonte de divers obstacles auxquels elle fait face, pour devenir un modèle dynamique pour l'adolescente africaine. (Pour de plus amples détails sur la SCI, voir l'annexe 1 de ce chapitre.)

Le CHEP a créé la SCI dans 30 écoles de la province du Copperbelt. Quinze bénévoles CHEP, avec l'aide du coordonnateur, ont tenu 750 séances entre janvier et juin 2000. On a ensuite laissé aux écoles la décision d'établir les clubs Sara. Après les séances qui ont eu lieu en 2000, trois écoles secondaires ont décidé d'établir des clubs Sara, qui sont toujours très actifs.

Services de santé adaptés aux jeunes

Les YFHS (Youth-friendly health service) visent à améliorer l'accès aux services de SSR des jeunes qui sont dans le besoin. Cela se fait par l'amélioration des attitudes, des comportements et des pratiques en ce qui concerne la santé. Le but est de diagnostiquer les MST plus tôt, et de fournir des soins efficaces; le but ultime est de prévenir ces maladies. Les YFHS fournissent des informations, de l'éducation et de la communication sur le VIH/SIDA.

Le CHEP a établi des YFHS dans quatre cliniques de santé de la province du Copperbelt, avec approximativement 10 éducateurs pairs/conseillers dans chaque clinique.

Les services fournis par les éducateurs pairs qualifiés et le personnel de la clinique incluent : le counselling, la diffusion des informations relatives aux MST et au VIH/SIDA, l'éducation sur la SSR, les compétences psychosociales, et des informations sur l'anatomie et le développement biologique et physique durant l'adolescence.

Ces services sont très recherchés. En 2001, 9 143 jeunes (3 767 jeunes filles et 5 376 garçons) ont visité les YFHS, par rapport à 7 500 au total en 2000. Il y a eu une augmentation du nombre de garçons et filles qui ont déclaré (aux YFHS) avoir contracté une MST. Par exemple, en 2000, le nombre moyen de cas présumés des MST s'élevait à 132 par clinique par mois. En 2001, le taux était de 308 cas par clinique par mois.

Étude de cas: l'histoire de Mlle Mwale

Après la mort de son petit ami, Mlle Mwale (nom fictif) a décidé de se présenter pour le counselling et un test volontaire (VCT). Elle a reçu des conseils et elle a subi une analyse de sang. L'analyse a révélé qu'elle était séropositive. « J'étais foudroyée et confuse. Je pensais que c'était la fin ... Je savais bien sûr que ce n'est pas moi qui ai causé mon infection ... cela m'a fâchée et j'étais sur le point de devenir déprimée ».

Après un peu de counselling au YFHS, elle a décidé de rompre le silence. « À cause du counselling, j'ai décidé de parler à ma famille des résultats du test. J'avais peur parce que je n'étais pas sûre de leur réaction ... je leur en ai parlé quand même ». Comme prévu, la réaction de sa famille aux nouvelles, surtout la réaction de ses parents, était ambiguë. Ils lui ont demandé de tenir son état séropositif secret.

« Je n'aimais pas l'idée de mes parents. J'avais un désir en moi qui me donnait constamment envie d'aider les autres jeunes à éviter l'infection, ou à l'accepter s'ils en étaient infectés ... je ne pouvais pas rester silencieuse; il me fallait dévoiler mon secret à plus de personnes. J'ai décidé d'en parler à une de mes meilleures amies... »

Mlle Mwale a révélé son état séropositif en public à un atelier du YFHS, où à peu près 40 participants ont écouté ses histoires émouvantes. Beaucoup d'entre eux lui ont demandé comment il était possible d'être heureuse en tant que femme atteinte du virus. De manière calme et résolue, elle a dit, « L'infection par le VIH est une lutte qui se mène à l'intérieur de l'esprit; il ne faut jamais laisser les émotions maîtriser votre capacité de réfléchir. Parlez au virus à tous les jours, et vous vous sentirez mieux. Après tout, il est possible de vivre encore 15 ans ».

Aujourd'hui, Mlle Mwale est une des conseillères paires qui aident les autres jeunes à comprendre et à prévenir les grossesses non désirées et l'infection par le VIH et par les autres MST. Mlle Mwale est devenue un modèle parmi les jeunes de la communauté. Mais ses parents ne sont pas contents de la décision de leur fille de révéler son état séropositif à la communauté.

Source: CHEP, « Narrative and Financial Reports for the Period January to December 2001 »

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le programme en milieu scolaire CHEP comprend de diverses stratégies et composantes, comme mentionné ci-dessus. Chacune de ces composantes peut être développée et exécutée séparément pour répondre aux besoins des enfants et jeunes de différents milieux.

Avant, et au cours de, l'exécution des activités, l'unité des enfants et jeunes et l'organisation CHEP dans son entier ont conduit plusieurs enquêtes de base.

Évaluation des besoins

Le CHEP a conduit plusieurs enquêtes KAP depuis sa création. Des évaluations ont été conduites pour les jeunes scolarisés en 1991-2, 1998, 1999 et 2001. La dernière enquête, conduite en 2002, a examiné les connaissances, les attitudes, les compétences et les

habitudes (KASH—knowledge, attitudes, skills, habits). Malheureusement, les résultats de cette enquête ne sont pas encore disponibles.

En mars 1999, le personnel du CHEP a conduit une évaluation des besoins portant sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans la province du Copperbelt. Les objectifs spécifiques étaient de :

- établir des programmes de santé appropriés afin de satisfaire aux besoins de santé des jeunes,
- instruire et conseiller les jeunes sur des sujets importants qui sont liés à la SSR,
- former les éducateurs pairs sur la SSR,
- réduire et prévenir les problèmes de SSR qui touchent les adolescents et
- conduire la recherche de base sur la SSR.

Il y a un très haut niveau de confidentialité dans cette clinique. Les gens ne savent pas pourquoi vous êtes venu. Les jeunes [éducateurs pairs] sont bons et ils jouent le rôle de nos parents parce qu'ils nous parlent des problèmes importants et épineux.

Client du YFHS

Une étude transversale des jeunes (scolarisés et non scolarisés) choisis au hasard a été conduite. L'échantillon de l'étude comprenait 94 jeunes scolarisés venant de quatre écoles, de la 4^{ème} à la 1^{re} année (la plupart de ces élèves étaient âgés de 16 à 18 ans, des deux sexes) et 86 jeunes qui n'étaient plus scolarisés (dont la plupart avaient de 19 à 21 ans, des deux sexes).

Des données ont été recueillies de la part des jeunes scolarisés par le biais d'un questionnaire structuré et autoadministré, avec des questions ouvertes et fermées. Des discussions de groupe ont été utilisées avec les jeunes qui n'étaient pas scolarisés. Les outils de saisie de données ont été prétestés auprès de 10 élèves pour évaluer la capacité de ces outils de fournir des informations valables.

Les résultats de l'étude sont présentés dans le tableau 1.

Les résultats de l'évaluation sont encourageants parce qu'ils indiquent que les jeunes sont disposés à parler des problèmes de SSR avec les adultes et les personnes qui ne sont pas leurs pairs. Le CHEP a aussi découvert que les besoins de santé peuvent être abordés par des cliniques de MST et des services de counselling. Les résultats de l'étude ont été utilisés pour répondre à des besoins spécifiques du programme et pour développer le programme. Un exemplaire de l'évaluation des besoins est disponible. (Voir « Matériel pédagogique » à la fin de ce chapitre.)

Matériel du programme

Le développement des supports pédagogiques est un processus continu. Le CHEP utilise et adapte des matériels qui ont été développés par d'autres organisations, telles que l'UNOSIDA, l'UNICEF, le UNDP, le SAFAIDS, l'USAID/SIHP, le FHT, la International HIV/AIDS Alliance et le Ministère de la santé. Mais beaucoup d'organisations ont utilisé, et adapté, les matériels pédagogiques du CHEP.

La plupart des matériels sont créés en anglais, plutôt que dans les langues locales. Selon la responsable de l'unité, on utilise l'anglais dans les matériels pédagogiques du CHEP parce que la plupart des gens qui savent lire et écrire le connaissent.

L'étape clé de la modification des attitudes des enfants et jeunes est l'effort de les faire comprendre les risques, les habitudes, les pensées, les sensations et les actions envers la santé sexuelle. Nous avons appris, à l'aide des enquêtes KAP (connaissances, attitudes, pratique) et KASH (connaissances, attitudes, compétences, habitudes) qu'il y a un écart évident entre leurs croyances, leurs pensées et leurs actions.

Edward Mupotola, coordonnateur du programme CHEP en milieu scolaire

Matériel du groupe cible

Dépliants

Plusieurs dépliants ont été développés par le CHEP pour être utilisés avec les groupes cibles.

Assertiveness (avoir une manière assurée); *Decision and Choice Making* (prise de décision et choix); *Self Control* (maîtrise de soi); *Self-Esteem* (estime de soi); *Self-Actualisation* (accomplissement); *Self-Confidence* (confiance en soi); *Shyness* (Timidité). Ces dépliants visent à développer les compétences fondamentales des lecteurs et lectrices, améliorant leur maîtrise de soi et leur capacité de prendre de bonnes décisions, ainsi que les rendant plus assurés.

Stepping Stones Strategy: Information that You Need for Full Enjoyment of Your Life (stratégie « pierres de gué » : informations nécessaires pour profiter pleinement de la vie). Ce dépliant donne des informations sur le programme « Stepping Stones », qui est offert par le CHEP aux familles, entreprises, communautés et groupes religieux.

Games for Life est un dépliant qui donne des informations générales sur le CHEP et l'unité des enfants et jeunes. Il explique le programme « Games for Life », comment les activités sportives sont organisées et les leçons tirées de « Games for Life ».

Child and Youth Focused Unit donne des informations sur l'unité qui s'occupe des enfants et jeunes : l'objectif, le groupe cible, les activités, les accomplissements, les défis et les coordonnées.

Explaining CHEP donne des informations générales à propos de l'organisation, telles que la déclaration de mission, les buts principaux, les stratégies, les activités et les coordonnées.

Quelques-uns de ces dépliants sont disponibles. Voir « Matériel pédagogique » à la fin de ce chapitre.

Plaquette

What Everyone Should Know about STD (ce que tout le monde devrait savoir sur les MST) est une plaquette de 12 pages qui donne des informations sur les MST et le VIH/SIDA,

comment ils se propagent (et ne se propagent pas); comment savoir si un individu a une MST ; que faire quand on soupçonne la présence d'une MST; comment se protéger des MST et du VIH/SIDA ; où trouver des préservatifs.

Cette plaquette est disponible. Voir « Matériel pédagogique » à la fin de ce chapitre.

Les jeunes ont des attitudes négatives envers le counselling et les tests. La plupart des jeunes pensent que, si vous êtes séropositif, vous allez « lose market », c'est-à-dire que tout le monde vous méprisera.

Edward Mupotola, coordonnateur du programme CHEP en milieu scolaire

Brochure

« Check Your Facts ! » (Vérifiez les faits) donne les réponses à quelques questions sur le VIH/SIDA. Les questions comprennent les sujets suivants :

- Qu'est-ce que le VIH ?
- Quel est l'effet du VIH sur le corps ?
- Qu'est-ce que le SIDA ?
- Qu'est-ce que le test du VIH ?
- Comment est-ce qu'on peut être infecté par le VIH ?
- Quel est le comportement à haut risque ?
- Comment peut-on éviter de transmettre le virus ?
- Est-ce que les moustiques peuvent contribuer à la propagation du VIH ?

Cette brochure est disponible. Voir « Matériel pédagogique » à la fin de ce chapitre.

Le *Gender and Sexuality Toolkit* (« jeu d'outils » sur la sexualité et les rôles masculins et féminins [International HIV/AIDS Alliance—ZIHP 2001]) est un guide qui fournit plusieurs outils pour faciliter des discussions interactives et participatives avec les jeunes sur des problèmes liés à la sexualité et aux rôles masculins et féminins. Le CHEP a organisé plusieurs ateliers pour les jeunes, les enseignants et les éducateurs pairs à l'aide de ces « jeux d'outils ».

	Scolarisé	Non scolarisé
Tranche d'âge principale	16 à 21 ans	16 à 20 ans (58%)
Marié(e)	0/94 (77%)	25/86 (29%)
A eu des rapports sexuels	34/94 (36%)	52/86 (60%, y compris les 29% mariés)
Âge lors des premiers rapports sexuels (y compris ceux et celles qui n'ont pas de rapports sexuels)		
4 à 9 ans	6/53 (11%)	0
10 à 15 ans	22/53 (42%)	20/60 (33%)
16 à 21 ans	23/53 (43%)	35/60 (58%)
Nombre de partenaires sexuels (y compris ceux et celles qui n'ont pas de rapports sexuels), y compris les embrassements		

1	21/53 (40%)	30/60 (50%)
2	5/53 (9%)	10/60 (17%)
3	2/53 (4%)	7/60 (12%)
4 ou plus	14/53 (26%)	11/60 (18%)
A utilisé des préservatifs (seulement ceux et celles qui ont eu des rapports sexuels)	24/34 (71%)	52/60 (87%)
Connait l'éducation sexuelle	74/94 (79%)	56/86 (65%)
Parle de l'éducation sexuelle avec les autres	82/94 (87%)	66/86 (77%)
Cadre approprié pour enseigner l'éducation sexuelle	9/94 (10%)	2/86 (2%)
Famille	8/94 (9%)	7/86 (8%)
Enseignants	51/94 (54%)	60/86 (70%)
Travailleurs de santé	18/94 (19%)	6/86 (7%)
Pairs et ami(e)s	5/94 (5%)	10/86 (12%)
N'importe qui	3/94 (3%)	1/86 (1%)
Non déclaré		

Tableau 1. Résultats de l'évaluation des besoins

Matériel de formation du personnel

- *Gender and Sexuality Toolkit* (voir dessus)
- *Manual for Peer Education Training* (manuel d'éducation par les pairs) : Le CHEP a développé un manuel de formation pour l'éducation par les pairs. Ce manuel est utilisé pour l'enseignement de l'éducation par les pairs avec les jeunes et les adultes.
- *Peer Education Modules 1-10* (modules d'éducation par les pairs) : Ces modules ont été développés par l'University of Zimbabwe et l'University of Zambia.
- *Training for Transformation* (formation pour la transformation) : Un programme de formation pour les travailleurs communautaires. Il a été développé au Zimbabwe, fondé sur les théories prônées par Paulo Freire sur le développement de la conscience critique, avec le développement des compétences nécessaires pour une nouvelle société, surtout les compétences en relations personnelles.
- *Stepping Stones* (« pierres de gué ») : Un ensemble de formation—développé par Alice Welbourne—qui est centré sur les pairs : VIH/SIDA, relations entre les deux sexes, communication, compétences en relations personnelles. Selon le concept *Stepping Stones*, à l'aide d'une série de modules de formation, les gens améliorent au fur et à mesure leur confiance en soi et deviennent plus assurés. Pendant qu'ils deviennent plus assurés, en augmentant leur niveau de formation et de connaissances, ils deviennent capables de parler de manière plus ouverte de leurs vies privées, y compris la sexualité et la reproduction.
- *Participatory Approaches in HIV/AIDS Community Work: A Facilitator's Guide* (approches participatives du travail communautaire sur le VIH/SIDA : Guide pour facilitateurs) : Ce guide, développé au Zimbabwe, fournit des informations de base sur l'histoire et les principes des approches participatives et compétences en facilitation. Il explique plusieurs outils de participation que l'on peut utiliser dans l'éducation sur le VIH/SIDA, et il donne des directives complètes sur leur emploi.

D'autres manuels sont utilisés pour la formation du personnel. Veuillez contacter le CHEP (voir la partie D de ce chapitre pour les coordonnées) pour de plus amples détails sur les ouvrages suivants :

- *Zimbabwe's AIDS Action Program for Schools* (programme AIDS Action pour utilisation en milieu scolaire) ;
- *Life Skills Education in Schools* (enseignement des habiletés fondamentales en milieu scolaire), publié par la WHO – Global Programme on AIDS (GPA), en 1994 ;
- *The Oxfam Gender Training Manual – Life Skills and Development* (manuel de formation sur les sexes/spécificités), publié en 1994 ;
- *School Health Education to Prevent AIDS and STDs*, un ensemble de ressources produit par la WHO et l'UNESCO en 1994, sur l'éducation à la santé en milieu scolaire pour prévenir le SIDA et les MST.

Choix et formation du personnel

Le personnel du CHEP fait la plupart de l'enseignement des exécutants du programme (éducateurs pairs, marraines et parrains, travailleurs de santé, conseillers). Cependant, les ateliers de formation des travailleurs de santé sont parfois conduits en collaboration avec l'équipe de gestion à la santé du district (DHMT) et, pour la formation des conseillers, avec le Zambia Counselling Council.

La formation des travailleurs de santé et des éducateurs pairs prend d'habitude une ou deux semaines; la formation des conseillers prend à peu près six semaines. Le CHEP organise plusieurs ateliers pour son personnel et les membres de la communauté.

Formation des éducateurs pairs

Les ateliers de formation pour les éducateurs pairs prennent d'habitude une ou deux semaines. Après la première formation, un cours de recyclage est souvent conduit après six mois.

Pour leur formation, les éducateurs pairs se servent du manuel d'éducation par les pairs, qui a été développé par le CHEP. Ils utilisent aussi les *Peer Education Modules 1-10*, développés par les groupes de soutien de l'University of Zambia et l'University of Zimbabwe. Les éducateurs pairs apprennent les sujets suivants :

- introduction aux approches centrées sur les pairs ;
- connaissances de base sur le VIH/SIDA et les MST ;
- utilisation des préservatifs ;
- planning familial ;
- soins et traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- normes communautaires des images « idéales » des garçons et filles ;
- rapports sexuels et sexualité ;
- adolescence ;
- évaluation des risques du VIH/SIDA ;
- compétences fondamentales (résolution des problèmes, prises de décisions, pensée critique, compétences en relations personnelles) ;

- affirmation de soi ;
- « outreach » (recherche des individus qui bénéficieraient du soutien) en milieu scolaire et ses éléments ;
- méthodologies participatives et interactives.

Ateliers sur la sexualité et les relations entre les deux sexes

Depuis juillet 2001, le CHEP a organisé plusieurs ateliers sur la sexualité et la problématique hommes-femmes. La formation, qui est offerte aux élèves, enseignants et éducateurs pairs, dure entre une et deux semaines. Approximativement 150 personnes ont reçu la formation. Les instructeurs sont des membres du CHEP qui ont été formés pour aborder les problèmes liés à la sexualité et aux relations entre les deux sexes. La formation est conduite au moins deux fois par mois, dans les écoles et les communautés.

Le Facilitator's Guide to Participatory Practice in HIV/AIDS Work: Gender and Sexuality in Young Men's Lives (guide d'approche participative pour facilitateurs travaillant avec les jeunes hommes sur la sexualité et la problématique hommes-femmes) fournit plusieurs « jeux d'outils » pour faciliter des discussions interactives et participatives avec les jeunes sur des problèmes liés à la sexualité et aux relations entre les deux sexes. Bien que ces outils fussent développés pour travailler avec de jeunes hommes, le CHEP a trouvé que la plupart d'entre eux sont convenables aux deux sexes. Les jeux ont été développés par la International HIV/AIDS Alliance ZIHP.

Voilà un exemple de l'utilisation d'un des jeux:

Toolkit N° 5 : « Gender Boxes »

But : Comprendre les coûts et avantages de se conformer, ou de résister, aux stéréotypes liés au sexe.

Instructions :

- Discuter des portraits de plusieurs jeunes hommes et femmes « typiques » (âge, milieu socioculturel, groupe social, ethnie, niveau d'éducation, statut professionnel, statut matrimonial, identité sexuelle, domicile—milieu rural ou urbain, affiliation religieuse, etc.)
- Former de plus petits groupes pour travailler sur une jeune personne dans chaque groupe. Demander à chaque petit groupe de :
 - Dessiner le profil d'un corps par terre, ou sur un grand morceau de papier, et dessiner une boîte autour de ce profil. C'est la « gender box ».
 - Dans la boîte, écrire, dessiner et marquer tous les stéréotypes sexuels qui conviennent à cette personne (comment il/elle devrait se comporter, son apparence, ses rôles, responsabilités et attentes, etc.)
 - À l'extérieur de la boîte, écrire, dessiner et marquer toutes les choses qu'on dira à cette personne (ou qui lui arriveront) s'il sort « à l'extérieur de la boîte »—autrement dit, si la personne ne se conforme pas au stéréotype.
- Réunir les membres des groupes pour partager leurs « gender boxes ». Discuter des coûts et avantages potentiels si une personne reste à l'intérieur de la boîte, ou si elle en sort.

- Mener une discussion générale des stéréotypes sexuels, de leur influence sur la SSR et comment on peut les mettre en question pour améliorer la SSR.

Questions à discuter :

- Quelles sont les principales différences entre les « gender boxes » des hommes et des femmes ?
- Comment les stéréotypes sont-ils influencés par d'autres éléments ?
- Comment les gens sont-ils influencés à se conformer aux stéréotypes ?
- Quels sont les coûts principaux si quelqu'un reste « dans la boîte » ? Est-ce que ces coûts sont différents selon le sexe de l'individu ? Quel est le lien entre ces coûts et la SSR ?
- Quels sont les avantages principaux de l'acte de sortir « à l'extérieur de la boîte » ? Est-ce que ces avantages sont différents selon le sexe de l'individu ? Quel est le lien entre ces avantages et la SSR ?

Les éducateurs, responsables sur le terrain, éducateurs pairs et directeurs du CHEP participent régulièrement aux séances de formation et de recyclage. Ils suivent aussi d'autres cours selon leurs besoins et leurs intérêts. Ces cours comprennent: « Training for Transformation » (formation pour la transformation), « Stepping Stones » (pierres de gué), « Peer Counseling » (counselling par les pairs), « Participatory Approaches in HIV/AIDS Community Work » (approches participatives du travail communautaire sur le VIH/SIDA), « Youth-Friendly Health Services for Health Workers » (services de santé adaptés aux jeunes pour les travailleurs de santé) et « Matron/Patron Training for Teachers » (enseignement marraine/parrain pour les enseignants).

Le CHEP conduit des séances de formation continue une fois par mois pour le personnel à temps plein et à temps partiel. Le personnel qui a assisté aux différents ateliers partage les nouvelles connaissances avec les autres membres. À cause de cette formation continue, le personnel du projet est bien informé sur plusieurs domaines techniques relatifs au travail communautaire à la prévention du VIH/SIDA.

Mise en œuvre du programme

Parce que le programme CHEP en milieu scolaire a de nombreuses composantes, une description de leur mise en œuvre dépasserait le cadre de ce rapport. Pour de plus amples détails, veuillez contacter la responsable de l'unité des enfants et jeunes du CHEP, ou le coordonnateur des programmes en milieu scolaire. (Voir « Contacts » dans la partie D de ce chapitre.)

Ressources du programme

Le CHEP a une salle de documentation qui est ouverte durant les heures de travail à toute personne qui s'intéresse aux matériels didactiques du CHEP. Cette salle contient de divers livres, rapports, dépliants, vidéocassettes, etc., qui sont principalement liés à la SSR et à la santé générale.

Plaidoyer

Le plaidoyer est un élément important de la stratégie du CHEP depuis sa création. Les connaissances, les attitudes et les compétences de la communauté sont vues par le personnel du programme comme étant des éléments importants qui influencent le comportement sexuel des enfants et jeunes dans ces communautés. Leur participation est donc importante à la formation des comportements sexuels sans risque chez les jeunes.

L'unité des enfants et jeunes a mené des campagnes de plaidoyer sur des problèmes précis tels que la prévention et la mitigation de la pornographie infantile, les rapports sexuels entre enseignants et élèves, la suppression des frais scolaires pour l'éducation primaire, la formation d'écoles communautaires pour les enfants vulnérables et le travail des enfants. Ces campagnes ont ciblé les leaders politiques, les leaders municipaux, les policiers, les enseignants, les administrateurs scolaires et le public, y compris les jeunes eux-mêmes. Les deux autres unités qui constituent le projet CHEP y participent activement et elles ciblent les leaders municipaux, les leaders traditionnels, la police, les guérisseurs traditionnels et les leaders religieux.

Le CHEP est membre du District AIDS Force, organisé par la DHMT. Des membres d'autres organisations et du gouvernement participent aux réunions pour partager leurs projets et idées relatifs au travail sur le VIH/SIDA.

Le fait de comprendre le public, ou groupe cible, et les faire participer au processus de conception des messages et matériels pédagogiques liés à la santé est la clé d'une éducation à la santé efficace. En créant de nouveaux matériels pédagogiques, nous nous posons cinq questions essentielles :

1. À qui est-ce que les matériels sont destinés ?
2. Quel comportement est-ce que nous essayons de modifier ? Comment ?
3. Quelles sont les informations dont le groupe cible a besoin ?
4. Comment peut-on faire appel à l'émotion pour toucher la corde sensible du groupe cible ?
5. Par quelle voie de communication, ou ensemble de voies, peut-on transmettre les informations au groupe cible ?

Les réponses à toutes ces questions déterminent le contenu et la présentation des matériels pédagogiques, et les façons desquelles ils sont diffusés aux groupes cibles ; nous essayons d'influencer leurs connaissances, leurs attitudes et leurs comportements.

V. Chandra Mouli, fondateur du CHEP

Rapport financier

Le budget total en 1996 était 347 250 \$US, y compris une contribution de 50 000 \$US reçue de la part de l'UNICEF. Le travail d'IEC (services de soutien, programmes IEC, mass média) représente 68,5% du total. Le reste du total a été alloué aux dépenses suivantes : frais généraux (18 %), biens d'équipement et maintien (8 %), suivi et recherche (1,5 %) et conférences et réunions (4 %).

Les partenaires-collaborateurs principaux du CHEP sont : NORAD, Christian Aid, The Canadian International Development Agency's (CIDA) Southern African Training Program (SAT), l'UNICEF, les Pays-Bas et le ZECAB. Le soutien reçu de la part de NORAD, Christian Aid et des Pays-Bas est à long-terme, renouvelable après l'exécution réussie de chaque projet de trois ans. Le soutien des autres donateurs est renouvelé à chaque année.

Les coûts par enfant, par an n'étaient pas disponibles.

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

- Au début du projet, les messages étaient créés pour faire peur au public, comme c'est le cas dans beaucoup d'autres pays. Mais le personnel s'est vite rendu compte que cette sorte de message contribue à la honte associée au VIH/SIDA, ce qui décourage les gens de se présenter pour un test ou d'avouer à leurs partenaires sexuels qu'ils sont séropositifs. Les messages de crainte avaient aussi l'effet de rendre beaucoup de personnes anxieuses, craintives et même fâchées parce qu'elles ne pouvaient pas répondre de manière efficace à la menace du SIDA en ce qui concernait leur santé et leur survie. De tels messages ont peut-être renforcé les sentiments négatifs des gens envers ceux et celles qui étaient déjà infectés par le VIH/SIDA. Les messages fondés sur la peur ont donc été retirés et de nouveaux messages ont été créés pour promouvoir des valeurs et attitudes positives.
- Au début, les messages du CHEP étaient fondés sur la communication à sens unique. Les besoins des groupes cibles n'étaient ni étudiés ni tenus en compte. Plus tard, le CHEP est devenu plus sensible et ouvert aux besoins du public grâce au contact direct et interpersonnel. Cela était possible, par exemple, à l'aide des séances de questions-réponses tenues lors des ateliers et classes. Le projet s'est rendu compte de ce que les personnes des divers groupes savaient déjà sur le VIH/SIDA, et ce qu'elles pensaient de la maladie. Il était évident qu'il y avait de grandes différences entre les groupes en ce qui concerne leurs connaissances, leurs inquiétudes et leurs craintes concernant le VIH/SIDA. Le CHEP a donc commencé à adapter le contenu et la présentation des matériels pédagogiques aux connaissances, inquiétudes et craintes des groupes cibles, au lieu de s'adresser au grand public. La participation du public ou du groupe cible au

processus de conception des messages et matériels pédagogiques (par exemple, par les prétests) est la clé de l'éducation à la santé efficace.

- Le fait de former les jeunes comme éducateurs pairs, et les faire participer au conseil administratif des clubs anti-SIDA de chaque classe dans chaque école, assure la continuité des activités des clubs, même après que les élèves plus âgés aient fini leurs études.
- Le manque de motivation, que ce soit financier ou non (tee-shirts, macarons, certificats, logistique de transport, etc.) peut mener à la perte d'éducateurs pairs bénévoles, surtout parmi les jeunes qui ne sont pas scolarisés, ou ceux et celles qui ont terminé leurs études.
- Le CHEP a conduit une enquête d'envergure nationale des clubs anti-SIDA de la Zambie (hormis ses propres clubs). Cette enquête a trouvé que, plutôt que de transmettre une éducation essentielle aux élèves, comme on avait espéré, ces clubs tendaient à marginaliser les jeunes dans les écoles et ils encourageaient la honte chez les jeunes... Un défaut important des clubs anti-SIDA est qu'ils n'atteignent pas assez de jeunes qui sont au plus haut risque de contracter le VIH. Un problème est que les parrains choisissent souvent les élèves qui démontrent, à leur avis, le « meilleur » comportement pour devenir membres (par exemple, ceux et celles qui n'ont jamais de rapports sexuels). Tandis que ces jeunes peuvent toujours bénéficier du club, et jouer un rôle positif envers leurs pairs, il est aussi important de faire participer les élèves qui sont maintenant au plus haut risque d'être infectés par le VIH et les autres MST.
- Depuis l'intervention du CHEP dans les clubs anti-SIDA scolaires, tous les élèves participent à la lutte contre le VIH/SIDA. Les membres des clubs anti-SIDA sont plus habiles à partager des informations avec les élèves qui ne sont pas membres, et ils distribuent les matériels pédagogiques de manière plus uniforme. La stratégie consiste en la conduite des séances sur le VIH/SIDA dans chaque classe (dans quelques-unes des écoles) et l'organisation des ateliers avec les enseignants sur les méthodes de faciliter les séances sur le VIH/SIDA.
- Les jeunes aiment les programmes d'éducation à la santé qui leur sont adaptés. Cela se voit dans les « Games for Life », qui ont permis aux jeunes de participer activement au football, au net-ball et aux autres sports. Par conséquent, les jeunes sont plus disposés à se rendre au centre du CHEP pour rechercher des informations sur l'éducation à la santé.

Évaluation

L'unité des enfants et jeunes conduit le suivi et l'évaluation continus des activités. Les jeunes participent activement à la planification, au suivi, à l'évaluation et à tous les aspects (ou recherche) liés à leurs activités. L'unité assure que le travail fait sur les activités est analysé chaque semaine. Les éducateurs pairs font le bilan de leurs activités à la responsable de l'unité, en lui rendant un formulaire de suivi hebdomadaire.

Le CHEP conduit le suivi et l'évaluation à trois niveaux : l'efficacité du programme, l'efficacité du processus et l'efficacité de l'impact. Des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives sont employées, utilisant l'observation, les discussions de

groupe, les questionnaires, les entrevues individuelles, etc. Les programmes et approches du CHEP sont constamment analysés et adaptés à l'aide de ce travail.

Réunions participatives de bilan annuel

Une fois par an, le personnel du CHEP et les partenaires-collaborateurs viennent de partout dans la province du Copperbelt pour tenir leur réunion participative de bilan annuel. Ces réunions sont tenues pour étudier les activités et stratégies annuelles exécutées par le CHEP pour la prévention et mitigation de l'impact du VIH/SIDA sur la population du Copperbelt. Pendant ces réunions on discute des succès, des défis et des perspectives de croissance, ainsi que les défauts de l'organisation. Le but principal de ces réunions est de planifier des stratégies appropriées pour l'année suivante.

Enquête de base, 2001

Une des exigences fondamentales des donateurs du CHEP est le suivi et l'évaluation continus de l'impact des activités du CHEP sur les groupes cibles. Cela nécessite, à la fin de la période d'activité, une réexamination constante des indicateurs qui mesurent l'exécution des programmes. De plus, il incombe au CHEP d'évaluer l'impact de ses activités, pour identifier les meilleures pratiques apprises lors des activités, en vue d'améliorer la performance et de maximiser l'impact de ses programmes d'éducation à la santé et de développement communautaire chez les groupes vulnérables et marginalisés de la province du Copperbelt.

Le CHEP a donc commandé une enquête de base, conduite par la Bravo Development Corporation Limited, pour examiner les programmes clés qui sont exécutés par ses trois unités. L'objectif général de l'enquête était d'améliorer les systèmes de planning, de suivi et d'évaluation du CHEP, par l'étude et le développement des indicateurs qualitatifs et quantitatifs de performance pour ses activités. Les résultats de l'étude serviront de précieux points de repère qui aideront les trois unités du CHEP à être plus centrées sur leur exécution continue de l'éducation à la santé et d'autres initiatives communautaires dans la province du Copperbelt en Zambie.

Le projet de suivi du CHEP pour les jeunes scolarisés et non scolarisés se trouve dans l'annexe 2.

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	Les jeunes participent au programme à différentes étapes : Ils participent aux réunions participatives de bilan annuel ; leurs idées sont intégrées aux projets finaux du programme; toutes les activités du programme sont organisées et exécutées par les éducateurs pairs, à l'aide des marraines ou parrains et du personnel du CHEP ; ils participent au

			développement des matériels pédagogiques et ils participent activement au suivi et à l'évaluation des activités du programme.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	Atteint en partie	<p>Les objectifs et stratégies du programme sont spécifiques en ce qui concerne l'âge et le sexe (depuis 2002). Les problèmes liés aux relations entre les deux sexes ont été abordés par le biais des ateliers sur la sexualité et la problématique hommes-femmes, ainsi que par la Sara Communication Initiative (SCI).</p> <p>Le programme cible aussi les préadolescents (école maternelle et école primaire), mettant l'accent sur la formation du comportement par l'encouragement des valeurs et compétences qui mènent, plus tard dans la vie, aux pratiques sexuelles à moindre risque.</p> <p>Les besoins des jeunes de moins de 15 ans qui sont sexuellement actifs ne sont pas bien abordés ; ils ne reçoivent pas d'informations sur les pratiques sexuelles à moindre risque, telle que l'utilisation du préservatif. (Les enquêtes de base et les observations faites par les éducateurs pairs et les autres membres de l'équipe indiquent manifestement que quelques-un(e)s des jeunes deviennent sexuellement actifs avant l'âge de 15 ans.)</p> <p>L'influence des pairs est souvent discutée avec les jeunes. Les jeunes ont souvent cité cette influence comme un problème universel qui a un effet sur leur comportement. Les habiletés fondamentales qui sont enseignées visent à aider les enfants et jeunes à supporter le stress quotidien (par exemple, l'influence des pairs) qu'ils rencontrent.</p>
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	Le programme traite les problèmes liés aux connaissances, attitudes et compétences pour essayer d'aider les jeunes à développer un comportement sexuel sain. Le point central du programme est le changement d'attitude ; les nouvelles compétences enseignées aux enfants et jeunes comprennent: l'affirmation de soi, la

			conscience de soi, la confiance en soi, la prise de décision, la négociation, la communication, la résolution des problèmes et les compétences nécessaires pour résister aux influences.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	Le CHEP reconnaît l'impact des relations personnelles sur le changement du comportement. Le projet encourage les jeunes et enfants à changer leur comportement à travers l'éducation par les pairs, les débats, les discussions, etc., ce qui aide à renforcer des valeurs sociales positives ; le projet encourage les jeunes à travailler ensemble.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	✓	Les stratégies et activités du programme en milieu scolaire CHEP sont fondées sur les besoins des enfants et jeunes. Le programme conduit régulièrement des enquêtes KAP et KASH, ainsi que des évaluations des besoins pour découvrir les vrais besoins et problèmes des jeunes en ce qui concerne la SSR.
6	Conduit une formation continue aux professeurs et aux autres fournisseurs de service.	✓	Tous les éducateurs pairs ont reçu une formation en éducation par les pairs, qui dure d'habitude entre une et deux semaines. Après la formation initiale, un cours de recyclage est conduit après six mois. Presque tous les éducateurs pairs qui ont été interrogés avaient reçu au moins trois séances de formation. Tout le personnel reçoit une formation, suivie de cours de recyclage et de formation supplémentaire. Des locaux sont fournis pour permettre au personnel de se réunir afin de discuter du progrès du programme, et pour se donner des conseils et du soutien.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	La plupart des enfants et jeunes de la Zambie manquent un endroit convenable où ils peuvent se rendre pour se divertir. Le CHEP a répondu à ce besoin par la conception des programmes d'« edutainment » et de « Games for Life ». La plupart des méthodes d'apprentissage utilisées par les éducateurs pairs sont interactives et participatives. Elles comprennent le théâtre, les débats, les

			<i>picture codes</i> (illustrations qui servent de point de départ pour une discussion), les jeux de rôles, les discussions de groupe, les quiz, les poèmes, les chansons et le counselling.
8	Fait participer la communauté générale.	Atteint en partie	La participation de la communauté aux activités du programme est vivement encouragée. Selon le coordonnateur, la formation et modification du comportement se produisent dans la communauté. Les connaissances, attitudes et compétences des membres de la communauté (ou le manque de ces atouts) ont des conséquences évidentes sur le comportement des enfants et jeunes. La participation de la communauté générale au programme de SSR soutient donc le changement au sein de la communauté. Cependant, le programme en milieu scolaire ne cible pas directement la communauté générale, en partie parce que d'autres projets sont spécifiquement centrés sur ce domaine. De plus, d'autres programmes du CHEP ciblent directement les membres de la communauté générale (leaders communautaires, leaders municipaux, leaders et membres de groupes religieux, etc.)
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	✓	Il semble qu'il y a une continuité des messages transmis. Une grande variété de matériels pédagogiques est offerte aux enfants pour qu'ils puissent continuer à approfondir leurs connaissances.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	Non applicable	Le VIH/SIDA ne fait pas encore partie du curriculum scolaire de toutes les écoles de la Zambie ; le travail fait par le CHEP est, dans quelques régions, le seul contact qu'ont les enfants avec les informations sur le VIH/SIDA.
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	✓	Le programme CHEP global existe depuis 14 ans. Les objectifs et stratégies ont changé au cours des années. De nouveaux groupes cibles ont été intégrés, tels que les orphelins, enfants aux besoins spéciaux en milieu scolaire, mères adolescentes.
12	Est coordonné à un programme général	Non applicable	L'approche CHEP ne semble pas avoir été intégrée au programme général de santé

	de promotion de santé en milieu scolaire.		en milieu scolaire. La plupart des activités CHEP complètent, à présent, des programmes et initiatives scolaires.
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	Le matériel pédagogique IEC, d'autres matériels et le contenu des ateliers sont constamment mis à jour, développés et adaptés selon les réactions des classes et des résultats des enquêtes et évaluations.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	Le CHEP collabore activement avec d'autres organisations locales, nationales et internationales, et avec des bureaux gouvernementaux, tels que CINDI (Children in Distress Project), Friends of Street Kids, the Salem Project, Catholic Diocese, la Society for Family Health, le Lions Club, FACT Mutare (Zimbabwe), la Heart and Lung Association of Norway, DHMT, et le National AIDS Council.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	✓	Selon le coordonnateur du programme, la sexualité est dépeinte comme un concept qui tient compte de tous les aspects de la vie sexuelle d'un individu (désirs, identité, craintes, antécédents). Les problèmes liés à la sexualité sont discutés lors des ateliers de formation des éducateurs pairs, ainsi que pendant les autres séances de formation. L'homosexualité est discutée avec les éducateurs pairs pendant leur formation (respect de l'identité sexuelle des autres, droits sexuels et reproductifs).
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	Le suivi et l'évaluation du programme et de son impact sont conduits de façon régulière. Les éducateurs pairs enregistrent leurs activités hebdomadairement ; l'unité surveille ses activités trimestriellement (à l'aide du plan de suivi) ; le CHEP conduit des ateliers d'étude tous les six mois et annuellement.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

Personnes ressources :

Mr. Alick Nyirenda, Directeur exécutif du CHEP

Mrs. Evelyn Lumba, Responsable, Child and Youth Unit (unité des enfants et jeunes)

Mr. Edward Mupotola, Coordonnateur du programme en milieu scolaire

Bureau du CHEP:

8 Diamond Drive

Kitwe, Zambia

Par la poste:

P.O. Box 23567

Kitwe, Zambia

Tél. : +260-(0)2-229512

Télécopie : +260-(0)2-222723

Téléphone portable : +26096901965

Courrier électronique : chep@zamnet.zm

ou

alick@zamnet.zm

Site Internet : <http://www.chep.org.zm>

Collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été préparé par Anne Salmi, M.A., Education and International Development : Health Promotion. Mme Salmi est une consultante indépendante qui vit et travaille en Zambie (courrier électronique : annesalmi@yahoo.com).

Il a été dirigé par Michael J. Kelly, M.A., Ph.D., Educational Psychology. M. Kelly a beaucoup travaillé sur la prévention du VIH/SIDA en Zambie et il est maintenant basé à l'University of Zambia (courrier électronique : mjkelly@zamnet.zm).

Version anglaise éditée par Katie Tripp.

Nous remercions tout le personnel du CHEP, en particulier :

Mr. Nyirenda Alick, directeur exécutif

Mrs. Theresa Simwanza, administratrice du bureau

Mrs. Evelyn Lumba, responsable de l'unité, directrice de l'unité des enfants et jeunes

Mr. Mupotola Edward, coordonnateur du programme en milieu scolaire

Ms. Chileshe Cecilia, responsable sur le terrain du programme en milieu scolaire

Douze membres, et la marraine, du club anti-SIDA de la Matete Primary School
Quatre éducateurs pairs de la Helen Kaunda Secondary School
Quatorze éducateurs pairs bénévoles du CHEP

Matériel pédagogique

Baseline Survey, October 2001 (enquête de base, octobre 2001)
(Numéro de commande : CHEP01)

« Needs Assessment of Adolescent Reproductive H – Copperbelt Province – Zambia »
(évaluation des besoins de santé reproductive adolescente)
(Numéro de commande : CHEP02)

Working with Young People : A Guide (travailler avec les jeunes, un guide)
(Numéro de commande : CHEP03)

Person to Person : Communication in HIV/AIDS Prevention (approches par les pairs en communication sur la prévention du VIH/SIDA)
(Numéro de commande : CHEP04)

« Peer Education Training Workshop for In-School Youth 2001 » (atelier de formation des éducateurs pairs pour la formation de jeunes scolarisés)
(Numéro de commande : CHEP05)

Peer Education Training Manual (manuel de formation d'éducation par les pairs)
(Numéro de commande : CHEP06)

Participatory Approaches in HIV/AIDS Community Work: A Facilitator's Guide (approches participatives du travail communautaire sur le VIH/SIDA : guide des facilitateurs)
(Numéro de commande : CHEP07)

« Report on the Annual Participatory Review Meeting » (compte rendu de la réunion participative de bilan annuel)
(Numéro de commande : CHEP08)

« Annual Participatory Review Workshop, November 1999 » (atelier annuel participatif)
(Numéro de commande : CHEP09)

« Evaluation of HIV/AIDS Education Through Entertainment (Edutainment Initiative) July 2001 » (évaluation de l'éducation sur le VIH/SIDA par l'éducation par le divertissement)
(Numéro de commande : CHEP10)

« Annual Planning Meeting 2002 : Child and Youth Focused Unit » (réunion annuelle de planning, 2002 : unité centrée sur les enfants et jeunes)
(Numéro de commande : CHEP11)

Annual Report 2000: Child and Youth Focused Programme (rapport annuel, 2000 : programme centré sur les enfants et jeunes)
(Numéro de commande : CHEP12)

Narrative and Financial Reports for the Period January to December 2001 (rapports narratifs et financiers de janvier jusqu'en décembre 2001)
(Numéro de commande : CHEP13)

All Against AIDS : Strategies for Hope (tous contre le SIDA : stratégies d'espoir)
(Numéro de commande : CHEP14)

Brochures:

« What Everyone Should Know About STDs » (ce que tout le monde devrait savoir sur les MST)

« Prevention, Care, Openness: Community Focused Unit » (prévention, soins, ouverture : unité centrée sur la communauté)

« Self Control : Owning Yourself » (maîtrise de soi)

« Shyness : No ! They Will Laugh at Me... » (timidité : Non! Ils vont rire de moi.)

« Explaining CHEP » (expliquer le CHEP)

« Decision and Choice Making » (prise de décision et choix)

« Young People First » (les jeunes d'abord)

« Young People : A Force for Change » (les jeunes, force de modification)

« Games for Life : Fighting Against AIDS the Sportive Way » (jeux pour la vie: lutter contre le SIDA de manière sportive)

« Check Your Facts ! » (vérifiez les faits)

« Men Against AIDS » (les hommes contre le SIDA)

« Self-Awareness, Self-Esteem, Self-Actualisation, Self-Confidence » (conscience de soi, estime de soi, accomplissement, confiance en soi)

(Numéro de commande : CHEP15)

ANNEXE 1: THE SARA COMMUNICATION INITIATIVE (L'INITIATIVE DE

COMMUNICATION SARA – SCI)

La Sara Communication Initiative (SCI) emploie une approche multimédia dans le contexte plus large de la mobilisation sociale, le plaidoyer et la communication du programme. L'ensemble actuel consiste en un film animé, une bande dessinée, un guide d'emploi, un dépliant, une affiche et une série radiodiffusée portant sur un personnage qui s'appelle « Sara ». Cette campagne multimédia cherche à traiter de la discrimination contre les femmes en ce qui concerne leur accès à l'éducation, la santé et les services sociaux, et à améliorer le développement des compétences psychosociales des filles.

Avant la création de la SCI, une évaluation des besoins a été conduite dans les régions de l'est et du sud de l'Afrique. On a trouvé plusieurs problèmes auxquels les adolescentes faisaient face.

Le but général de la SCI est de défendre les droits des enfants et soutenir leur exécution et accomplissement, avec un effort spécial s'adressant aux adolescentes des régions orientales et méridionales de l'Afrique, et des autres régions de l'Afrique noire, où les matériels pédagogiques ont été jugés d'être acceptables et appropriés.

Les objectifs principaux de la SCI sont de :

- soutenir le plaidoyer visant la diminution des disparités actuelles,
- soutenir les processus de mobilisation sociale des filles,
- soutenir le développement d'un symbole positif et un modèle dynamique pour les filles,
- communiquer des messages spécifiques sur
les droits
l'éducation et
la santé et la nutrition.

Les thèmes et droits soulignés dans la série de sept épisodes sont :

- *The Special Gift* : sur l'effort des filles de rester à l'école et sur leur droit à l'éducation et à une ambiance non discriminatoire ;
- *Sara Saves Her Friend* : sur le harcèlement sexuel et le VIH/SIDA ; le droit à la protection contre l'exploitation sexuelle, l'enlèvement et la violence ; et le droit à la santé et à l'éducation ;
- *Daughter of a Lioness* : à propos de la mutilation génitale féminine et le droit à la santé et à la protection contre des pratiques traditionnelles qui sont nuisibles ;
- *The Trap* : sur les « sugar daddies » (hommes qui exploitent les jeunes filles), le VIH/SIDA et le droit à la protection contre l'exploitation sexuelle et l'abus ;
- *Choices* : sur la grossesse adolescente et l'éducation continue, des relations adolescentes positives, éviter le VIH/SIDA et le droit à l'éducation et à la santé ;
- *Who is the Thief?* sur le travail domestique des enfants, le droit à la protection contre le travail nuisible qui exploite, et le droit à l'éducation ;

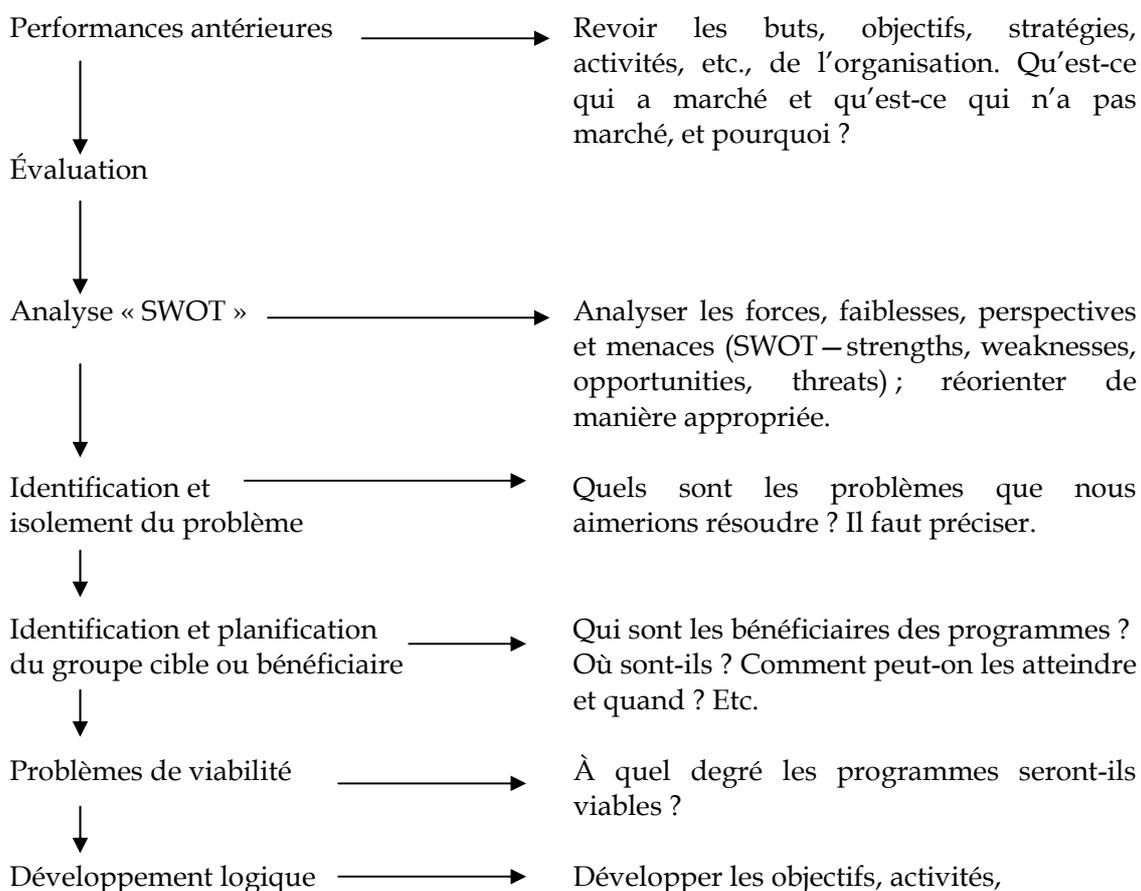
- *The Empty Compound* : rompre le silence à propos du VIH/SIDA, soins des orphelins, le droit à la vie et à la survie et au développement maximaux.

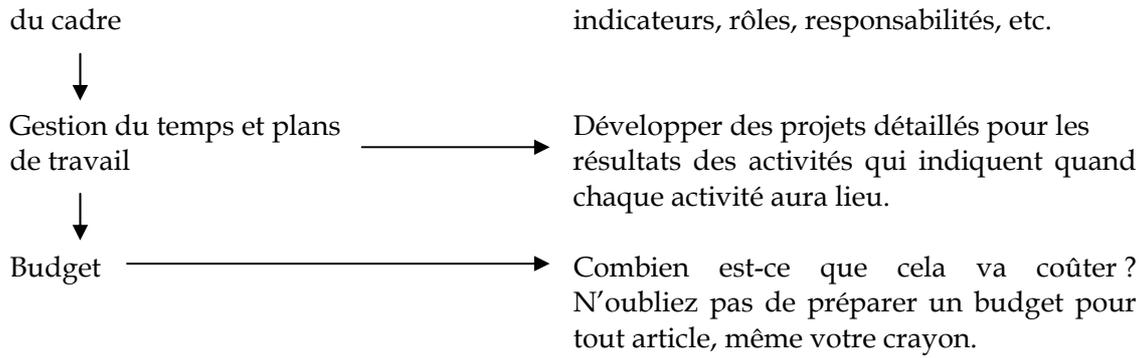
ANNEXE 2 : PLAN DE SUIVI

Composantes du programme	Indicateurs d'exécution	Source des informations	Fréquence
Plaidoyer	<p>Nombre d'écoles mettant en œuvre la SSR et l'éducation sur le VIH/SIDA</p> <p>Nombre de communautés qui participent aux activités de prévention pour la jeunesse</p>	<p>Dossiers du projet scolaire</p> <p>Dossiers des éducateurs pairs</p>	Trimestriellement
Formation	<p>Nombre d'éducateurs pairs qui ont reçu la formation et qui sont actifs</p> <p>Nombre de marraines et parrains qui ont reçu la formation et qui sont actifs</p>	<p>Dossiers du projet scolaire</p> <p>École</p>	Mensuellement
Activités d'éducation par les pairs	<p>Nombre et genre d'activités informelles mises en œuvre</p> <p>Nombre et genre d'activités formelles mises en œuvre</p> <p>Nombre de groupes cibles atteints (hommes et femmes) et genre d'activité</p> <p>Nombre et genre de supports pédagogiques IEC distribués</p>	Dossiers du projet scolaire	Mensuellement
Organisation d'autres services (VCT, STI, traitement, préservatifs)	<p>Nombre de jeunes envoyés aux cliniques des écoles et coins « youth-friendly » (« amis des jeunes »)</p> <p>Nombre de jeunes soignés pour les IST</p> <p>Nombre de jeunes conseillés sur les pratiques sexuelles à</p>	<p>Dossiers des coins « youth-friendly »</p> <p>Dossiers des cliniques</p> <p>Dossiers du projet scolaire</p>	Mensuellement

	<p>moindre risque</p> <p>Nombre de jeunes qui reçoivent des préservatifs</p> <p>Nombre de jeunes conseillés sur l'abus sexuel/la violence ou qui sont envoyés à l'unité de soutien aux victimes (gérée par la police)</p>		
--	---	--	--

ANNEXE 3 : ÉTAPES D'UNE RÉUNION PARTICIPATIVE DE BILAN ANNUEL





Résumé du programme

La Planned Parenthood Association of Zambia (PPAZ), le Family Life Movement of Zambia (FLMZ), et la Swedish Association for Sexuality Education (RFSU) : Projet de Santé Reproductive des Adolescents de Kafue (KARHP), l'Éducation par les pairs par le biais des Clubs d'Éducation à la Vie Familiale

Le KARHP est une intervention présentant de multiples facettes, qui est basée dans les écoles, les cliniques et la communauté ; elle a commencé en 1997 dans le district de Kafue en Zambie. Le but général du programme est de développer des stratégies pour fournir des informations et des services liés à la santé sexuelle et reproductive (SSR) et à l'éducation à la vie familiale (EVF) aux jeunes scolarisés, âgés de 10 à 24 ans. Pour accomplir cette tâche, le programme a adopté une approche dénommée « triple P » : *peers* (pairs), *parents* (parents – mère et père), et *providers* (fournisseurs des soins de santé). Des éducateurs pairs, des *parent-elder educators* (parents et aînés qui jouent le rôle d'enseignant) et des fournisseurs des soins de santé reçoivent une formation qui les prépare à fournir des informations et services de SSR et d'EVF aux jeunes. Ils mobilisent et sensibilisent également la communauté générale.

La composante principale du programme pour les jeunes scolarisés est le programme d'éducation par les pairs qui est mené par les clubs EVF (éducation à la vie familiale). Les clubs EVF sont des activités extrascolaires. Les activités du club sont animées par des éducateurs pairs qualifiés et elles sont surveillées par des enseignants (marraines et parrains) qualifiés. Plusieurs sujets liés à la santé sexuelle sont discutés, tels que l'abstinence, la prise de décision et les compétences en communication. On encourage l'abstinence comme option préférée en ce qui concerne la santé sexuelle des jeunes qui sont scolarisés, mais pour ceux et celles qui sont déjà sexuellement actifs l'utilisation correcte du préservatif est encouragée et enseignée.

Au départ, le programme ciblait 10 700 adolescent(e)s scolarisé(e)s. En 2000, une évaluation a mené à l'expansion du programme, pour couvrir la plupart du district de Kafue. Le nombre total approximatif des adolescents bénéficiaires (scolarisés et non) au cours du programme s'élève à 53 000 au coût moyen de 2,26 \$US par jeune par an. La participation des ONG s'est terminée en 2002 et le programme est maintenant sous le contrôle des District Offices of the Zambian Ministry of Health, le Ministère de l'éducation et le Ministère du développement communautaire et social.

Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 10 en entier et 4 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

**PPAZ, FLMZ, et RFSU :
Projet de Santé
Reproductive des
Adolescents de Kafue
(KARHP), l'Éducation par
les pairs par le biais des
Clubs d'Éducation à la
Vie Familiale**

**PARTIE A : DESCRIPTION DU
PROGRAMME**

Raison d'être et historique du programme

En 1995, le gouvernement de la Zambie, à l'aide du financement reçu de la part de la SIDA (Swedish International Development Authority), a développé le Kafue Adolescent Reproductive Health Project (KARHP – Projet de santé reproductive des adolescents de Kafue). Le district de Kafue a été choisi par le Central Board of Health² (CBoH – conseil central de la santé) zambien parce qu'il contient des zones urbaines et rurales qui manquent des programmes d'éducation en santé sexuelle et reproductive (SSR). C'est aussi une région à haut risque pour le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) parce que le district se trouve sur l'autoroute qui mène au Zimbabwe et en Afrique du Sud.

On croit que l'éducation par les pairs offre la possibilité d'influencer les normes sociales ; c'est aussi une façon d'enseigner les compétences qui sont nécessaires à la prévention et réduction du risque du VIH/SIDA, des IST, des grossesses adolescentes et de l'abus de drogues.

Coordonnateur du programme

En 1996, la Planned Parenthood Association of Zambia (PPAZ – association zambienne de planning familial), le Family Life Movement of Zambia (FLMZ), la Young Women's Christian Association (UCJF – Union chrétienne de jeunes filles) et la Swedish Association for Sexuality Education (RFSU) ont conduit une évaluation des besoins. Le but principal de cette évaluation était de connaître les attitudes et comportements des adolescents envers la SSR, et de trouver les facteurs qui influencent ces comportements dans le district de Kafue. Il a examiné aussi les installations de santé et d'éducation qui étaient disponibles aux adolescents. Les résultats de l'évaluation des besoins ont été utilisés pour développer la structure et les matériels du projet, et un coordonnateur du projet a été nommé pour diriger la gestion quotidienne du projet.

Le projet a commencé en 1997 dans sept communautés et neuf écoles (deux écoles primaires, cinq écoles de base et deux écoles secondaires) et il ciblait 10 700 adolescents scolarisés. Le point central du programme était les clubs d'éducation à la vie familiale (EVF) dans les écoles. Dans ces clubs, les éducateurs pairs étaient responsables de la diffusion aux adolescents de messages relatifs à leur SSR, ce qui se faisait de diverses manières. Vers la fin de 1998, deux cliniques « youth-friendly » (adaptées aux jeunes) ont été établies, et deux autres ont été mises en opération avant la fin de 1999.

Malgré les réunions tenues avec les leaders communautaires et les directeurs des écoles à propos du plaidoyer, le programme a rencontré un peu de résistance de la part des membres de la communauté. Leur plainte principale était qu'ils croyaient que les jeunes ne devraient pas parler du sexe. Pour répondre à cette situation, on a encouragé les membres de la communauté de s'intégrer au KARHP ; ils y participent maintenant activement et ils soutiennent volontiers les clubs ; de plus, ils participent à l'organisation des événements communautaires.

² Le conseil central de la santé est un corps administratif national technique qui est responsable de la fourniture et du développement généraux des services de santé.

1996	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des besoins conduite dans le district de Kafue • Subvention décernée par la SIDA pour une durée de trois ans • Programme conçu et matériels pédagogiques développés pour répondre aux résultats de l'évaluation des besoins
1997	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonnateur du KARHP nommé • Réunion avec leaders communautaires et directeurs des écoles • Formation en SSR donnée au groupe local principal • Choix et formation des instructeurs conduit par le groupe principal • Choix et formation des éducateurs pairs • Clubs EVF lancés dans neuf écoles du district de Kafue • Marraines et parrains choisis par les éducateurs pairs • Résistance au programme de la part de quelques membres de la communauté
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Participation de la communauté encouragée pour lutter contre la résistance • Formation des marraines et parrains • Deux cliniques de santé sont adaptées aux jeunes • Formation et sensibilisation des travailleurs de santé qui travaillent dans les services de santé adaptés aux jeunes • Développement du matériel d'information, éducation et communication (IEC)
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Financement supplémentaire reçu de la part de la SIDA • Deux autres cliniques de santé sont adaptées aux jeunes • Choix et formation des distributeurs communautaires • Choix et formation des <i>parent-elder educators</i> (parents et aînés qui jouent le rôle d'enseignant)
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation conduite • Programme agrandi pour couvrir 14 communautés, 16 centres de santé et 45 écoles dans le district de Kafue • Matériels pédagogiques IEC créés
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Les ONG retirent graduellement leur soutien • Le programme est placé sous l'égide du Ministère de la santé, du Ministère de l'éducation et du Ministère du développement communautaire et social

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Les activités théâtrales et le counselling sont importants parce qu'ils sont liés à des situations tirées de la vie réelle. Les conférences et exposés sont moins efficaces parce que les adolescents les trouvent ennuyeux.

Éducateur pair

En 2000, l'University of Zambia et l'Institute of Economic and Social Research ont conduit une évaluation. Par conséquent, on a obtenu du financement supplémentaire de

la part de la SIDA, et le programme a été agrandi pour couvrir 45 (75 %) des écoles gouvernementales, 16 cliniques de santé et 14 communautés.

En avril 2002, le programme a été intégré aux bureaux (au niveau du district) du Ministère de la santé, du Ministère de l'éducation et du Ministère du développement communautaire et social ; le soutien des ONG fondatrices et le financement de la SIDA ont été retirés.

Vue d'ensemble du programme

But

Transmettre des informations et des services liés à la SSR aux jeunes scolarisés, âgés de 10 à 24 ans, dans le district de Kafue par le développement des collaborations entre les organisations qui y participent (PPAZ, FLMZ et RFSU).

Les garçons et les filles font certaines activités séparément. C'est bon d'avoir des activités distinctes, parce qu'elles aident les filles à développer leur confiance en soi et leur sensibilisation.

Coordonnateur du programme

Objectifs

Les objectifs du programme sont de :

- promouvoir l'accès des jeunes aux informations et services liés à la SSR ;
- augmenter la participation des parents et aînés en vue d'autonomiser les adolescents à adopter un comportement sexuel et reproductif qui est sain ;
- encourager un changement de comportement positif ;
- fournir aux adolescents scolarisés les connaissances et compétences nécessaires pour négocier et pratiquer des comportements sexuels à moindre risque ;
- réduire les risques associés à l'influence négative des pairs ; et
- aider les jeunes à développer des attitudes positives envers la valeur des individus – surtout leur propre valeur.

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Au début, le groupe cible primaire était constitué de 10 700 adolescents et jeunes, âgés de 10 à 24 ans, dans neuf écoles (deux écoles primaires, cinq écoles de base et deux écoles secondaires) dans le district de Kafue. Depuis 2000, on a amplifié le programme pour atteindre 45 écoles (19 écoles primaires, 25 écoles de base et 4 écoles secondaires), mais le nombre de jeunes qui sont maintenant ciblés n'est pas connu. N'importe quel jeune de 10 à 24 ans peut participer aux clubs EVF, pourvu qu'il/elle soit scolarisé(e).

Groupe cible secondaire

Le programme cible directement les parents et fournisseurs des soins, qui sont formés pour améliorer l'accès aux informations et les services liés à la SSR.

Champ d'action

Le programme a commencé dans les écoles du district, où il est basé. Il a commencé plus tard à fonctionner dans les cliniques et la communauté.

Le district de Kafue se trouve approximativement 45km au sud de la capitale, Lusaka. C'est une région d'une grande diversité géographique, mais elle est principalement rurale. La ville se trouve sur le corridor de transit formé par la Great North Road et la voie ferrée, qui longent la rivière Kafue et les collines de l'est.

Les problèmes auxquels les adolescents font face peuvent être complexes. Une structure de soutien forte est importante pour que les éducateurs pairs puissent requérir de l'aide.
Coordonnateur du programme

Durée du programme

La durée moyenne de participation au club EVF est de deux ans et demi ; la durée maximale est de huit ans. Les activités des clubs EVF en milieu scolaire se poursuivent, une fois par semaine, tout le long de l'année scolaire. Il n'y a pas de réunions pendant les vacances scolaires. Durant les vacances scolaires, différentes activités sont organisées, tels que des pique-niques éducatifs et la formation. Les activités cliniques (services de santé adaptés aux jeunes) sont disponibles aux jeunes pendant toute l'année. Les activités communautaires se déroulent pendant toute l'année.

Buts du programme

Le coordonnateur du programme a classé les buts du programme, comme il est indiqué dans la figure 2. Le changement du comportement était vu comme le but le plus important parce que c'est par la modification du comportement que les autres buts sont réalisés.

Prévention du VIH/SIDA et changement de comportement
Encouragement du comportement sexuel sain
Prévention de la grossesse et prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et des IST
Promotion de la communication entre parents et enfants
Abstinence (le seul comportement encouragé pour les élèves d'école primaire)

Figure 2. Buts du programme classés selon leur importance par le coordonnateur du programme

Approches

L'approche principale utilisée par le KARHP emploie les pairs, les parents et les fournisseurs (PPP—peer, parent, provider) : les clubs EVF et les groupes de soutien communautaires offrent aux pairs l'occasion d'apprendre les uns des autres. Le Parent Elder Education Program (PEEP) encourage les parents et enfants à discuter des problèmes de SSR dans la communauté ; les services de santé adaptés aux jeunes et les distributeurs de préservatifs permettent aux fournisseurs des soins de santé de comprendre les besoins des jeunes relatifs à la SSR.

Diverses approches sont utilisées à chaque endroit où le programme est en place. Il s'est avéré impossible de classer les approches selon leur importance, car toutes les approches étaient vues comme importantes. Néanmoins, en milieu scolaire, l'éducation par les pairs était citée comme une des façons les plus efficaces de réaliser les buts du programme parce qu'on croit que les adolescents scolarisés sont facilement influencés par leurs pairs et leur environnement. Grâce à l'utilisation des éducateurs pairs comme modèles positifs, il y a une plus grande chance que les adolescents changeront leurs comportements, auront des comportements sexuels à moindre risque et apprendront davantage sur la SSR. Le rôle principal des cliniques est de fournir des services et des informations.

Activités

Les activités du KARHP sont présentées dans la figure 4. Les éducateurs pairs pensaient que le counselling individuel ; les pièces, les sketches et les jeux de rôles ; et les poèmes étaient les activités les plus efficaces. Ces activités étaient considérées les plus bénéfiques parce qu'elles étaient tirées de la vie réelle ; il était donc possible d'employer un langage compréhensible de tous les jours.

Nous discutons des problèmes qui sont soulevés par les adolescents dans les clubs. Nous faisons ensuite des projets pour couvrir les sujets auxquels les adolescents s'intéressent.
Marraine

Discussions de groupe
Matériels imprimés (plaquettes, brochures, bulletins, etc.)
Exposés
Chansons et poèmes
Jeux
Pièces, sketches et pièces
Sports (par exemple, le football pour pères et fils)
Spectacles de marionnettes
Distribution des préservatifs
Counselling individuel
Films et vidéos

Figure 4. Activités du programme (non classées)

Composantes

Le programme est constitué de quatre composantes principales :

1. des clubs EVF en milieu scolaire, offrant l'éducation et le counselling par les pairs, sous la surveillance des marraines et parrains ;
2. des *parent-elder educators* (parents et aînés qui jouent le rôle d'enseignant) pour favoriser la communication entre parents et enfants ;
3. des services adaptés aux jeunes dans les cliniques ; et

4. la distribution de contraceptifs et la diffusion des informations sur le planning familial, au niveau communautaire.

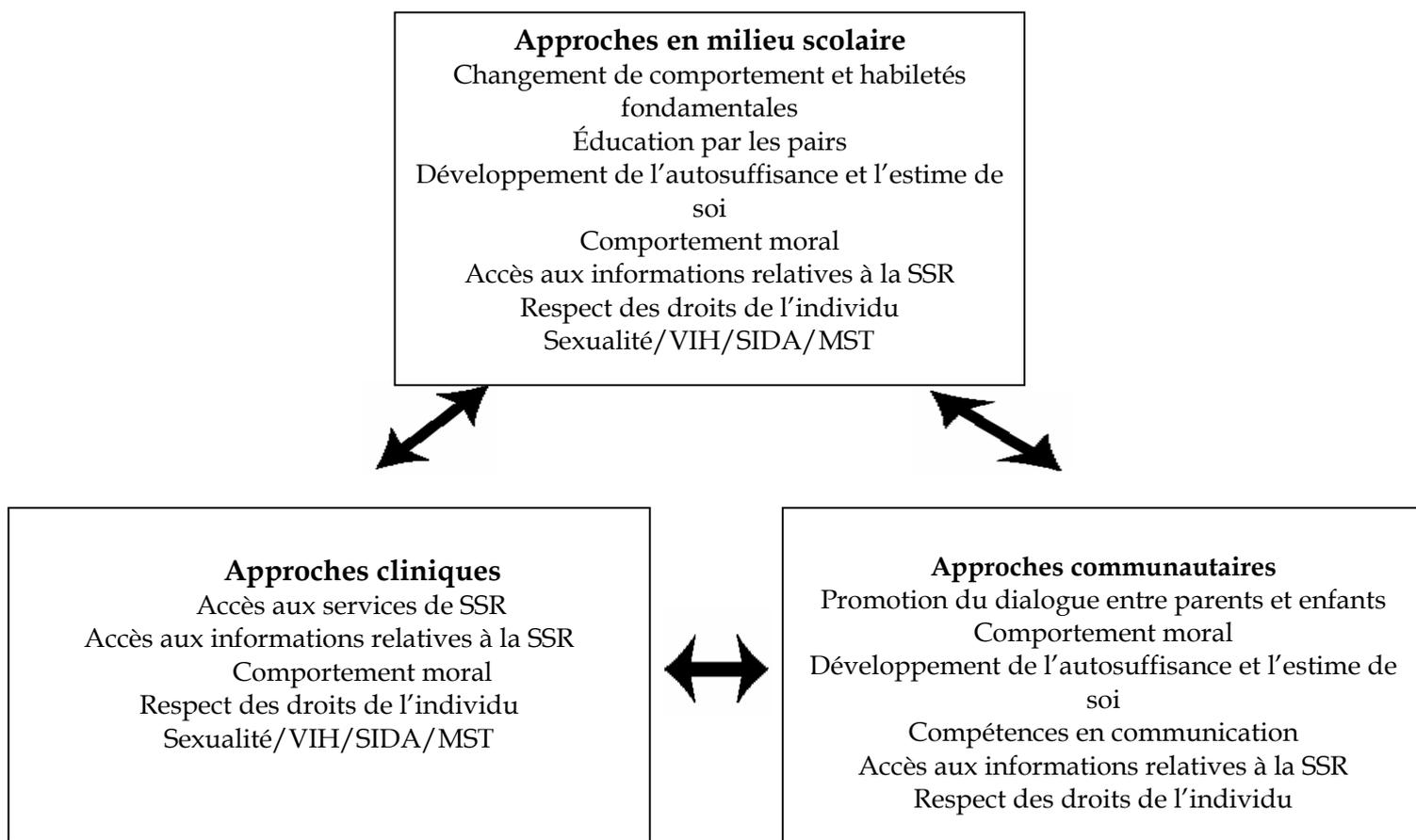


Figure 3. Approches du programme

Clubs EVF

Au cours du trimestre, chacune des écoles du programme tient des réunions du club EVF ; ces réunions ont lieu une fois par semaine, après les heures de classe. Les clubs sont organisés et dirigés par les éducateurs et conseillers pairs, qui sont sous la surveillance des marraines et parrains. Le club se réunit dans une salle de classe, et les réunions durent entre une et deux heures. Chaque semaine, un sujet différent lié à la SSR est discuté. Ces sujets sont présentés dans la partie portant sur les « Matériel du groupe cible », à la fin de ce chapitre.

De plus en plus de membres de la communauté sont conscients de l'objectif du projet. Une mère a déclaré qu'elle veut maintenant voir son enfant porter un préservatif, plutôt que de le voir porté dans un cercueil.

Marraine

Chaque semaine, diverses activités sont utilisées pour promouvoir les approches du programme (par exemple, une discussion sur le respect des droits de l'individu et sur le comportement moral). On encourage les jeunes à suggérer les sujets dont ils discuteront dans les réunions à venir.

Les élèves qui veulent du counselling individuel peuvent parler aux éducateurs pairs qualifiés. Ces derniers les emmèneront dans une autre salle de classe, à une clinique proche ou à un autre endroit où ils pourront parler de leurs problèmes en privé. Si besoin est, les éducateurs pairs peuvent envoyer les jeunes aux cliniques pour recevoir des soins médicaux. Ils remplissent une fiche pour expliquer le problème. En cas d'abus sexuel, et si l'adolescent donne son accord, la marraine ou le parrain est informé. Le/la patient(e) est ensuite envoyé(e) au KARHP, à la UCJF ou à l'unité policière qui s'occupe du soutien des victimes.

Étude de cas : les clubs EVF

David a 12 ans et il participe au club EVF de son école depuis trois mois. Il vient de déménager à Kafue d'un autre district, où il ne participait pas au club EVF.

Aujourd'hui, il est allé au club EVF après les cours. Le thème de la réunion était les relations personnelles et la fréquentation. L'éducateur pair a commencé par un bref exposé. Il a déclaré que, même si deux personnes s'aiment, ils devraient attendre jusqu'à ce qu'ils se marient avant d'avoir des rapports sexuels. Il a dit que, si on a des rapports sexuels avant de se marier, on peut tomber enceinte, ou être infecté par le VIH ou une autre MST. À la fin de l'exposé, on a encouragé les adolescents à poser des questions.

L'éducateur pair a ensuite demandé aux adolescents de se diviser en groupes. Il leur a demandé de créer un bref jeu de rôle à propos d'un couple. Il a expliqué que le jeu de rôle devait montrer ce qu'il faut faire si un garçon veut coucher avec une fille, mais elle ne veut pas. Les groupes ont pris le temps nécessaire pour préparer leurs jeux de rôles, qu'ils ont interprétés devant le reste du club. L'éducateur pair a ensuite mené une courte discussion finale sur les problèmes qui avaient été soulevés par les jeux de rôles.

Éducateurs et conseillers pairs. Il y a entre 5 et 15 éducateurs pairs dans chaque école. Leur tâche principale est de diriger les clubs EVF. Mais ils participent aussi aux activités d'« outreach » (recherche d'individus qui bénéficieraient du soutien) communautaire, par exemple, des campagnes de porte-à-porte ou des pièces ; des activités de clinique « youth-friendly » (adaptées aux jeunes) ; l'organisation des événements communautaires (par exemple, la journée mondiale du SIDA) ; des expositions pour l'école entière ; des conversations individuelles avec les élèves qui ne sont pas membres du club ; et des activités tenues après le trimestre (par exemple, des pique-niques ou des événements sportifs).

L'intégration du programme PEEP aux activités KARHP a mené à plus d'approbation, de la part de la communauté, du concept de l'éducation à la santé sexuelle et reproductive.

Coordonnateur du programme

Surveillants marraines et parrains. Dans chaque école, deux marraines ou parrains sont nommés pour participer à la direction du club EVF. Les marraines et/ou parrains se réunissent avec les éducateurs et conseillers pairs une fois par semaine, après les heures de classe, dans une salle de classe. Ils travaillent ensemble pour planifier l'agenda de la prochaine réunion du club et pour partager de nouvelles idées et informations. Ces séances avec leurs surveillants donnent aux éducateurs et conseillers pairs un mécanisme de feed-back qui leur permet de discuter des nouveaux développements du club, et comment y réagir.

Bien que le rôle principal des marraines et parrains soit d'offrir de l'aide et du soutien aux éducateurs pairs, ils jouent d'autres rôles :

- La préparation des comptes-rendus trimestriels sur les activités du club.
- La recherche des matériels et informations supplémentaires qui sont nécessaires au fonctionnement des clubs ; ces matériels sont disponibles auprès du bureau du KARHP, de la PPAZ, du FLMZ et du bureau du District Education Officer. Il y a aussi un « point central » de VIH/SIDA dans chaque zone³ du district, qui leur fournit des informations récentes sur le VIH/SIDA.
- La sensibilisation des parents et de la communauté sur les clubs EVF. Une approche que les marraines et parrains utilisent pour ce faire est la présentation de courts exposés lors des réunions entre parents et enseignants. En parlant du programme, de ses buts, ses objectifs et ses activités, les membres de la communauté sont plus conscients de ce que leurs enfants apprennent, et ils comprennent pourquoi le programme est important.
- La formation des futurs parrains et marraines (quelques marraines et parrains sont choisis et formés pour instruire les instructeurs).
- La formation des éducateurs et conseillers pairs.

Les marraines et parrains se réunissent aussi avec leurs homologues du district, et avec le coordonnateur du KARHP, au bureau central du KARHP. Ils discutent des problèmes qu'ils ont rencontrés et ils échangent leurs expériences. Quand le programme était nouveau, les réunions avaient lieu une fois par mois. Une fois que le programme était bien établi et tout se déroulait bien, les réunions ont commencé à être tenues trimestriellement.

Parent-Elder Educators

Le PEEP (Parent Elder Education Program) fournit aux parents, aux aînés et aux leaders communautaires et religieux des connaissances et compétences relatives à la SSR qui facilitent la communication positive entre les parents et leurs enfants. Cette composante est essentielle au KARHP parce qu'elle aide les parents à examiner leurs valeurs et attitudes envers les problèmes concernant la sexualité, les IST et le VIH ; ils sont donc plus à l'aise pour discuter de ces problèmes avec leurs enfants. Le PEEP soutient et complète les informations relatives à la EVF et à la SSR qui sont données aux jeunes par les autres composantes du projet.

³ Chaque district est divisé en plusieurs zones.

Les *parent-elder educators* (parents et aînés qui jouent le rôle d'enseignant) organisent des réunions communautaires, des campagnes de porte-à-porte hebdomadaires, des réunions religieuses et des réunions mensuelles de la PTA (Parent-Teacher Association – association parents-enseignants), où ils parlent du programme, des sujets liés à la SSR et de l'importance de la communication entre les parents et les enfants. À l'aide d'une fiche, ils envoient des gens qui ont besoin de soins médicaux aux cliniques de santé. Les *parent-elder educators* expliquent aux parents et à la communauté que le but du programme est d'aider les jeunes à apprendre d'importantes compétences qui les aideront à se protéger contre le VIH/SIDA, les IST et les grossesses non désirées.

Au début, à cause des tabous de la communauté, les parents n'étaient pas très disposés à parler de manière ouverte avec leurs enfants des sujets liés au sexe. Après une campagne de plaidoyer auprès de la communauté, on connaissait mieux le programme et la honte associée au VIH a diminué.

Coordonnateur du programme

Services adaptés aux jeunes

Une composante importante du programme est l'établissement des services « youth-friendly » (adaptés aux jeunes) dans les cliniques de santé du district. Un des rôles principaux des cliniques est d'offrir l'accès aux préservatifs et aux autres contraceptifs. En plus des services de planning familial, tel que le test de grossesse, les cliniques offrent des tests de MST et de VIH.

Certains membres du personnel de la clinique ont reçu une formation qui les prépare spécifiquement pour soigner les adolescents. Ce personnel a aussi été formé pour donner des exposés sur des sujets liés à la SSR (par exemple, la contraception).

Quand les jeunes vont aux cliniques, ils sont envoyés d'abord aux « youth-friendly corners » (coins accueillants aux jeunes), où les éducateurs et conseillers pairs peuvent leur parler de leurs problèmes et leur donner des conseils. Le jeune et le conseiller pair se rendent ensuite chez l'infirmière ou un autre travailleur de santé. Les éducateurs et conseillers pairs travaillent d'habitude trois fois par semaine dans ces cliniques.

À cause du manque de préservatifs et du nombre insuffisant de distributeurs communautaires qualifiés dans les zones rurales, il y a des jeunes qui n'obtiendront pas les services dont ils ont besoin.

Coordonnateur du programme

Distributeurs communautaires

Les distributeurs communautaires (CBD) sont des jeunes qui reçoivent une formation qui les prépare à diffuser des messages sur la SSR, le planning familial et les méthodes de contraception. Le but principal de cette composante du programme est de réduire le taux de grossesses non désirées, d'infection par le VIH, d'IST, de mariage précoce et de comportements sexuels à risque.

Les CBD offrent des services aux jeunes (scolarisés et non scolarisés) dans les communautés. Ils travaillent de près avec les cliniques locales qui fournissent les matériels nécessaires (préservatifs, contraceptifs). De plus, les CBD envoient les clients qui ont besoin de soins médicaux à la clinique la plus proche.

Cette approche à la fourniture des services a été recommandée pour répondre aux limitations du réseau de service basé en clinique : manque de personnel qualifié, manque de contraceptifs, couverture insuffisante de la population rurale, et un préjugé contre la réponse aux besoins des adolescents en ce qui concerne la SSR.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

En 1996, une évaluation des besoins a été conduite dans le district de Kafue pour recueillir des données sur le comportement sexuel des jeunes et sur les facteurs qui ont un effet sur, et influencent, leur comportement. L'évaluation des besoins visait également l'évaluation des installations d'éducation, récréation et santé, ainsi que d'autres installations sociales qui sont disponibles aux jeunes dans leurs communautés. L'évaluation des besoins s'est déroulée ainsi :

- Elle a été conduite au cours d'une période de trois semaines (du 29 octobre jusqu'au 19 novembre 1996) par une équipe de professionnels de la PPAZ, du FLMZ, de la RFSU et de l'UCJF qui connaissaient bien le district de Kafue et ses communautés.
- Des données ont été recueillies sur les connaissances relatives au VIH/SIDA et aux MST/IST, aux attitudes envers les relations personnelles et le sexe, aux comportements et pratiques sexuels et au comportement relatif à la recherche des services de santé.
- Les données ont été recueillies par des entrevues individuelles, des groupes de discussion et par l'observation des endroits où les jeunes se réunissent.
- Au total, 70 personnes (y compris les jeunes, les enseignants, le personnel de santé et les leaders communautaires) ont participé à l'évaluation.

Il a été intéressant de « tendre la main » aux jeunes de Kafue, et de partager et apprendre comment les jeunes voient les problèmes liés au sexe. Je me suis rendu compte qu'il y avait beaucoup de rumeurs, mythes et fausses idées dans les esprits des jeunes ; si on ne les aborde pas, ces choses continueront à les tromper.

Jeune participant à l'évaluation des besoins

Les résultats principaux ont révélé que la pauvreté était l'un des risques les plus importants auxquels les jeunes faisaient face ; il menait les jeunes femmes et filles à avoir des rapports sexuels en échange pour des cadeaux ou de l'argent, qu'elles ont utilisés pour survivre ou payer leurs frais de scolarité. Un des problèmes qui avaient un effet sur les garçons et jeunes hommes était l'abus de l'alcool et de la marijuana. On a trouvé aussi que les mariages précoces, les IST (y compris le VIH) et les grossesses non désirées étaient des problèmes courants.

Les résultats de l'évaluation des besoins, avec les informations obtenues de la part du responsable de santé du district, ont contribué à arriver à une bonne compréhension des besoins liés à la SSR dans le district de Kafue. Ces résultats ont permis la conception, l'organisation et la mise en œuvre du projet :

- l'établissement et la mise en œuvre des clubs EVF, des groupes de soutien communautaires, des PEEP et des services adaptés aux jeunes ;
- le développement du curriculum éducatif et des programmes de formation ;
- la formation et la sensibilisation des intéressés ; et
- les services communautaires pour jeunes et la distribution des contraceptifs et des informations sur le planning familial.

Matériel du programme

Le matériel du programme a été développé au cours du projet. La plupart des premiers matériels pédagogiques ont été développés à l'aide des résultats de l'évaluation des besoins, afin d'adapter les matériels qui étaient déjà disponibles auprès du Ministère de la santé, de l'UNFPA, de la Society for Family Health, de la PPAZ, du FLMZ et de la RFSU. D'autres matériels pédagogiques ont été produits au fur et à mesure de l'évolution du programme.

La plupart des matériels sont créés en anglais, plutôt que dans les langues locales. Les langues locales ont cependant été encouragées lors des ateliers de formation.

<p>J'ai appris qu'à Kafue, à cause de la pauvreté et du chômage, le sexe est une source majeure de revenu pour beaucoup de jeunes. <i>Jeune participant à l'évaluation des besoins</i></p>
--

Matériel du groupe cible

Curriculum de l'éducation à la vie familiale

Family Life Education : A Curriculum for Teachers and Trainers a été développé pour les instructeurs, éducateurs pairs, marraines, parrains, *parent-elder educators* et CBD pour être utilisé dans les clubs EVF et lors des réunions communautaires et des séances de formation de l'équipe du programme. Le curriculum éducatif a été développé par un consortium de professionnels (spécialistes des services adaptés aux jeunes) et de jeunes, à l'aide du Margaret Sanger Centre International et de l'UNFPA. Ce consortium, dénommé le ARHP (Adolescent Reproductive Health Projet—projet de santé reproductive des adolescents), est composé de sept membres : PPAZ, FLMZ, Young

Africans Welfare Association, Girl Child Adolescent Reproductive Health Project, UCJF, Community Youth Concern et le Department of Youth Development.

Il ne faut pas suivre le curriculum éducatif de manière stricte, mais il est important que les clubs traitent toute une gamme de problèmes pour assurer que les jeunes acquièrent des connaissances et compétences sur un bon nombre de sujets. Le même curriculum éducatif est utilisé chaque année dans les clubs EVF. Mais dans les écoles primaires l'accent est mis sur l'abstinence, tandis que dans les écoles secondaires on offre aussi des informations sur l'utilisation du préservatif.

L'utilisation des langues non locales permet aux gens de discuter des problèmes qu'ils seraient trop gênés d'aborder dans leur propre langue. Par exemple, les adolescents étaient parfaitement prêts à identifier les parties intimes du corps en anglais, mais ils hésitaient à le faire dans leur propre langue.

Coordonnateur du programme

Le curriculum éducatif du club comprend les unités suivantes :

Unité 1 : la famille

- Structures familiales
- Relations familiales
- Rôles familiaux

Unité 2 : Conscience de soi

- Qui suis-je ?
- Développement humain
- Adolescence
- Prise de décision

Unité 3 : Rôles masculins et féminins/Expression sexuelle

- Formation d'identité relative au rôle masculin ou féminin
- Orientation sexuelle
- Expression sexuelle

Unité 4 : Planning familial et contraception

- Pratiques traditionnelles de planning familial
- Méthodes réversibles de contraception. Méthodes permanentes de contraception.
- Contraception d'urgence
- Avortement
- Utilisation des contraceptifs lors des situations spéciales

Unité 5 : Relations

- Amitié
- Fréquentation
- Amour
- Mariage et autres partenariats à vie

- Quand les relations tournent au vinaigre

Unité 6 : Responsabilités parentales

- Être parent
- Responsabilités parentales
- Grossesse et accouchement
- Allaitement au sein

Unité 7 : Santé personnelle et sexuelle

- Buts en matière de santé de la Zambie
- Préoccupations critiques relatives à la santé
- Premiers soins de base
- Santé et Hygiène préventives
- Infections sexuellement transmissibles
- VIH et SIDA
- Comment utiliser un préservatif

Unité 8 : Abus et violence

- Abus des enfants
- « The Touch Continuum » (comment différencier les touchers)
- Abus sexuel
- Violence domestique
- Abus des employés

Unité 9 : Drogues et stupéfiants

- Drogues
- Alcool

Unité 10 : Droits des jeunes

- Déclaration des droits
- Loi sur les mineurs
- Les jeunes et les soins de santé reproductive

Ce curriculum éducatif est disponible. Veuillez voir la partie D de ce chapitre (« Matériel pédagogique »).

Un des majeurs problèmes est la fréquence du renouvellement des éducateurs pairs, à cause du manque de motivation, du changement d'écoles et de l'abandon des études pour aller travailler.

Coordonnateur du programme

Dépliants

Les éducateurs pairs, à l'aide des personnes ressources de la PPAZ, du FLMZ et de la RFSU, ont conçu et développé des dépliants d'IEC. Cinq dépliants sur divers sujets liés aux soucis et problèmes des jeunes ont été produits et pré-testés en utilisant des

questionnaires structurés et des groupes de discussion. Ces dépliants fournissent des informations supplémentaires qui complètent les activités EVF.

Les cinq dépliants sont :

- *Sexually Transmitted Infections* (les Infections sexuellement transmissibles)
- *What's Up on Drugs and Alcohol ?* (les drogues et l'alcool : qu'est-ce qu'il y a ?)
- *Early Marriage : Know the Facts* (Mariage précoce : connaissez les faits)
- *Avoiding Many Sexual Partners : What You Should Know* (éviter beaucoup de partenaires sexuels : ce que vous devriez savoir)
- *Facts About Growing Up* (grandir : les faits)

Au total, cinquante mille exemplaires (10 000 exemplaires de chaque dépliant) ont été produits. Des exemplaires des nouveaux dépliants ont été distribués aux éducateurs pairs, aux marraines et parrains, aux CBD, aux *parent-elder educators*, aux fournisseurs des soins de santé, aux équipes de football sous l'égide du comité de conseil de sports de Kafue, aux membres des communautés et à toutes les écoles du district de Kafue.

Ce matériel pédagogique est disponible. Voir la partie D de ce chapitre (« Matériel pédagogique »).

Matériel de formation du personnel

Manuel d'éducation à la vie familiale

Family Life Education : A Manual for Parent Educators a été conçu afin de former et guider les *parent-elder educators* (parents et aînés qui jouent le rôle d'enseignant) pour que ces derniers puissent mener des séances d'éducation communautaires avec les membres de la communauté. Le manuel fournit des détails sur les sortes de techniques nécessaires à la conduite des réunions communautaires et des séances individuelles. Le manuel couvre plusieurs activités qu'on peut utiliser pour susciter l'intérêt des membres de la communauté envers le programme. Il explique le but de chaque activité, donne des instructions détaillées, donne une idée du temps et des matériels nécessaires à l'achèvement de chaque activité, et il inclut des prospectus, questionnaires, études de cas et jeux de rôles. Il y a aussi des conseils qui expliquent comment chaque partie du manuel peut être adaptée pour répondre aux besoins du groupe et au temps disponible pour la séance.

Le manuel n'a pas été développé spécifiquement à l'usage des éducateurs pairs des clubs EVF. Cependant, certaines parties du manuel ont été utilisées, après révision, lors de la conduite des activités d'EVE.

Ce manuel est disponible. Voir la partie D de ce chapitre (« Matériel pédagogique »).

<p>Il est recommandé que les marraines et parrains suivent des cours de recyclage pour rester motivés et pour acquérir des compétences et informations complémentaires. <i>Coordonnateur du programme</i></p>

Choix et formation du personnel

Les méthodes par lesquelles le personnel est choisi peuvent varier. Tout le personnel reçoit une formation sur les activités suivantes :

- Boîtes à questions : Pendant la formation, on encourage les participants à soumettre, par écrit et en gardant l'anonymat, les questions qui les inquiètent. Tous les matins, on répond aux questions et en discute.
- Étapes de l'utilisation du préservatif : Les différentes étapes de l'utilisation du préservatif sont marquées sur des morceaux de papier ; les participants organisent les feuilles selon l'ordre correct.
- « Teach back » : On encourage les participants à enseigner aux autres participants ce qu'ils ont appris pendant leur propre formation.
- Formation de pré-test et post-test : Les participants sont testés avant et après la formation pour mesurer leur niveau de connaissance et, plus précisément, pour mesurer ce qu'ils ont appris pendant la formation.

Formateurs de formateurs

- Un groupe principal, constitué de représentants de la PPAZ, du FLMZ et du CBoH, a choisi les premiers formateurs de formateurs (TOT – trainers of trainers). Les stagiaires étaient des enseignants, policiers et fonctionnaires. Les éducateurs pairs, les marraines et parrains, et les *parent-elder educators* ont été formés comme formateurs de formateurs.
- La formation dure entre une et deux semaines ; elle est conduite par les maîtres enseignants de PPAZ, FLMZ, RFSU et KARHP.
- À la fin de la formation, les TOT devraient être capables de planifier, organiser et conduire des ateliers de formation en EVF et SSR. Les objectifs de la formation comprennent : le renforcement des connaissances des participants sur l'EVF et la SSR, la sensibilisation des participants à leurs propres attitudes envers les problèmes de la SSR des adolescents, l'enseignement des compétences relatives à la conduite de la formation en EVF et SSR ; de plus, les participants seront plus à l'aise dans leur rôle d'instructeurs d'EVF/SSR.
- Les TOT suivent des stages de recyclage après la formation initiale.
- Quelques uns des TOT ont été formés comme maîtres enseignants.

Éducateurs et conseillers pairs

- Les TOT et les marraines et parrains choisissent les éducateurs et conseillers pairs parmi les membres des clubs EVF. Les éducateurs et conseillers pairs devraient être acceptés et respectés par les autres jeunes et par les membres de la communauté générale (parents, enseignants, etc.). Ils devraient être disposés et motivés à recevoir la formation pour travailler comme éducateurs et conseillers pairs ; ils doivent adhérer aux buts et objectifs du programme.
- Les TOT, les maîtres enseignants et/ou les marraines et parrains forment les éducateurs et conseillers pairs pendant 5 à 10 jours, selon le budget et selon la disponibilité des instructeurs.
- Le contenu de la formation est adopté du curriculum de l'EVF. La formation comprend aussi une introduction aux buts et objectifs du programme, au concept

de l'éducation par les pairs et à la facilitation des compétences en communication.

- Des stages de recyclage ont été offerts aux éducateurs pairs pour qu'ils continuent à être motivés et pour les aider à en apprendre davantage sur les problèmes de la SSR.

Marraines et parrains

- Deux marraines ou parrains sont choisis dans chaque école par les éducateurs et conseillers pairs et les directeurs.
- Les TOT, maîtres enseignants et/ou marraines et parrains qualifiés forment les nouveaux marraines et parrains. La formation dure entre 5 et 10 jours, selon la disponibilité des instructeurs et le budget.
- La formation aborde les sujets suivants : la sexualité humaine, les valeurs, les compétences en facilitation, la sexualité et les relations entre les deux sexes, la modification du comportement, l'égalité des droits, l'adolescence, les relations personnelles, la sensibilisation à la fécondité, l'organisation des clubs EVF, l'utilisation des préservatifs, l'abus et la violence, les MST et le VIH/SIDA, les rôles des marraines et parrains et les projets de travail.
- Les marraines et parrains suivent des cours de recyclage pour continuer à être motivés et pour acquérir des compétences et informations complémentaires.

Sans le soutien de la communauté et la volonté et engagement politique, les efforts de prévention du VIH/SIDA échoueront.

Coordonnateur du programme

Fournisseurs des services de santé

- Dans chacune des cliniques de santé adaptées aux jeunes, la DHMT (District Health Management Team – équipe de gestion à la santé du district) choisit deux membres du personnel qui sont formés comme fournisseurs des services de santé adaptés aux jeunes. La formation, qui est conduite par les maîtres enseignants, dure sept jours.
- Les objectifs des ateliers de formation sont de :
 - sensibiliser les fournisseurs des services de santé aux besoins des adolescents concernant la SSR,
 - aider les fournisseurs des services de santé à encourager des attitudes positives envers la SSR des jeunes,
 - aider les fournisseurs des services de santé à développer des compétences en communication, et
 - créer un environnement qui est accueillant aux jeunes dans toutes les installations de santé du district.

Parent-Elder Educators

- Au début, les membres des comités de santé communautaires, de la PTA (association parents-enseignants), de la PPAZ et du FLMZ nommaient deux ou trois parents par communauté pour recevoir la formation nécessaire pour devenir *parent-elder educator* (parents et aînés qui jouent le rôle d'enseignant).

Plus tard, le KARHP a fait de la publicité dans les places du marché, les cliniques et les magasins. (Les candidats devaient remplir une fiche concernant leurs expériences précédentes relatives au bénévolat humanitaire, surtout en ce qui concerne la SSR et les jeunes.) Après des entrevues, la sélection finale est faite par les assistants et le coordonnateur du KARHP.

- Les éducateurs sont formés au cours de 5 à 10 jours par les TOT, les maîtres enseignants et/ou d'autres éducateurs qualifiés.
- Les sujets qui sont abordés sont : se souvenir de sa jeunesse, sources des valeurs, compétences en facilitation, compétences fondamentales relatives à l'éducation offerte par les parents et les aînés (composantes du PEEP), la sexualité humaine, la sensibilisation à la fécondité, les méthodes traditionnelles de l'éducation, les IST et le VIH/SIDA, le planning familial, les responsabilités parentales, les entraves à la communication, la modification du comportement, la sexualité et les relations entre les deux sexes, l'abstinence, l'unité de soutien des victimes (police), les relations personnelles, les rapports sexuels et l'amour, l'abus, les liens entre la prévention et les soins, la participation communautaire au PEEP, la mobilisation communautaire et les groupes cibles.
- Après la formation initiale, des stages de recyclage sont disponibles aux *parent-elder educators*.

Les CBD

- Les membres de la communauté ont choisi des jeunes de leurs communautés pour être formés comme CBD (community-based distributors – distributeurs communautaires).
- Les CBD sont formés pendant 14 jours par des instructeurs de la PPAZ.
- L'objectif de la formation est de donner aux CBD les compétences et connaissances qui sont nécessaires pour fournir du planning familial et des services de SSR dans les communautés, en vue de « tendre la main » aux jeunes.

Mise en œuvre du programme

Avant la mise en œuvre du programme, le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation participaient entièrement à son développement. Les leaders communautaires, directeurs et autres membres clés de la communauté ont été consultés pendant toutes les phases du développement.

Comment créer un club EVF

- Sept écoles (six rurales et une en milieu périurbain) ont été choisies par le CBoH, la PPAZ et le FLMZ.
- Des réunions de consensus et des ateliers de sensibilisation à propos du programme (buts, activités, stratégies, etc.) ont été tenues avec tous les enseignants et directeurs.
- Le personnel (éducateurs et conseillers pairs, marraines et parrains) ont été choisis et formés, et les premiers clubs ont été établis.
- Les marraines et parrains se réunissent avec les éducateurs pairs et le coordonnateur du KARHP pour discuter du curriculum éducatif et des activités du club.

- Les clubs sont annoncés dans l'école par le biais d'assemblées scolaires et d'affiches posées sur les tableaux d'affichage.

Services adaptés aux jeunes

- Des cliniques sont choisies par la DHMT pour devenir des centres « youth-friendly » (adaptés aux jeunes).
- Deux membres du personnel, par clinique, sont choisis pour devenir des fournisseurs des soins de santé adaptés aux jeunes.
- Tout le personnel de la clinique est sensibilisé sur les façons de créer un environnement qui est accueillant aux jeunes.
- La publicité des services adaptés aux jeunes est faite à la radio, dans les journaux, dans leurs propres dépliants, lors des campagnes de porte à porte, ainsi que dans les lieux publics, tels que les arrêts d'autobus.

Ressources du programme

Le KARHP tient deux bureaux avec des photocopieuses et une salle de réunion réservée à l'usage des exécutifs du projet. Le coordonnateur dispose, dans son bureau, d'un ordinateur (avec accès à l'Internet), des dépliants, quelques vidéocassettes, le manuel d'EVE, et d'autres matériels pédagogiques ; les exécutifs ont accès à ces matériels.

Plaidoyer

Le KARHP plaide pour les buts du programme dans la communauté par le biais des ateliers, des pique-niques et d'autres événements qui font participer tous les membres de la communauté. Pour avoir l'approbation de la communauté, on a augmenté le nombre de ces événements lors du lancement du programme, ainsi que pendant l'expansion du programme.

Le Ministry of Sport, Youth and Child Development (sports, jeunesse et développement de l'enfant) ; le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation ont tous soutenu le KARHP en assurant directement un partenariat aux niveaux régional et du district. Le rôle général de ces partenaires était de légitimer le programme et plaider pour le soutien de la communauté. De plus, ils permettent l'utilisation des écoles et des autres lieux communautaires pour les réunions du club, pour les exposés et pour les événements du programme.

En 1999, le KARHP a tenu une réunion avec des personnages politiques importants pour les sensibiliser à l'importance de la prévention du VIH/SIDA dans la communauté. À la fin de l'atelier, on a demandé un engagement et un soutien politique en vue d'agrandir le programme pour couvrir le district de Kafue entier. Le KARHP a aussi participé à la création du HIV/AIDS Network Co-ordinating Committee, établi dans le district de Kafue en 1999. Ce comité essaie d'unir les efforts de toutes les personnes de la communauté qui luttent contre le VIH/SIDA.

Rapport financier

Les budgets annuels (dépenses totales) étaient :

1997 : 148 219 \$US
1998 : 137 842 \$US
1999 : 123 902 \$US
2000 : 197 316 \$US et
2001 : 120 000 \$US (mars 2002)

Une analyse des dépenses du programme KARHP n'est pas disponible. Approximativement 53 000 jeunes ont bénéficié du programme à un coût qui s'élève à 2,26 \$US par jeune par an. Mais il faut toutefois noter que 101 400 adultes ont été ciblés par ce programme depuis 2001.

PARTIE C : ÉVALUATION, DÉFIS ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Coordonnateur du programme

- Il est important que l'évaluation des besoins comprenne des techniques qualitatives et quantitatives. Cela aide à suivre et évaluer le programme parce qu'il sera possible de voir les tendances et changements au fur et à mesure que le temps passe.
- Certains membres de la communauté, avec les organisations religieuses, étaient mécontents d'avoir le programme dans leur communauté. Il est donc important de rallier ces individus pour soutenir le programme (et y participer) avant sa mise en œuvre.
- Au début, la formation ne durait pas assez longtemps, et il fallait l'augmenter afin de préparer le personnel en lui donnant les compétences et informations nécessaires pour faire leur travail. La formation continue est nécessaire pour maintenir un nombre suffisant de personnel.

Les adolescents qui participent aux clubs sont ceux et celles qui sont motivés. Il est possible que les adolescents qui ne participent pas aux clubs soient le plus souvent ceux et celles qui sont les plus à risque de contracter le VIH.
Coordonnateur du programme.

- Le but initial était de travailler avec de très jeunes enfants, pour leur permettre de grandir et se développer avec le programme. Mais le groupe central ne voulait

pas créer un programme pour les enfants de moins de 10 ans. Dans l'avenir, le coordonnateur du programme aimerait cibler une tranche d'âge plus jeune. Il s'agit d'un problème continu.

- Il est important d'innover et d'essayer de nouvelles idées, comme les pique-niques éducatifs.
- L'effort d'amplifier le programme représentait un défi considérable. À une plus grande échelle, la logistique s'avère compliquée ; il faut résoudre ce problème si le programme sera augmenté.
- Le taux d'abandon des bénévoles est élevé à cause du manque de motivation (pécuniaire).
- Il a pris parfois plus long que prévu pour recevoir les fonds nécessaires de la part de la SIDA. Ces retards peuvent causer des problèmes.
- Il n'y a pas toujours assez de matériels pédagogiques.
- Le manque de personnel supérieur a mené à une accumulation de travail.

Évaluation

En 2000, une évaluation a été conduite pour évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques (KAP-knowledge, attitudes, practices) en ce qui concerne la SSR/EVF ; cette évaluation a été conduite par l'Institute of Economic and Social Research de l'University of Zambia. Le but général de cette étude était de documenter et évaluer le KARHP pour déterminer ses succès et/ou ses limitations selon des mesures du processus, des résultats et de l'impact.

Une étude transversale des jeunes de 10 à 24 ans dans les familles a été menée sur les lieux du projet (371 jeunes) et les lieux qui se trouvent hors du projet (87 jeunes). De plus, des discussions de groupe et des entrevues individuelles en profondeur ont été conduites auprès du personnel du projet, des éducateurs et conseillers pairs, des instructeurs, des CBD, et des parents et enseignants (70 personnes, au total). Un questionnaire semi structuré a été utilisé pour recueillir les informations fournies par les 458 jeunes.

Les résultats de l'étude ont révélé que les problèmes qui avaient été repérés lors de l'évaluation des besoins (prostitution, grossesse non désirée, toxicomanie, IST, pauvreté et chômage) étaient toujours des problèmes auxquelles les jeunes faisaient face, mais les groupes de discussion croyaient à l'unanimité que ces problèmes étaient pires avant le programme KARHP. Ils pensaient que les activités du KARHP étaient directement responsables de ces changements.

Un exemplaire de l'évaluation est disponible. Veuillez voir la partie D de ce chapitre (« Matériel pédagogique »).

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	Depuis le lancement du projet, les jeunes participent aux différentes phases de la conception, l'organisation et l'exécution des activités du KARHP. Les jeunes qui sont ciblés sont encouragés à exprimer leurs besoins en ce qui concerne la SSR et à trouver leurs propres solutions aux problèmes et aux comportements sexuels à risque.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	Atteint en partie	Une évaluation des besoins a été conduite avant la mise en œuvre du programme. Les résultats ont été employés lors du développement du programme. Les éducateurs pairs proviennent de la même tranche d'âge que les membres des clubs ; cela assure que l'on abordera les risques qui sont les plus souvent courus par ce groupe. Les messages ne ciblent pas une tranche d'âge particulière. Bien que les messages soient développés au cours de l'année, de différentes sortes de messages devraient, idéalement, être diffusées aux jeunes des différentes tranches d'âge. Une tranche d'âge assez large est ciblée ; il est donc possible que des individus soient trop jeunes ou trop âgés pour s'entendre avec leur éducateur/conseiller pair.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	Le programme essaie d'augmenter les connaissances des gens, et de leur donner de nouvelles compétences et attitudes. Cette approche pluridimensionnelle a plus de chances de modifier le comportement qu'une approche unidimensionnelle.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et	✓	Le KARHP encourage activement, et renforce, les valeurs sociales positives. Le principe central du programme est l'accent qu'il met sur le changement du comportement au moyen de l'éducation

	renforce les valeurs sociales positives.		par les pairs.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	✓	La conception du programme est basée sur une analyse des besoins du groupe cible ; les matériels pédagogiques du programme établissent et font face aux risques auxquels les jeunes font face. Par exemple, bien que le programme encourage l'abstinence, il reconnaît qu'il y a des adolescents qui sont sexuellement actifs. On respecte ce choix par la distribution des contraceptifs.
6	Conduit une formation continue aux professeurs et aux autres fournisseurs de service.	✓	La formation, la formation continue et les ateliers sont offerts au personnel et aux membres de la communauté qui veulent participer au programme. Grâce au réseau de soutien, chaque membre du personnel peut consulter quelqu'un d'autre.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	Diverses activités et stratégies sont utilisées pour transmettre les messages du programme ; il y a donc plus de chances que les messages seront écoutés et compris. Les activités participatives et innovatrices comprennent le théâtre, les sports, les pique-niques éducatifs et les spectacles de marionnettes.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	Le programme rend compte du fait que la lutte contre le VIH/SIDA exige la participation, l'éducation et la collaboration de la communauté entière. Il a réussi à ce faire par le plaidoyer et la collaboration entre les différents secteurs et institutions de la société.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	Atteint en partie	Le programme suit un curriculum éducatif sur la SSR. Mais, parce que le même programme est suivi chaque année, il est peut-être difficile d'aborder les problèmes en profondeur ou de développer les connaissances et messages qui ont déjà été transmis. Les matériels pédagogiques ne ciblent pas des tranches d'âge spécifiques. On doute donc de la possibilité que les messages deviennent plus complexes selon le développement des jeunes.
10	Est placé dans un	Non	À présent, le curriculum scolaire n'offre

	contexte approprié du curriculum de l'école.	applicable	pas d'enseignement aux jeunes sur les sujets relatifs au VIH/SIDA. Le KARHP est donc leur seule source d'éducation sur le VIH/SIDA.
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	Atteint en partie	<p>Le même curriculum éducatif est utilisé pour toutes les tranches d'âge ; on craint donc qu'il y ait des enfants qui ne participeront pas aux clubs régulièrement et qu'ils oublieront les compétences et connaissances qu'ils ont acquises.</p> <p>L'évaluation montre qu'il y a eu des changements visibles en ce qui concerne le comportement sexuel des jeunes qui ont été touchés par le programme.</p> <p>Les activités du programme ont été intégrées aux bureaux gouvernementaux, ce qui contribue à la continuité des programmes, même si les ONG ont retiré leur soutien.</p>
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	Non applicable	Il n'y a pas, à présent, de programme de promotion de santé qui puisse collaborer avec le KARHP.
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	<p>Les jeunes, à l'aide des personnes ressources de la PPAZ, du FLMZ et de la RFSU, ont conçu et développé des dépliants d'IEC pour le KARHP. Cinq dépliants sur des sujets variés relatifs aux soucis et problèmes des jeunes ont été produits et pré-testés. Tous les matériels pédagogiques développés par le KARHP (dépliants) ont été envoyés au comité d'IEC/Zambia Information Services pour avoir leur approbation.</p> <p>Les autres matériels pédagogiques utilisés par le KARHP sont corrects et cohérents parce que les sources principales des informations sont basées sur des matériels qui ont été développés par le Ministère de la santé, le CBoH, l'UNFPA, la Society for Family Health, la PPAZ, le FLMZ et la RFSU.</p> <p>De nouveaux matériels pédagogiques ont été développés récemment pour répondre aux besoins des groupes cibles.</p>

14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	Le plaidoyer a été un élément important de ce programme. Le gouvernement et la communauté y ont participé depuis le début, ce qui lui permet d'évoluer et croître.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	✓	La sexualité a été dépeinte comme une normale partie de la vie humaine, qui commence durant les tendres années et continue tout au long de la vie. Le programme cible les jeunes, sans égard à leur sexe ou ethnie. Le curriculum éducatif de la formation et des clubs EVF traite, et discute, les problèmes associés aux orientations sexuelles différentes, telles que l'homosexualité.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	Il faut qu'un programme efficace suive les besoins et risques changeants de son groupe cible pour se modifier en conséquence. Le programme a réussi à ce faire par des réunions qui ont été tenues pour discuter des problèmes et trouver des solutions. Le KARHP manquait d'évaluation continue. Il n'a été évalué qu'une fois par des évaluateurs externes, et il n'y a pas eu d'évaluation à la fin du projet.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

Kafue Adolescent Reproductive Health Project (KARHP)
Francis Joseph Phiri, project coordinator
P.O. Box 360254
Kafue, Zambia

Téléphone portable : +260 97 78 36 13
Courrier électronique : kafyth@zamnet.zm

Family Life Movement of Zambia (FLMZ)

Le FLMZ est une ONG bénévole sans affiliation religieuse ou politique, qui a été fondée en 1981. Il dispose de quatre bureaux provinciaux qui opèrent dans les provinces de Choma, Copperbelt, Monze et Lusaka. Le FLMZ a également des bureaux affiliés dans toutes les provinces du pays.

L'objectif principal du FLMZ est de promouvoir une vie familiale qui est saine et heureuse, par le biais des services qu'il offre aux communautés.

Mr. Raymond Muchindo, acting executive director
P.O. Box 37644
Lusaka, Zambia
Tél. : +260 1 221898
Télécopie : +260 1 221898
Courrier électronique : flmz@zamnet.zm

Planned Parenthood Association of Zambia (PPAZ)

La PPAZ (association zambienne de planning familial) est une ONG bénévole, non discriminatoire, non politique à but non lucratif qui est à l'avant-garde des organisations de planning familial de la Zambie ; elle a été créée et enregistrée en 1972. Elle reçoit la plupart de son financement pour ses activités de la part de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation – fédération internationale pour le planning familial). La PPAZ est en place dans toutes les neuf provinces de la Zambie, et c'est la plus grande ONG qui offre des services de planning familial et de SSR dans les zones urbaines et rurales du pays.

La PPAZ exécute des projets visant à traiter les problèmes de SSR de la Zambie : Family Health Promotion Project (projet de promotion à la santé familiale) ; autonomisation des femmes ; le projet FLE ; le Community-Based Distribution Project (projet de distribution communautaire) ; le Family Planning Centres/Family Health Project (projet de centres de planning familial/santé familiale) ; participation des hommes au planning familial ; le projet intégré (Integrated Project) et le KARHP.

Mr. Godfrey Musonda, executive director
P.O. Box 32221
Lusaka, Zambia
Tél. : +260 1 228178 ; +260 1 228198
Télécopie : +260 1 228165
Courrier électronique : ppaz@zamnet.zm
Site Internet : www.ppaz.zm

Collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été préparé par Anne Salmi, M.A., Education and International Development : Health Promotion. Anne est une consultante indépendante qui vit et travaille en Zambie (courrier électronique : annesalmi@yahoo.com).

Michael J. Kelly, M.A., Ph.D., Educational Psychology, a dirigé la rédaction du rapport. M. Kelly a beaucoup travaillé sur la prévention du VIH/SIDA en Zambie et il est maintenant basé à l'University of Zambia (courrier électronique : mjkelly@zamnet.zm).

Version anglaise éditée par Katie Tripp et Helen Baños Smith.

Nous sommes reconnaissants du soutien des membres suivants du district de Kafue, qui ont fourni la grande partie de l'information contenue dans ce rapport :

Godfrey Musonda – directeur en chef, PPAZ

R.D. Muchindu – directeur exécutif par intérim, FLMZ

Francis Phiri – coordonnateur du projet

Neuf éducateurs pairs et conseillers de la Naboye Secondary School, Kafue

Douze marraines et parrains des clubs EVF de plusieurs écoles de Kafue (Nakatete Basic School [2], Mutendere Basic School [3], Nangongwe Basic School [1], Kasenje Basic School [3], Soloboni School [2], et Kafue Day Secondary School [1])

Paul K. Chinyama – *parent-elder educator*, et instructeur (qui a organisé les groupes de discussion et la visite à la Kafue Day Secondary School)

Le directeur, la marraine, les éducateurs et conseillers pairs, et d'autres étudiants de la Kafue Day Secondary School

Matériel pédagogique

« What's Up Kafue ? An Assessment of the Livelihood, Sexual Health and Needs of Young People in Kafue District » (évaluation des moyens d'existence, de la santé sexuelle et des besoins des jeunes du district de Kafue)

(Numéro de commande : KARHP01)

Family Life Education : A Manual for Parent Educators (manuel pour éducateurs parents)

(Numéro de commande : KARHP02)

Family Life Education : A Curriculum for Teachers and Trainers (curriculum éducatif pour enseignants et formateurs)

(Numéro de commande : KARHP03)

« In School Training for Peer Education Programme (PEP) 2002 » (formation en milieu scolaire pour le programme d'éducation par les pairs)

(Numéro de commande : KARHP04)

« Training of Trainers Workshop 1999 » (atelier de formation de formateurs)

(Numéro de commande : KARHP05)

Facilitator's Guide to Participatory Practice in HIV/AIDS Work : Gender and Sexuality in Young Men's Lives (guide de facilitateur pour la pratique participative sur le travail sur le VIH/SIDA, la sexualité et les relations entre les deux sexes, dans les vies des jeunes hommes)

(Numéro de commande : KARHP06)

« National Workshop : Youth Empowerment » (atelier national : autonomisation des jeunes)

(Numéro de commande : KARHP07)

« Documentation and Evaluation of the Kafue Adolescent Reproductive Health Project, August 2000 » (documentation et évaluation du KARHP)

(Numéro de commande : KARHP08)

Annual Report 2000 (rapport annuel)

(Numéro de commande : KARHP09)

« Report on the Training of Teachers in Family Life Education and Sexual Reproductive Health » (rapport sur la formation des enseignants sur l'éducation à la vie familiale et sur la santé sexuelle et reproductive)

(Numéro de commande : KARHP10)

« Report on the Parliamentarians' Advocay Workshop, November 1999 » (rapport sur l'atelier de plaidoyer des parlementaires)

(Numéro de commande : KARHP11)

« Report on the Sensitisation Workshops of Health Providers, September 2000 » (rapport sur les ateliers de sensibilisation des fournisseurs de santé)

(Numéro de commande : KARHP12)

Dépliants :

Sexually Transmitted Infections (les Infections sexuellement transmissibles)

What's Up on Drugs and Alcohol ? (les drogues et l'alcool : qu'est-ce qu'il y a ?)

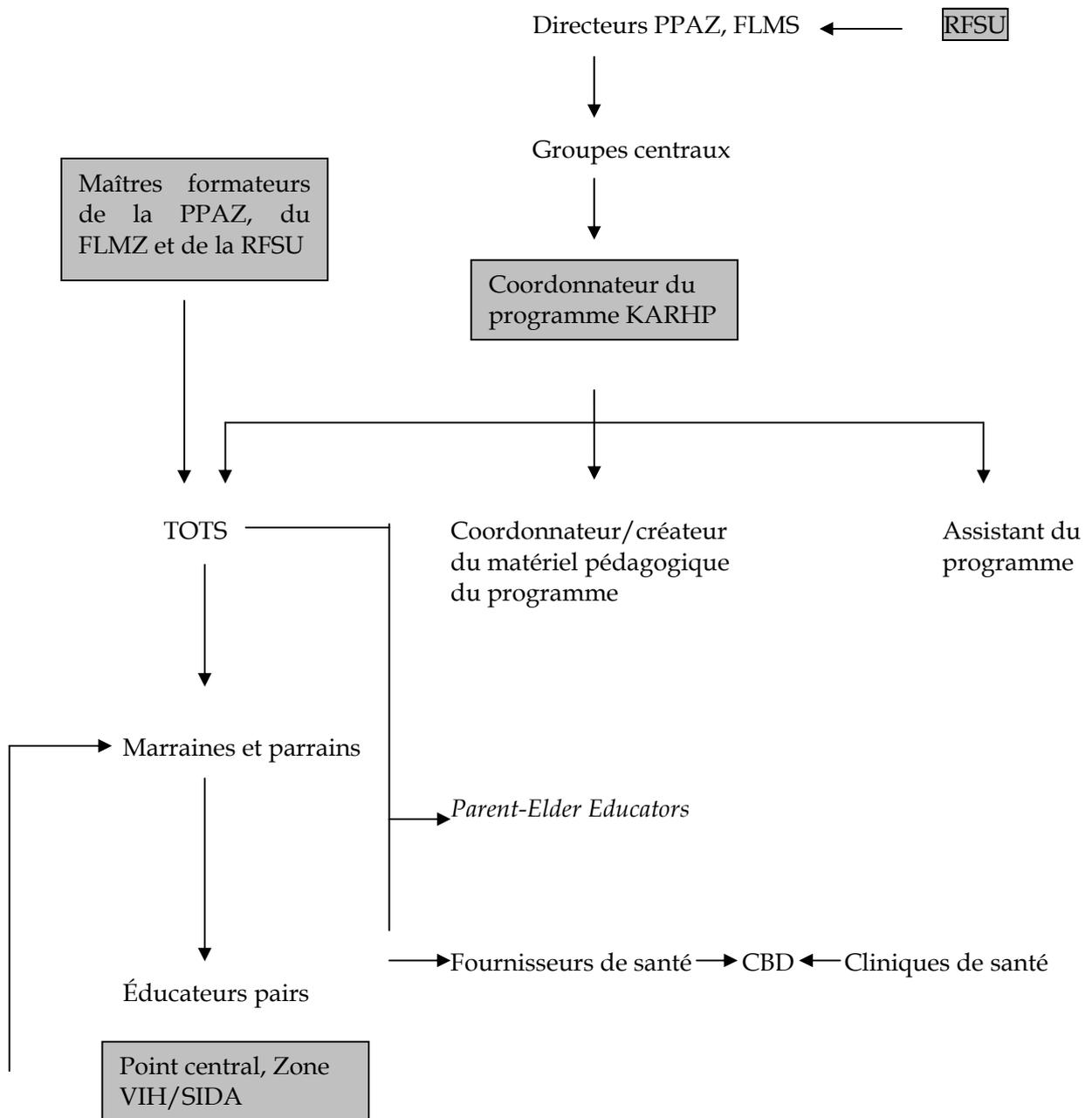
Early Marriage : Know the Facts (Mariage précoce : connaissez les faits)

Avoiding Many Sexual Partners : What You Should Know (éviter beaucoup de partenaires sexuels : ce que vous devriez savoir)

Facts About Growing Up (grandir : les faits)

(Numéro de commande : KARHP13)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL



N.B. : Tout le personnel qui est identifié par les boîtes collabore au programme, mais ne fait pas partie de l'organigramme principal.

Figure A1. Organigramme

Rôles du personnel principal du programme

Directeurs en chef de la PPAZ et du FLMZ

Les directeurs sont responsables du projet, de l'allocation des fonds, et de l'approbation des changements portés aux activités du projet.

Le groupe central

Le groupe central, au niveau central, est constitué de représentants des deux ONG locales (PPAZ, FLMZ) et du CBoH. Le groupe central s'occupe des tâches suivantes : développement des plans annuels, exécution, coordination, rapports, formation, suivi des comptes, fourniture du soutien technique au coordonnateur du projet et évaluation.

Le groupe central local est constitué des représentants qui proviennent des établissements locaux : division locale de la PPAZ, division locale du FLMZ, Department of Social Welfare (département du bien-être social), Department of Community Development (département du développement communautaire), DEO, Kafue District Council, DHMT, éducateurs pairs et leaders de la communauté locale. Il soutient les activités du projet et vise à renforcer la collaboration locale. Il est centré sur la facilitation et l'intégration des activités d'EVF/SSR aux systèmes de santé publique, communautaires, sociales et éducatives du district.

Le coordonnateur du projet KARHP

Le coordonnateur a déjà acquis de l'expérience en SSR et EVF et il est responsable de la surveillance du choix et de la formation du personnel, de la coordination des réunions entre le personnel du programme et de l'organisation des événements de la communauté et du club EVF.

Assistants du programme KARHP

Les assistants ont déjà acquis de l'expérience en SSR et EVF. Ils aident le coordonnateur du projet à la gestion quotidienne du projet.

Maîtres enseignants

Les maîtres enseignants participent activement au début du programme et sont responsables de la formation de tout le personnel et des TOT.

TOT

Les TOT (teachers of teachers—instructeurs des instructeurs) sont des enseignants, policiers, fonctionnaires locaux, *parent-elder educators*, et éducateurs pairs qui ont reçu une formation qui les prépare à former les membres du personnel. Ils sont responsables de l'organisation de toute la formation du personnel, des ateliers, et des stages de

recyclage et de l'organisation des instructeurs externes qui les aident lors des ateliers de formation.

Éducateurs et conseillers pairs

Ils sont le lien central avec les jeunes et ils sont responsables de la gestion quotidienne des clubs EVF et des autres activités.

Marraines et parrains

Ce sont des enseignants qui sont formés comme marraines et parrains ; ils aident à l'organisation des clubs EVF et ils dirigent les éducateurs pairs.

Parent-Elder Educators

Ces parents et aînés, qui jouent le rôle d'enseignant, travaillent dans la communauté et ils mobilisent le soutien communautaire du programme.

Fournisseurs de santé adaptés aux jeunes

Ces fournisseurs travaillent dans les cliniques et conseillent les jeunes qui cherchent des conseils sur les contraceptifs, le VIH/SIDA et les MST, la grossesse et les autres problèmes relatifs à la SSR.

Les CBD

Les CBD sont des jeunes qui sont formés pour diffuser des messages sur la SSR, y compris d'autres méthodes de planning familial et de contraception (par exemple, les préservatifs) aux jeunes des communautés. Ils comblent le vide entre la clinique et les jeunes.

ANNEXE 2. STATISTIQUES SUR LE PERSONNEL

	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein/payé	1	Coordonnateur du programme	H
	2	Assistants du programme	1H, 1F
Personnel bénévole, hormis les éducateurs pairs (aucune allocation ni indemnité)	80 (approx.)	Marraines et parrains	H, F
	200 (approx.)	<i>Parent-Elder Educators</i>	H, F
	13	Distributeurs communautaires	H, F
	20	Maîtres instructeurs	H, F
	50 (approx.)	Formateurs de formateurs	H, F
	28 (300 sensibilisés)	Fournisseurs de santé adaptés aux jeunes	H, F
Éducateurs pairs bénévoles (aucune allocation ni indemnité)	500 (une cinquantaine sont des conseillers)	Éducateurs et conseillers pairs	H, F

Zimbabwe

L'ÉDUCATION ET LE VI

S DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA



Zimbabwe

Résumé du programme

Africare : Projet de santé reproductive des adolescents ; clubs AIDS Action en milieu scolaire

En 2000, l'Africare, une organisation non gouvernementale (ONG) zimbabwéenne, a établi son AIDS Action Clubs Program en collaboration avec le District Education Office (bureau de l'éducation du district). Les clubs ciblent les jeunes âgés de 10 à 24 ans dans les écoles primaires et secondaires. Le programme a commencé dans 26 écoles des districts de Bindura et de Mount Darwin (dans la province centrale de Mashonaland) et il s'est ensuite agrandi pour opérer dans 61 écoles : 16 à Bindura, 10 à Mount Darwin, 10 à Makoni South, 10 à Makoni North et 15 dans la zone urbaine de Harare.

Le but du programme est de contribuer à la réduction de la propagation du VIH/SIDA en donnant aux adolescents des informations sur la santé reproductive et en encourageant des comportements et attitudes positifs. Le projet consiste en deux composantes essentielles : les clubs AIDS Action, qui utilisent l'éducation par les pairs, la formation en habiletés fondamentales et la sensibilisation à l'abus des enfants. Il emploie aussi des activités qui sont conçues pour générer les revenus, et qui sont nécessaires à l'autosuffisance.

Jusqu'ici le programme a atteint 25 200 jeunes scolarisés et 10 000 jeunes déscolarisés, au coût approximatif de 8,89 \$US par jeune par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 9 en entier et 5 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

Africare : Projet de santé reproductive des adolescents ; clubs AIDS Action en milieu scolaire

PARTIE A : LE PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

Pour lutter contre le problème du SIDA, le Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture du Zimbabwe a demandé la participation des autres secteurs qui étaient engagés dans l'éducation des jeunes sur le SIDA. Africare, une ONG (organisation non gouvernementale) zimbabwéenne, conduisait déjà des programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents dans les districts de Bindura et Mount Darwin. Africare a décidé de répondre à la demande que le gouvernement avait faite en ajoutant l'éducation sur le SIDA à ses programmes.

En juin 2000, Africare a conduit une évaluation des besoins pour étudier les facteurs qui influencent le comportement sexuel des jeunes et leurs attitudes envers le sexe. À cause des résultats de cette évaluation des besoins, en 2000 on a établi des clubs AIDS Action en milieu scolaire, avec des programmes visant à générer des revenus. Ils ont été établis dans 26 écoles (17 écoles primaires et 9 écoles secondaires), ciblant plus de 20 000 enfants

et adolescents scolarisés. Dans les clubs AIDS Action les éducateurs pairs étaient responsables de l'établissement de diverses manières de diffuser des messages aux jeunes à propos de leur santé sexuelle. Vers la fin de 2000, 34 clubs additionnels ont été établis.

À cause des écarts importants entre les connaissances et le changement de comportement, même chez les adultes zimbabwéens, le programme fait un effort de se concentrer sur l'enseignement des compétences qui encourageront le changement de comportement, telles que les compétences en négociation, l'affirmation de soi et les modèles de comportement.

Responsable du programme

1999	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des besoins conduite dans les districts de Bindura et de Mount Darwin • Proposition soumise aux agences donatrices • Financement reçu de la part de la Bill and Melinda Gates Foundation • Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture contacté pour établir des clubs AIDS Action dans les écoles • Réunions de sensibilisation conduites pour les directeurs d'école, les enseignants, les parents et les leaders communautaires • Personnel principal nommé (directeurs, coordonnateurs, facilitateurs)
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Développement du matériel du programme • Financement reçu de la part de Kodak • Lancement du programme dans 27 écoles des districts de Bindura et Mount Darwin • De nouveaux clubs AIDS Action établis dans les districts périurbains de Makoni North, Makoni South et Harare • Évaluation conduite
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Les clubs AIDS Action sont créés dans 40 écoles additionnelles dans les districts de Makoni et Harare • Financement supplémentaire obtenu de la part de Kodak pour trois ans de plus (2001-2003)
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Production du rapport d'évaluation

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Des activités de génération de revenus ont été exécutées pour aider les enfants à développer des compétences pratiques et pour les encourager à devenir autosuffisants. Pour participer aux activités de génération de revenus, un enfant ou adolescent est obligé de devenir membre d'un club AIDS Action. La plupart des enfants s'intéressaient à ces activités de génération de revenus. Il s'agissait donc d'une bonne façon de les encourager à adhérer aux clubs et en apprendre davantage sur le SIDA.

Pour assurer le soutien de la communauté vis-à-vis des clubs et des activités de génération de revenus, des réunions de sensibilisation ont été tenues avec les leaders

communautaires (chefs, conseillers, leaders de la jeunesse). Les leaders se sont mis d'accord pour approuver les clubs, ce qui les a légitimés dans la communauté. De plus, les groupes de développement communautaires de la jeunesse (YCDG, groupes communautaires constitués de jeunes et/ou leaders traditionnels, créés pour des raisons sociales ou économiques) ont consenti à participer au maintien des activités de génération de revenus.

Un consultant indépendant a conduit une évaluation à la fin de l'an 2000. Cette évaluation a révélé une baisse des comportements à risque et de la vulnérabilité des jeunes au VIH/SIDA. À cause de ces résultats, le programme espère s'installer dans les autres districts, mais il attend le financement nécessaire.

La figure 1 présente le tableau chronologique des événements importants du programme.

Afin d'illustrer des « situations tirées de la vie réelle », des histoires éducatives sont enseignées aux membres du club pour leur montrer comment les gens se livrent à des comportements à haut risque, s'infectent et tombent malades ; cela assure que les jeunes comprennent la progression de la maladie, de l'infection jusqu'à la mort.

Coordonnatrice du programme

Vue d'ensemble du programme

But

Le but du programme est de toucher de manière efficace les jeunes âgés de 10 à 24 ans dans les districts de Bindura, Mount Darwin, Makoni et Harare, en leur donnant des informations sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) ; il encourage aussi des attitudes et comportements positifs envers le sexe. Le programme vise aussi à enseigner des compétences pratiques aux jeunes, pour que ces derniers puissent générer des revenus et devenir autosuffisants.

Une collaboration se produit entre les écoles par des activités – des quiz ou autres concours interscolaires – qui sont souvent coordonnées par les bureaux de l'éducation du district.

Coordonnatrice du programme

Objectifs

Selon le directeur du programme, les objectifs du programme sont de :

- inculquer des connaissances en profondeur et promouvoir des attitudes positives vis à vis du VIH/SIDA et des maladies sexuellement transmissibles (MST) chez les jeunes,
- donner des habiletés fondamentales aux jeunes qui leur permettront de faire de bons choix en ce qui concerne la SSR,
- faciliter l'accès des jeunes aux services de SSR,

- autonomiser les jeunes en leur donnant des compétences d'autosuffisance par une formation qui porte sur le développement des compétences en affaires, et par des activités de génération de revenus,
- améliorer les qualités de leadership et les compétences relatives à la communication interpersonnelle chez les jeunes, et
- établir et renforcer les liens avec des organisations et ministères pertinents, et avec d'autres intéressés.

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Le groupe cible primaire est constitué de 10 500 jeunes scolarisés et déscolarisés, âgés de 10 à 24 ans dans les districts de Bindura et Mount Darwin de la province centrale de Mashonaland, dans les districts de Makoni North et Makoni South de la province de Manicaland, ainsi que dans la zone urbaine de Harare.

Groupes cibles secondaires

Les groupes cibles secondaires sont :

- les enseignants, qui sont formés pour travailler comme surveillants (parrains et marraines) des clubs AIDS Action ;
- les parents, que l'on encourage à améliorer la communication avec leurs enfants, surtout en ce qui concerne les problèmes liés à la SSR ; et
- les enfants en situations difficiles – par exemple, les orphelins et autres enfants vulnérables ; on leur offre du soutien et de l'aide (frais de scolarité, nourriture, vêtements), grâce aux projets de génération de revenus.

Champ d'action

Pour les jeunes scolarisés, les clubs AIDS Action et les activités de génération de revenus se déroulent dans les écoles. Pour les jeunes déscolarisés, les activités du club ont lieu dans les salles communautaires et à d'autres endroits qui leur sont disponibles. Les projets de génération de revenus se déroulent à des « points de croissance » (centres des affaires que le gouvernement choisit pour le développement) et à d'autres centres des affaires.

De plus, le programme maintient des liens entre la communauté et les centres de santé.

Durée du programme

L'adhésion au club est ouverte à toute personne qui a moins de 24 ans. Les jeunes peuvent continuer à appartenir au club pendant aussi longtemps qu'ils désirent. La durée moyenne de l'adhésion est difficile à déterminer parce que le programme n'est en place que depuis deux ans. Mais aucun jeune n'a abandonné le club de son plein gré. Si un(e) membre du club change d'école, il/elle est encouragé(e) à participer au club dans sa nouvelle école, s'il y en a un.

Buts du programme

Selon la coordonnatrice du programme, tous les buts sont également importants parce qu'ils sont complémentaires—l'un ne marche pas sans l'autre. Mais le point central du programme est le changement du comportement ; on met l'accent aussi sur l'abstinence et le retard des premiers rapports sexuels. La modification du comportement est vue comme la pierre d'angle qui mènera à l'atteinte des autres buts. Par le changement du comportement, les jeunes pourront éviter de contracter des MST, et ils respecteront leurs propres droits, ainsi que les droits des autres jeunes.

Changement du comportement
Abstinence
Prévention du VIH/SIDA
Promotion du comportement sexuel sain
Prévention des MST et des infections sexuellement transmissibles (IST)
Promotion des droits de l'individu

Figure 2. Buts du programme classés selon leur importance par la coordonnatrice du programme

Approches

Approches du club

- changement du comportement,
- éducation par les pairs,
- éducation sur la sexualité et le VIH/SIDA,
- comportement moral et valeurs sociales,
- respect des droits des individus,
- développement de l'estime de soi et de l'autosuffisance,
- compétences qui mènent à l'amélioration de la vie,
- counselling sur le VIH/SIDA,
- SSR et
- compétences en communication.

Approches communautaires

- compétences en communication,
- comportement moral,
- counselling sur le VIH/SIDA et
- projets de génération de revenus.

Le programme met l'accent sur l'éducation par les pairs et l'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne. L'éducation par les pairs est une approche essentielle parce que les jeunes sont vus comme les médiateurs les plus efficaces pour influencer les normes du groupe, en ce qui concerne le VIH/SIDA dans leur communauté. L'enseignement des habiletés fondamentales fournit des compétences utiles aux jeunes : communication, prise de décision, réaction aux émotions, affirmation de soi, développement de l'estime de soi. On leur enseigne aussi comment réagir face à l'influence des pairs ; les jeunes apprennent des compétences en relations personnelles et ils sont sensibilisés au VIH/SIDA, non seulement en milieu scolaire mais dans la communauté.

Pour rendre l'environnement des enfants et jeunes plus accueillant, il est important d'enseigner aux parents, marraines et directeurs d'école les compétences relatives au counselling et à la communication entre parents et enfants.

Les projets de génération de revenus autonomisent les jeunes du point de vue économique et, de plus, ils les aident à diffuser des informations sur le VIH/SIDA. Par exemple, quand un individu se présente pour un service, le jeune profite de l'occasion pour lui donner des dépliants sur le VIH/SIDA.

L'utilisation des pairs a contribué à approuver le comportement entre les jeunes. Par exemple, les filles évitent maintenant des situations où elles risquent d'être abusées par des aînés ou des enseignants ; quand elles font leurs courses, et se rendent chez des enseignants, elles y vont en couples ou en petits groupes. Comme modèles, les pairs ont contribué à créer un sentiment de responsabilité, et cela a mené au changement du comportement.

Coordonnatrice du programme

Activités

Les activités principales du programme sont présentées dans la figure 3.

Dans toutes les activités, il est important que les jeunes découvrent leurs propres problèmes, trouvent les raisons pour lesquelles ils ont ces problèmes, et inventent leurs propres solutions. Les discussions de groupe sont le moyen principal d'identifier les problèmes qui surgissent lors des pièces et jeux de rôles.

La coordonnatrice du programme a déclaré que les pièces et jeux de rôles étaient très populaires, et que la recherche a montré que ce sont des outils efficaces. De plus, on a trouvé que la musique est très efficace parce que le chant et la danse sont employés dans la culture africaine pour mobiliser et informer les gens. La présentation des exposés était la méthode la moins efficace et populaire de diffuser des informations parce que les jeunes les trouvaient ennuyeux. Il n'était pas clair, cependant, lesquelles de ces activités sont les plus efficaces à promouvoir le changement de comportement positif.

Discussions de groupe, jeux de rôles, pièces
Chansons
Matériels imprimés
Counselling
<i>Picture codes</i> (illustrations qui servent de point de départ pour la discussion)

Figure 3. Activités classées selon la fréquence de leur utilisation

Composantes

Le programme est constitué de deux composantes principales :

1. les clubs AIDS Action et
2. les activités de génération de revenus.

Clubs Action AIDS

Chaque club a approximativement 30 membres qui se réunissent une fois par semaine. Ces réunions ont lieu à l'école (pour les jeunes scolarisés) ou, pour les jeunes qui ne sont pas scolarisés, à l'endroit où les revenus sont générés, ou bien dans la salle communautaire. Pour les jeunes scolarisés, les séances durent entre une et deux heures. Les jeunes qui ne sont pas scolarisés tiennent des réunions qui peuvent durer plus longtemps ; ils prennent le temps qui est nécessaire pour discuter d'un sujet en profondeur, ce qui peut prendre une matinée entière ou même un après-midi.

Les clubs sont organisés par les parrains et marraines, mais ce sont les éducateurs pairs qui choisissent les sujets et les activités.

Tout jeune qui souffre de l'abus sexuel peut recevoir du counselling individuel de la part des parrains et marraines qualifiés, ou bien de la responsable du programme, qui est elle-même qualifiée. On peut envoyer le jeune (s'il/elle donne son accord) aux centres « youth-friendly » (adaptés aux jeunes) pour recevoir des conseils sur les procédures légales.

Quand un garçon vient chercher ses chaussures, nous mettons un message dans l'une des chaussures. Il faut que le garçon voie le message et le lise. Nous tendons ainsi la main à beaucoup de jeunes qui n'ont pas envie de participer à nos séances d'éducation par les pairs.

Éducateur pair

Éducateurs pairs. Les éducateurs pairs sont membres du club. Pendant les réunions hebdomadaires on joue des pièces, chante et récite des poèmes. Beaucoup de temps est consacré à l'apprentissage des façons de parler à quelqu'un des problèmes liés au VIH/SIDA et à l'abus des enfants. Ils apprennent aussi comment employer les différents matériels pédagogiques et jeux de rôles. Le reste du temps est consacré à l'enseignement sur le VIH/SIDA et à l'organisation des activités pour générer des revenus ; les éducateurs pairs discutent aussi des séances qu'ils ont menées avec les autres élèves ou membres de la communauté.

Les éducateurs pairs sont responsables des activités du club, ainsi que :

- la conduite des séances qui sont tenues avec des individus et des groupes, soit avec les membres des clubs, soit avec les jeunes qui n'en sont pas membres ;
- la distribution des matériels didactiques à leurs pairs ;
- le développement des messages qui sont utilisés pendant les pièces et jeux de rôles qui sont présentés devant la communauté et devant les individus qui ne sont pas membres des clubs ;
- la conduite de l'« outreach » communautaire (par exemple, des visites porte-à-porte) : visiter les malades et prier pour eux, offrir du soutien financier aux orphelins (par exemple, payer leurs frais de scolarité), encourager d'autres jeunes à devenir membres du club.

On tient des séances de groupe exclusivement pour les filles. Ces séances développent les compétences qui mènent à l'affirmation de soi et préparent les filles pour les discussions de groupe auxquelles les garçons et les filles participent ensemble.

Parrains et marraines. Il y a d'habitude deux ou trois parrains ou marraines par club, selon l'importance de l'école. Leurs rôles principaux sont de surveiller les activités du club AIDS Action et de soutenir les membres pendant qu'ils font leur travail. De plus, les parrains et marraines sont responsables de chercher et identifier les indices de l'abus pour offrir leur soutien à l'enfant(e), le cas échéant. Et les parrains et marraines encouragent les autres enseignants à devenir membres des clubs.

Une fois par trimestre, les parrains et marraines des différentes écoles se réunissent avec le personnel d'Africare pour partager leurs idées et parler des problèmes.

Comité AIDS Action. Le comité AIDS Action—qui est constitué de parents, éducateurs pairs, parrains et marraines—est responsable de l'organisation des activités du club. Ils organisent ces activités et évaluent le progrès des projets qui sont destinés à générer des revenus.

Activités de génération de revenus

Il y a 21 projets qui génèrent des revenus en milieu scolaire et 8 projets pour les jeunes déscolarisés. L'adhésion est ouverte aux jeunes âgés de 10 à 24 ans. Les jeunes scolarisés travaillent avec les parrains et marraines dans la gestion des projets qui génèrent des revenus ; les jeunes déscolarisés travaillent avec les leaders traditionnels qui participent au projet, et avec la responsable du programme Africare.

Étude de cas

Lilian, qui est âgée de 13 ans, est membre du club AIDS Action de la Chiweshe Primary School. Aujourd'hui, le club va se réunir pour parler de l'abus des enfants. On a choisi Lilian pour jouer le rôle de l'enfant abusée. Elle va jouer avec Molly, qui jouera le rôle de la mère, et avec Sando, qui interprétera le rôle de l'oncle qui a abusé Lilian.

Pendant la pièce, la mère de Lilian pense que sa fille a l'air silencieuse, ce qui n'est pas normal. Quand sa mère lui demande ce qu'il y a, elle se met à pleurer. L'oncle Sando, qui l'entend, s'approche de Lilian, pour que cette dernière aura peur de parler de son abus. Mais Molly amène sa fille dans sa chambre et lui pose quelques questions. Lilian lui parle de ce qui s'est passé.

Après la pièce, les élèves étudient l'histoire. Le parrain, ou la marraine, les aide.

Lizy, qui est, elle aussi, membre du club, déclare que l'histoire l'a aidée à identifier le comportement d'une enfant abusée, et à savoir ce qu'il faut faire pour l'encourager à parler. Elle dit aussi qu'elle a l'intention de partager l'histoire avec ses amis et parents pour les aider à identifier les victimes de l'abus.

Les projets sont une façon de cibler les membres de la communauté en leur donnant des informations sur la SSR quand ils achètent les produits créés par les clubs. Par exemple, des dépliants d'éducation sur le SIDA sont insérés dans les chaussures réparées.

Les activités qui sont maintenant en cours sont : la menuiserie, la fabrication de chaussures et la cordonnerie, la confection des robes, le divertissement, l'élevage de volaille et le pressage d'huile. Le divertissement (surtout les jeux) est une composante centrale des activités du programme parce qu'il faut que les jeunes s'amuse pour continuer à être motivés.

Une partie des profits est réinvestie dans la génération de revenus. Le reste est utilisé pour des activités liées au VIH/SIDA et pour le soutien de la communauté (contribution aux frais de scolarité, uniformes, nourriture pour orphelins et autres enfants vulnérables). Un petit pourcentage des revenus est donné comme allocation aux jeunes déscolarisés.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

L'évaluation des besoins était composée de trois parties :

1. une étude de base pour déterminer ce que les jeunes savaient à propos de la SSR, et pour examiner leurs attitudes et comportement, ainsi que pour découvrir les problèmes auxquels ils faisaient face aux niveaux individuel et familial ;
2. l'identification des initiatives communautaires qui étaient déjà en place, et qu'on pouvait renforcer afin d'enseigner, conseiller et soutenir les enfants, les adolescents et les jeunes adultes en ce qui a trait à la SSR ; et
3. l'évaluation de l'intérêt que les jeunes portaient aux projets qui génèrent des revenus, ainsi que la faisabilité de ces projets sur le marché.
 - L'enquête de base a été conduite au cours d'une période d'un mois par une équipe de professionnels d'Afrique.
 - Les informations ont été recueillies sur les connaissances relatives au VIH/SIDA et aux MST/IST, aux attitudes envers les relations personnelles et le sexe, et au comportement sexuel.
 - On a ciblé les enseignants et les élèves dans les écoles, et les parents et membres de la communauté dans les salles communautaires.

- Les informations ont été recueillies au moyen de groupes de discussion et questionnaires individuels.
- Au total, 230 personnes (enseignants, jeunes, parents et membres de la communauté) ont participé à l'évaluation.

Les résultats principaux ont démontré que les jeunes faisaient face à beaucoup de problèmes : les MST, le VIH/SIDA, l'abus de drogues et de l'alcool, les grossesses non désirées, l'abus sexuel, la prostitution et le chômage. La plupart des jeunes ont eu leurs premiers rapports sexuels entre les âges de 9 et 15 ans. Il s'agissait de l'expérimentation sexuelle, souvent sans aucune protection, même si les jeunes étaient conscients du VIH/SIDA et les façons de s'en infecter. La plupart des jeunes ont aussi déclaré qu'il manquait de services adaptés aux jeunes où ils pouvaient apprendre le planning familial.

La plupart des jeunes manquaient les compétences nécessaires pour s'affirmer lors des décisions liées à la santé et la sexualité.

Évaluation des besoins

La dégradation du système de soutien familial a laissé un vide en ce qui concerne la personne qui devrait donner les conseils aux jeunes pendant qu'ils passent à l'âge adulte. Il était clair que les médias, tels que la radio, la télévision et les journaux, étaient devenus la seule source d'informations pour les jeunes. Les parents ont déclaré aussi que leurs enfants ne les écoutaient pas.

Mais, puisque les échantillons étaient petits, il est difficile de tirer des conclusions définitives. Veuillez voir l'annexe 3 de ce chapitre pour de plus amples détails.

Les résultats de l'enquête de base et les informations reçues de la part du responsable de la santé du district, ont mené à une bonne compréhension des besoins concernant la SSR de la population cible.

Matériel du programme

Africare s'est servi des résultats de l'évaluation des besoins afin de créer de nombreux supports pédagogiques destinés aux clubs AIDS Action, y compris des manuels de formation, des dépliants et des affiches. La conception, le développement et la distribution des manuels de formation ont pris à peu près quatre mois. En préparant ces matériels pédagogiques, Africare a consulté de nombreuses organisations qui participent à l'éducation par les pairs et aux projets destinés à la jeunesse.

Les jeunes ont participé à la conception et la production d'autres matériels. Les responsables d'information, éducation et communication du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant ont corrigé ces matériels pédagogiques avant leur production et diffusion.

Tous les matériels ont été développés de sorte que les sujets dont ils traitent sont pertinents et il y a une suite, progression et continuité des messages. Tous les matériels pédagogiques sont écrits en anglais.

Matériel de formation du personnel

Le matériel de formation du personnel sert à former les parrains, les marraines et les éducateurs pairs. Le *Child Sexual Abuse Manual* est employé pour former les directeurs d'école et les enseignants sur l'identification des enfants qui souffrent de l'abus.

Le HIV/AIDS Education and Communication Manual

The *HIV/AIDS Education and Communication Manual* (manuel d'éducation et communication sur le VIH/SIDA) donne les étapes à suivre et les directives relatives à la formation des adolescents en éducation par les pairs. Le manuel aborde les thèmes suivants :

- Qu'est-ce que le VIH/SIDA ?
- Est-ce que le VIH/SIDA existe ?
- Croyances relatives au VIH/SIDA.
- Comment le VIH/SIDA est-il transmis ?
- Les MST.
- Signes et symptômes du VIH et du SIDA.
- Tests du VIH.
- Prévention du VIH.
- Aspects culturels du sexe et du mariage.

Le manuel aborde aussi l'impact du VIH/SIDA aux niveaux individuel, familial et communautaire, et il enseigne les compétences en counselling et communication.

Le manuel montre aussi comment utiliser de différentes méthodes (pièces de théâtre, jeux de rôles, discussions de groupe) pour enseigner le VIH/SIDA. Bien que le manuel ne cible des tranches d'âge variées, on peut l'adapter au groupe cible. Les messages du programme sont cohérents et sont centrés sur l'abstinence et le sexe à moindre risque.

Des exemplaires de ce manuel sont disponibles. Voir la partie D de ce chapitre (« Matériel pédagogique »).

Les tantines qui enseignaient autrefois nos enfants ne sont plus. En tant que mère, je ne peux pas enseigner le sexe à mon enfant. C'est tabou. De plus, je ne me fie plus à la tante, et je ne veux plus qu'elle fasse cours à mon enfant.

Parent

Le Child Sexual Abuse Manual

Le *Child Sexual Abuse Manual* (manuel sur l'abus sexuel des enfants) est un guide qui explique comment aborder les problèmes liés à l'abus sexuel des enfants. Il traite du counselling et montre comment identifier un(e) enfant abusé(e) et comment la famille peut réagir à l'abus sexuel ; il couvre aussi la stratégie de traitement et la thérapie. Pour de plus amples renseignements, veuillez lire l'annexe 4 de ce chapitre.

Des exemplaires de ce manuel sont disponibles. (Voir la partie D de ce chapitre, « Matériel pédagogique ».)

Le Community Business Manual

Le *Community Business Manual* (manuel sur le développement communautaire) présente une brève description de la gestion d'un projet qui génère les revenus. Les parrains et ceux et celles qui participent aux projets de génération de revenus s'en servent.

Le manuel est divisé en chapitres qui traitent de : comment inventer une idée et déterminer sa faisabilité, l'organisation commerciale, la production et l'opération, le marketing et diffusion, les finances et comptabilité et le maintien d'une entreprise communautaire en croissance.

Pour d'autres informations, voir l'annexe 4 de ce chapitre. Des exemplaires de ce manuel sont disponibles (voir la partie D de ce chapitre, « Matériel pédagogique »).

Matériel supplémentaire

Affiches et dépliants

Africare a créé des dépliants et affiches en anglais et dans les langues locales, pour que le plus grand nombre de communautés puisse comprendre ces textes. La création de chaque affiche ou dépliant prend entre deux et trois mois. On discute d'abord du message auprès des enfants ; le message est ensuite peaufiné, corrigé et imprimé.

Affiches et dépliants utilisés dans les clubs. Les affiches qui sont utilisées dans les clubs expliquent les abréviations *VIH* et *SIDA*. Elles expliquent aussi le système immunitaire, comment le VIH l'abîme et les sortes de maladies qui peuvent être causées par ces problèmes.

Affiches et dépliants utilisés dans la communauté. Les affiches promeuvent la conscience du VIH/SIDA et encouragent les adultes à créer un environnement qui est accueillant aux jeunes et qui favorise le dialogue. Elles sont affichées dans les écoles, les salles communautaires et les magasins. Un dépliant intitulé « Africare » décrit les activités, la mission et les projets de cette organisation.

Tous ces matériels sont disponibles. Veuillez voir la partie D de ce chapitre (« Matériel pédagogique »).

Choix et formation du personnel

Éducateurs pairs

- Les jeunes adhèrent aux clubs de leur plein gré. Un club a, en moyenne, 30 membres.
- Les parrains et marraines forment les éducateurs pairs au cours d'une semaine, en utilisant les mêmes méthodes et matériels pédagogiques qui sont utilisés lors de leur propre formation.

- Ils apprennent les compétences nécessaires à la croissance et au développement sains, ce qui est essentiel. Ils apprennent aussi des compétences qui les aident à communiquer avec leurs pairs et à leur donner des informations sur le VIH/SIDA.
- À la fin de la séance de formation, on donne aux participants un projet de travail communautaire qui leur permet d'essayer ce qu'ils ont appris.
- Des séances de recyclage trimestrielles sont conduites par la responsable du projet Africare ; elle est aidée par les parrains et marraines.

Parrains et marraines

- Les parrains et marraines sont des enseignants qui travaillent bénévolement. Ils sont formés par des professionnels d'Africare. Il y a un parrain et une marraine dans chaque club.
- Les parrains et marraines reçoivent une formation d'une durée de cinq jours sur :
 - l'éducation par les pairs, qui couvre des informations sur le VIH/SIDA et comment développer les habiletés fondamentales des jeunes ;
 - comment diriger un club AIDS Action ; et
 - la gestion des projets.
- Les parrains et marraines reçoivent eux aussi une formation de cinq jours, menée par des professionnels d'Africare, sur les compétences en counselling, ce qui leur permet d'aborder tous les problèmes auxquels les jeunes font face, en particulier l'abus sexuel.
- Tous les trois mois, les parrains et marraines suivent des cours de recyclage, qui prennent trois jours ; ces cours sont enseignés par des responsables d'Africare.

Directeurs d'école

- Les directeurs suivent un cours de counselling qui est enseigné par la responsable du projet Africare ; le cours prend 10 jours.
- Ils apprennent aussi des informations de base sur le VIH/SIDA ; cette formation est donnée par la responsable du projet Africare.

Représentants parents

- Les représentants parents sont choisis lors des réunions de la School Development Association (association de développement scolaire). Le choix est fait selon l'intérêt que le parent porte aux problèmes de VIH/SIDA et sa capacité de comprendre les problèmes.
- Les parents représentants suivent un cours de counselling qui prend trois jours. Cette formation, qui est offerte par Africare, aborde la communication entre parent et enfant.

Mise en œuvre du programme

Organiser un club AIDS Action

- On conduit une évaluation des besoins pour déterminer les besoins de la communauté en ce qui concerne la prévention du VIH/SIDA. Les connaissances,

les attitudes et les pratiques relatives au VIH/SIDA sont étudiées. On analyse aussi d'autres organisations qui exécutent des programmes de prévention du VIH/SIDA, en vue de trouver des possibilités de collaboration.

- L'équipe Africare parle aux responsables du Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture au niveau provincial et du district, pour expliquer le programme qui est proposé et pour obtenir leur soutien. L'équipe présente les résultats de l'évaluation des besoins aux responsables du ministère.
- Des réunions de sensibilisation sont conduites avec les directeurs d'école, les enseignants, les leaders communautaires et les parents.
- Africare prend contact avec les écoles. Les clubs sont organisés dans les écoles qui veulent participer au programme.
- Dans les écoles qui participent au programme, on forme un comité qui est composé de parrains et marraines, enfants (deux filles et deux garçons, choisis selon leur compréhension des problèmes liés au VIH/SIDA et leurs qualités de leadership) et un représentant parent. Le rôle du comité est de coordonner les activités du club, organiser et exécuter des activités de sensibilisation au VIH/SIDA dans les écoles et la communauté, promouvoir la création des réseaux de contacts avec les membres de la communauté, et la gestion des projets qui génèrent des revenus. Le comité tient aussi des réunions pour évaluer le progrès qui a été fait par le club et pour encourager la participation à l'identification des problèmes, et la résolution de ces problèmes.
- Les enseignants reçoivent une formation comme parrains et marraines, et les membres du club sont formés comme éducateurs pairs (voir ci-dessus).
- La responsable du projet Africare du district est en contact proche avec les parrains, marraines et jeunes.

Mise en œuvre d'un projet de génération de revenus

- On conduit un atelier avec les membres du club pour découvrir l'intérêt qu'ils portent aux projets de génération de revenus, et pour trouver les projets auxquels ils aimeraient participer.
- Une enquête du marché est conduite pour évaluer le potentiel des projets.
- Les jeunes choisissent les projets auxquels ils s'intéressent.
- Les membres du club forment un comité pour surveiller la gestion des projets. Le comité est constitué des individus suivants : la responsable du projet Africare et les membres du club (président, trésorier/ère, secrétaire, président adjoint, trois membres du comité, pour contribuer à un sentiment d'appartenance au programme). Chaque projet a un sous-comité qui se réunit une fois par mois avec le comité principal pour faire un rapport sur les activités.
- Avec le soutien de la responsable du projet Africare, les jeunes préparent une constitution. La constitution décrit les rôles des membres du comité et explique comment diriger les projets et utiliser l'argent ; elle donne aussi les procédures disciplinaires.
- Les jeunes apprennent la gestion des projets.
- Le comité planifie l'utilisation des fonds qui sont reçus des projets de génération de revenus.

Ressources du programme

Les jeunes d'aujourd'hui ne respectent pas les anciens. Ils pensent que nous ne savons rien.

Ancien du village

L'organisation dispose de nombreuses vidéocassettes et affiches, ainsi qu'un bulletin. La responsable du projet conserve ces supports pédagogiques, qui sont gardés également dans les bureaux d'Africare. Ils sont distribués aux clubs sur demande. D'autres matériels proviennent de la clinique de santé du gouvernement local, du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant, et d'autres organisations qui créent de tels supports pédagogiques.

Plaidoyer

Gouvernement

Avant le début du programme en 1999, des réunions consultatives ont été tenues avec des agences gouvernementales, y compris le Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture ; le Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant ; et le Ministère du Service public, du travail et de la protection sociale. Ils ont décidé de donner leur appui à Africare, ce qui aide à légitimer le programme aux yeux de la communauté. De plus, ils autorisent l'utilisation des écoles et lieux communautaires pour les réunions des clubs, les discussions et les événements du programme ; ils permettent aussi aux enseignants de consacrer un peu de leur temps à ces activités. Le Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant donne du soutien supplémentaire par le biais des cliniques, et il participe à la distribution des matériels pédagogiques et autres provisions.

Au niveau du district, des réunions régulières sont tenues avec le District AIDS Action Committee (DAAC – comité AIDS Action du district), le District Education Office (DEO – bureau d'éducation du district) et le District Social Welfare Office (bureau du bien-être social du district), qui collaborent tous avec Africare. Ces réunions les tiennent au courant du programme d'Africare.

Communauté

On a consulté les leaders et parents de la communauté en profondeur lors du développement du contenu du programme. Il y a aussi des comités qui représentent la communauté, les parents, l'école et les jeunes. Cela assure que ce qui se passe dans le programme correspond à leurs opinions. Les comités tiennent des réunions entre trois et quatre fois par an, selon la disponibilité.

On reconnaît aussi que la viabilité du programme dépend de l'appui du leadership scolaire. Des réunions régulières sont donc tenues avec les directeurs des écoles pour discuter des activités du club et pour écouter les points de vue des directeurs.

Rapport financier

Jusqu'ici, 25 200 enfants scolarisés et 10 000 enfants déscolarisés ont été ciblés. En moyenne, 1 200 élèves par école ont reçu la formation en vue de devenir éducateurs pairs.

Pendant sa première année, le programme a reçu 537 000 \$US de la part de la Bill and Melinda Gates Foundation, et il a reçu 89 090 \$US de la part de Kodak pendant la deuxième année. De ces fonds, 50 000 dollars du Zimbabwe sont utilisés pour huit projets de génération de fonds hors du milieu scolaire (400 000 dollars du Zimbabwe).

Une analyse des fonds n'était pas disponible, mais les fonds sont utilisés principalement aux fins de la formation, du développement des supports pédagogiques, de l'assistance technique et des salaires. Le coût estimé par enfant s'élève à 8,89 \$US par an. (Pour arriver à cette estimation, il faut ajouter 537 000 \$US à 89 090 \$US et diviser le total par 35 200 – le nombre d'enfants que le programme a aidés – et ensuite diviser ce total par 2, le nombre d'années que le programme fonctionne.)

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Responsable du programme

Temps

Les éducateurs pairs n'ont pas assez de temps pour faire leur travail ou parler de tous leurs problèmes. À cause du fait que la plupart des écoles du programme se trouvent dans des zones rurales, les jeunes passent la plupart de leur temps à faire des travaux ménagers, à travailler à l'extérieur de la maison et à faire la navette entre l'école et la maison ; les séances sont donc étalées sur de longues périodes.

Enseignants

Il faut maintenir l'intérêt des enseignants envers les initiatives, ainsi que leur soutien. Il serait souhaitable que le Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture fasse de sorte que l'éducation sur le VIH/SIDA soit obligatoire en milieu scolaire (avec des

examens pour évaluer les connaissances des étudiants) – et que le ministère donne des ressources afin de soutenir les enseignants.

Suivi et évaluation

Il est important que le programme s'adapte selon les besoins du groupe cible. La responsable du projet Africare conduit des évaluations des besoins grâce aux contacts réguliers avec d'autres responsables du programme, avec la communauté générale et avec le DAAC. Mais le programme bénéficierait d'un suivi et d'une évaluation scientifiques.

Autonomiser les enfants

Grâce à l'éducation par les pairs, les jeunes apprennent les compétences en leadership, la responsabilité et la communication interpersonnelle. Il est important que les éducateurs pairs mettent en pratique ce qu'ils prêchent, mais cela n'arrive pas toujours. Il faut résoudre ce problème.

Utilisation du préservatif

Malgré le fait que les jeunes scolarisés ont déjà un comportement sexuel à risque, les écoles, les parents et le Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture ont pris la décision d'exclure la promotion du préservatif de leur politique. Ils croyaient que c'était inacceptable du point de vue moral et qu'il s'agissait d'un signe de permissivité. Il faut changer les attitudes des gens envers l'utilisation du préservatif.

Viabilité

Pour maintenir les initiatives, il faut que le plaidoyer soit plus fort en ce qui concerne le soutien et la participation des intéressés et de la communauté. De plus, tous ces groupes doivent participer à l'organisation et exécution du programme, si le programme sera maintenu.

Participation des jeunes

Il faut que les jeunes participent au développement du programme parce qu'ils répondent mieux aux problèmes quand ils ont un sentiment d'appartenance, mieux qu'aux problèmes qui leur sont imposés. Il faut également mettre l'accent sur le développement des compétences et l'autonomisation ; cela a plus de chances d'encourager des attitudes et comportements positifs. Il est important de cibler les filles de manière sensible ; et il est nécessaire d'encourager leur participation.

Cibler les jeunes enfants

Il faut cibler l'enfant le plus tôt possible parce que les jeunes enfants sont les plus enthousiastes et ouverts.

Matériel

Les écoles et la communauté demandent beaucoup de matériel pédagogique sur la SSR. D'autres ONG pourraient fournir ce matériel.

Orphelins

Il y a plus d'orphelins et de ménages qui sont tenus par des enfants. Le programme doit créer des réseaux de contacts avec le gouvernement et avec les ONG qui s'occupent des orphelins, pour envoyer les orphelins du club à ces organisations.

Pauvreté

La situation politique instable mène à la croissance du taux de pauvreté, ce qui mène à son tour à la propagation du VIH. L'environnement économique difficile que le pays est en train d'éprouver rend la recherche de marchés difficile pour les jeunes qui essaient de vendre leurs biens et services. Il faut donc renforcer les projets de génération de revenus.

Éducateurs pairs

- Les enseignants ont besoin d'améliorer leurs compétences en counselling.
- Pour améliorer leurs relations personnelles, les parents ont besoin d'une formation qui porte sur la communication entre parents et enfants.
- Il faut former les cliniques pour qu'elles puissent être encourageantes et adaptées aux jeunes. Cela est particulièrement important pour les cliniques qui soignent les enfants qui sont victimes d'abus sexuel, et qui cherchent de l'aide et des conseils.
- Il faut que les préservatifs soient plus accessibles.
- Il faut faire plus d'effort en ce qui concerne le soutien et la sensibilisation des écoles, des parents et de la communauté vis à vis des enfant(e)s abusé(e)s. Par exemple, un service d'assistance téléphonique pourrait être mis en place, ou l'on pourrait mieux former le personnel sur les problèmes liés à l'abus.
- Il faut trouver de meilleurs manageurs, qui ont de l'expérience relative aux affaires, pour que les projets de génération de revenus puissent réussir.

Évaluation

Vers la fin de l'an 2000, un consultant indépendant a conduit une évaluation pour déterminer si Africare avait atteint ses objectifs, si le programme avait eu un effet et si les résultats relatifs à la santé avaient été améliorés. Le personnel d'Africare, les membres de la communauté, les directeurs d'école et les enseignants et les jeunes ont participé à des groupes de discussion, ou bien on leur a donné des questionnaires à remplir.

L'évaluation a trouvé que les clubs ont eu un effet positif. Les résultats ont montré que, bien que les problèmes qui avaient été identifiés lors de l'évaluation des besoins (prostitution, grossesse non désirée, abus de drogues, IST, pauvreté et chômage) fussent toujours présents, ces problèmes étaient pires avant l'existence des clubs ; et les clubs étaient directement responsables de ce changement. Grâce aux clubs, les jeunes exhibaient un comportement plus sain. Pour de plus amples détails, veuillez voir l'annexe 5 de ce chapitre.

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
--	-------------------	--------------------	---------------------

1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	Les ateliers consultatifs de la jeunesse sont un élément essentiel du programme ; les jeunes participent aussi au comité qui dirige les clubs. Les jeunes participent à la plupart des aspects du programme, tels que l'éducation par les pairs, les jeux de rôles, les pièces de théâtre et l'organisation du programme.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	Atteint en partie	Les messages ciblent maintenant tous les individus de la tranche d'âge des 10 à 24 ans. Il faut donc produire des matériels pédagogiques pour les élèves d'école primaire, qui ont des besoins qui sont différents de ceux des jeunes d'école secondaire ou des jeunes déscolarisés.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	Atteint en partie	Le programme enseigne de nouvelles compétences de prévention aux enfants : l'affirmation de soi et la communication. Il les autonomise du point de vue économique par des projets de génération de revenus.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	La participation de la communauté au programme assure que les valeurs sociales sont maintenues.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	✓	Une évaluation des besoins a été conduite avant la création du programme. De plus, avant de produire les matériels pédagogiques, on a conduit un atelier pour créer des messages.
6	Conduit une formation continue aux professeurs et aux autres fournisseurs de service.	✓	Les enseignants qui deviennent parrains et marraines reçoivent une formation en éducation par les pairs et en counselling. Des cours de recyclage sont offerts tous les trois mois pour assurer que les enseignants soient tenus au courant des plus récents développements relatifs au VIH/SIDA.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces	✓	Le programme utilise une grande variété d'activités, y compris des pièces, jeux de rôles et exposés, ainsi que

	activités et stratégies sont participatives.		l'éducation par les pairs.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	La communauté participe à l'organisation et au développement du programme. On reste en contact proche avec la communauté pour assurer que le programme continuera à être accepté et viable, même après le retrait du soutien des donateurs.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	Atteint en partie	Le matériel pédagogique n'est pas adapté à l'âge ; le message n'est donc pas plus complexe selon le niveau de développement des jeunes. Mais tous les messages encouragent l'abstinence, ce qui indique une continuité.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	Non applicable	Bien que les clubs ne fassent pas partie du curriculum scolaire, ils ont été organisés pour atteindre autant de jeunes que possible dans un contexte approprié.
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	✓	Le programme existe depuis trois ans et sera prolongé pendant encore deux ans. Cela suffira probablement pour atteindre les objectifs.
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	Non applicable	Les clubs AIDS Action utilisent le programme d'habiletés fondamentales qui a été mis en œuvre par le Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture.
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	Avant de produire les matériels pédagogiques, Africare les a fait circuler parmi les experts du Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture et du Ministère de la Santé, pour vérifier que les messages étaient corrects, appropriés et cohérents.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	Africare a tenu de nombreux ateliers avec des leaders gouvernementaux, politiques et communautaires pour assurer que ces derniers comprennent le programme et donnent leur approbation. Des activités de plaidoyer continuent grâce aux réunions trimestrielles qui sont tenues avec les leaders communautaires.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un	Atteint en partie	Le programme essaie de faire participer tout le monde.

	élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.		
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	Atteint en partie	Les activités de suivi sont conduites une fois par mois. Une évaluation du programme a été conduite en février 2002.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

Africare est une organisation privée à but non lucratif qui vise à améliorer la qualité de vie de l'Afrique rurale par le développement des ressources en eau, de l'alimentation, de la santé et du secteur privé.

Des informations supplémentaires sont disponibles en faisant une demande auprès de :

Mrs. Ruth Mufute
Country representative
Africare
P.O. Box 308
4A Hugh Fraser Drive
Harare, Zimbabwe
Tél./Télécopie : (263-4)-481093 ou 498108 ou 496453
Courrier électronique : Africare@mweb.co.zw

Collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été préparé par Ms. Evelyn Serima, consultante au rapport, et par Mr. Sunday Manyenya, assistant de recherche.

Il a été dirigé par Mr. Ebrahim Jassat, responsable local de la Banque Mondiale, et par Mr. Jumbe, directeur du programme, Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture.

Version anglaise éditée par Helen Baños Smith.

Nous sommes reconnaissants de l'appui des membres suivants d'Africare, qui ont fourni une bonne partie des informations qui apparaissent dans ce rapport :

Mrs. Ruth Mufute – Représentante du pays, Africare

Ms. C.D. Chipere – Coordonnatrice du programme VIH/SIDA

Matériel pédagogique

Child Sexual Abuse Manual (manuel sur l'abus sexuel des enfants)

(Numéro de commande : Africare01)

Community Business Manual (manuel sur le développement communautaire)

(Numéro de commande : Africare02)

« Baseline Survey » (enquête de base)

(Numéro de commande : Africare03)

« Final Evaluation Report » (rapport d'évaluation final)

(Numéro de commande : Africare04)

Dépliant sur Africare Zimbabwe

(Numéro de commande : Africare05)

Bulletin sur la santé reproductive des adolescents

(Numéro de commande : Africare06)

Affiche : « Empowering Youth to Celebrate Life » (autonomiser la jeunesse à célébrer la vie)

(Numéro de commande : Africare07)

Affiche : « Equal Opportunities » (égalité des chances)

(Numéro de commande : Africare08)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL

Rôle du personnel principal du programme

Coordonnatrice du programme VIH/SIDA

Elle coordonne le programme au niveau national et donne du soutien technique à la responsable du projet, aux directeurs d'école et aux parrains et marraines.

Responsable du projet

- Coordonne le programme au niveau du district,
- Donne du soutien technique aux parrains et marraines pour la direction des clubs AIDS Action,
- Forme les directeurs d'école, les parrains et les marraines en counselling,
- Forme les parrains et marraines comme instructeurs des éducateurs pairs,
- Conduit des stages de recyclage pour les parrains et marraines,
- Soutient les jeunes déscolarisés dans la gestion des projets de génération de revenus,
- Lance des activités d'établissement de réseaux de contacts avec les autres ONG.

Directeurs d'école

- Jouent le rôle de conseillers aux clubs AIDS Action
- Promeuvent les clubs AIDS Action aux activités d'« outreach » communautaires

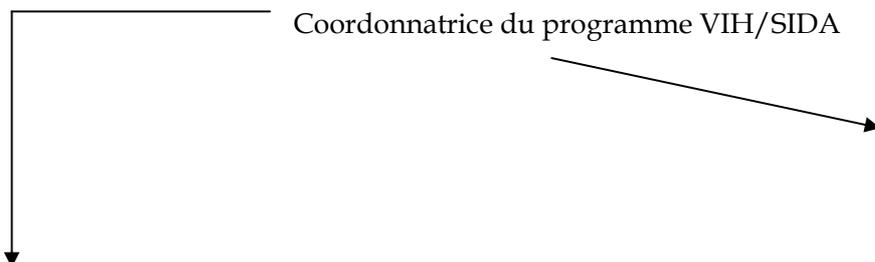
Parrains et marraines

- Forment les membres du club AIDS Action comme éducateurs pairs,
- Assurent que les membres du club se réunissent hebdomadairement,
- Assurent la bonne conduite des projets de génération de revenus,
- Participent aux activités du comité des parents, jeunes, et parrains et marraines.

Éducateurs pairs

- Sont responsables de la gestion quotidienne des clubs,
- Offrent des séances d'éducation par les pairs aux autres jeunes,
- Servent de modèles à leurs pairs.

Représentant du pays (Africare)



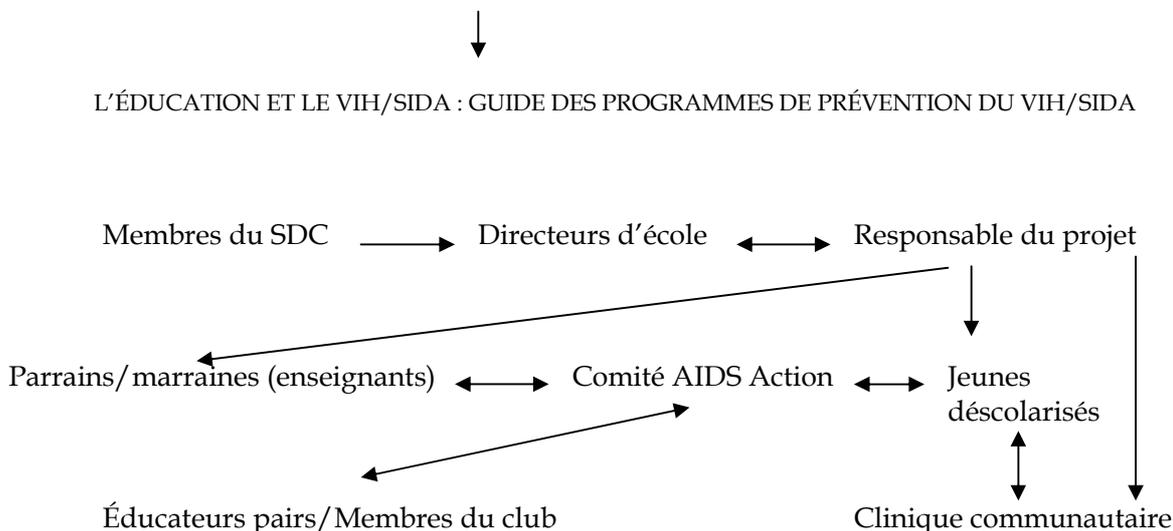


Figure A.1. ONG : Bureaux d'éducation aux niveaux régional et du district

ANNEXE 2. STATISTIQUES SUR LE PERSONNEL

	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein/payé	1	Coordonnatrice du programme	F
	1	Responsable du programme	F
Personnel bénévole, hormis les éducateurs pairs (avec allocations/indemnités)	52	Parrains/marraines	26 H 26 F

ANNEXE 3. ÉVALUATION DES BESOINS

Veillez prendre note que, puisque les échantillons étaient petits, il est difficile de tirer des conclusions définitives.

Activité	École secondaire		Déscolarisé(e)	
	Nombre	%	Nombre	%
Au centre de jeunesse	9	10,1	5	6,8
Lecture des romans	47	52,2	-	-
Sortir avec les amis	19	22,1	6	-
Points de croissance	-	-	15	20,3
Rien	-	-	24	32,4
Travail	-	-	14	18,9

Autre	14	15,6	190	13,5
Total	89	100	254	100

Tableau 1. Activités des jeunes pendant leur temps libre

Avez-vous jamais eu des rapports sexuels ?	École secondaire		Déscolarisé(e)	
	Nombre	%	Nombre	%
Oui	11	12,4	47	63,5
Non	78	87,6	27	36,5
Total	89	100	74	100

Tableau 2. Expériences sexuelles

Tranche d'âge (ans)	Catégorie			
	École secondaire		Déscolarisé(e)	
	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 10	5	50	0	0
11 à 15	3	30	5	11
16 à 19	2	20	25	54
20 et plus	-	-	16	35
Total	10	100	46	100

Tableau 3. Âge lors des premiers rapports sexuels

	Catégorie			
	École secondaire		Déscolarisé(e)	
	Nombre	%	Nombre	%
Oui	4	40	30	63,8
Non	3	30	5	10,6
Cela est arrivé spontanément.	3	30	12	25,5
Total	10	100	47	100

Tableau 4. Est-ce que vous discutez du sexe avant de passer à l'acte sexuel ?

Raison	Catégorie			
	École secondaire		Déscolarisé(e)	
	Nombre	%	Nombre	%
Forcé(e)	1	10	-	-
Expérimentation	7	70	10	21,3
Cela est arrivé spontanément.	1	10	10	21,3
Plaisir	1	10	4	8,5
Démonstration d'amour	-	-	11	23,4
Désir d'avoir un enfant	-	-	12	25,5
Total	10	100	47	100

Tableau 5. Raisons données pour avoir des rapports sexuels

	École primaire	École secondaire	Déscolarisé(e)
--	----------------	------------------	----------------

Oui	97,8	100	100
Non	2,2	-	-
Total	100	100	100

Tableau 6. Avez-vous jamais entendu parler du VIH/SIDA ? (%)

	Catégorie					
	École primaire		École secondaire		Déscolarisé(e)	
Personne	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Ami(e)s	24	52,2	41	46	39	54,2
Grand-parent/ oncle/ tante	9	19,6	-	-	6	8,3
Parent (Mère/père)	2	4,3	5	6	3	4,2
Enseignant	-	-	16	18	8	11,1
Éducateur pair	-	-	14	16	-	-
Travailleur de santé	-	-	12	14	7	9,7
Conjoint(e)/ partenaire	-	-	-	-	6	8,3
Autre	11	23,9	1	1	3	4,2
Total	46	100	89	100	72	100

Tableau 7. Personne avec qui le/la sondé(e) préfère parler de la sexualité

	Répartition en pourcentage (rang)
Enseignant	33,0
Tante/oncle	27,0
Parent (Mère/père)	20,2
Grand-parent	18,0

Tableau 8. Opinion des élèves d'école secondaire à propos de l'individu qui devrait conseiller les jeunes

	Répartition en pourcentage	
	École secondaire	Déscolarisé(e)
Éducation sexuelle	41,3	32,4
Counselling	15,0	-
Projets	31,3	62,2
Installations de récréation	6,3	6,8
Ateliers	-	12,2
Autre	6,3	8,1

Tableau 9. Façons d'aborder les problèmes de la jeunesse

ANNEXE 4. MATÉRIEL DU PROGRAMME

Child Sexual Abuse Manual (manuel sur l'abus sexuel des enfants)

Chapitre 1. Informations contextuelles

- Définitions de l'abus sexuel
- Étendue de l'abus des enfants
- Facteurs associés à l'abus des enfants
- Indicateurs de l'abus sexuel
- Médiateurs liés aux effets de l'abus sexuel
- La réponse de la famille à l'abus sexuel
- Le contexte environnemental de l'enfant
- Approche multisectorielle à l'abus des enfants

Chapitre 2. Compétences en counselling et stratégies de traitement

- Comment les enfants communiquent
- Comment les enfants communiquent à propos de l'abus sexuel
- Structurer l'environnement de counselling
- Compétences en interrogation
- Obstacles rencontrés lors des entrevues avec les enfants
- Compétences en counselling
- Modèle de counselling
- Thérapie par le jeu
- Utilisation de la salle de jeux
- Utilisation des questions
- Évaluation par rapport au counselling
- Travailler avec la famille
- Travailler avec les groupes
- Prévenir la revictimisation de l'enfant(e)

Chapitre 3. Problèmes du/de la thérapeute

- Épuisement total
- Écouter les histoires d'abus
- Les effets des attitudes et valeurs

The Community Business Manual (manuel sur le développement communautaire)

Chapitre 1. Introduction

Chapitre 2. Élaboration d'un plan

- Création d'une idée
- Évaluation d'une idée
- Étude de marché
- Inventaire des ressources
- Choisir l'entreprise/le produit
- Demander de l'aide auprès d'Africare

Chapitre 3. Structure organisationnelle

- Définitions de structure organisationnelle

Chapitre 4. Production et opérations

- Étapes pour créer un plan d'opération
- Améliorer la production et les opérations

Chapitre 5. Marketing

- Étudier le marché
- Définir le marché
- Les « quatre P » : produit, prix, placement, promotion
- Clients
- Compétition
- Distribution/ plan de vente
- Publicité : publicité orale, imprimée, événements/spectacles

Chapitre 6. Finances et comptabilité

- Finances
- Planning et comptabilité
- Livres : acquits, commandes, liquide, achats, ventes, débiteurs, créanciers, stocks, actifs

Chapitre 7. Maintenir et développer votre entreprise communautaire

- Prendre des décisions à l'aide des livres de comptabilité
- Comprendre les coûts fixes et variables de votre produit
- Concepts importants à la gestion de votre entreprise en croissance
- Prendre des décisions sur l'utilisation de vos profits
- Rembourser le prêt Africare
- Développer votre entreprise
- Réinvestir votre argent dans votre communauté et dans les clubs AIDS Action

Chapitre 8. Prendre contact avec Africare

ANNEXE 5. ÉVALUATION DU PROGRAMME

Les modifications principales étaient :

- Moins de reniement et plus de discussion à propos des sujets liés au VIH/SIDA ; beaucoup de participation communautaire aux événements du club.
- Nombre croissant de jeunes qui cherchent des informations auprès des membres des clubs AIDS Action.
- Nombre croissant de jeunes envoyés à d'autres fournisseurs de services, y compris les services adaptés aux jeunes.

- Réduction du nombre de partenaires sexuels, pour les garçons aussi bien que pour les filles.
- Abstinence et retard des premiers rapports sexuels.
- Moins de couples composés de garçons d'école secondaire et filles d'école primaire.
- Les enseignants ont remarqué que le taux de mariage précoce est en baisse ; ce taux était élevé chez les filles d'école secondaire.
- Baisse du taux de grossesse adolescente.
- Une école secondaire a fait état de son plus haut taux de conservation des filles après les deux premiers ans d'éducation ; ce résultat est attribué exclusivement aux activités du club AIDS Action.
- Au niveau individuel, les jeunes qui participent aux clubs AIDS Action sont devenus plus confiants et assurés, en même temps que leurs connaissances relatives à la SSR et leur interaction avec la communauté ont augmenté.
- Un soutien accru de la part des parents et leaders, sous la forme de louanges, donations (par exemple, de terrains), et l'approbation des activités liées aux clubs AIDS Action.
- Traitement plus compatissant des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Solidarité communautaire renforcé : L'influence sociale aidera éventuellement à créer de nouvelles normes, en décourageant le comportement qui augmente le risque de l'infection par le VIH.

Résumé du programme

Midlands AIDS Service Organisation (MASO) : Projet d'initiative Youth Alive (« jeunesse vivante »)

La Midlands Aids Service Organisation (MASO), une organisation non gouvernementale (ONG) zimbabwéenne, a créé le Youth Alive Initiative Project en 1996. Ce programme cible les jeunes âgés de 10 à 24 ans, scolarisés et déscolarisés, dans les zones urbaines et rurales de la province des Midlands du Zimbabwe. Il vise à encourager les pratiques sexuelles à moindre risque chez les jeunes, à réduire le taux de VIH/SIDA dans la population générale et à promouvoir un mode de vie positif chez les gens qui ont été infectés ou touchés par cette maladie.

Pour atteindre ces objectifs, les enseignants bénévoles reçoivent une formation qui les prépare à diriger les clubs de jeunesse. Les jeunes adhèrent de leur plein gré aux clubs. Ceux et celles qui participent aux clubs sont formé(e)s par les enseignants dans deux domaines : l'éducation par les pairs et les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Ces jeunes diffusent ensuite les informations à leurs pairs pour encourager le développement des habiletés fondamentales, de la communication et de la modification du comportement. Cette diffusion a lieu par le biais du counselling individuel, et lors des activités d'« outreach » (recherche des individus qui bénéficieraient du soutien). Ces activités comportent des spectacles pour les jeunes et pour les autres membres de la communauté. Les clubs et les activités d'« outreach » mettent l'accent sur l'abstinence.

De plus, les enseignants et les éducateurs pairs sont formés pour donner des conseils relatifs à l'abus des enfants ; ils ont donc les compétences nécessaires pour répondre aux besoins et aux problèmes des enfants.

Le programme a créé de nombreux manuels et matériels pédagogiques que l'on peut obtenir auprès des bureaux de la MASO (Voir la partie D, « Matériel pédagogique »).

Jusqu'ici, plus de 10 000 jeunes et 1 000 adultes ont bénéficié du programme, au coût approximatif de 71 \$US par jeune par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 11 en entier et 3 en partie ; 2 des indicateurs n'étaient pas applicables.

Midlands AIDS Service Organisation (MASO) : Projet d'initiative Youth Alive (« jeunesse vivante »)

PARTIE A : DESCRIPTION DU PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

Une enquête de prévalence, qui a été conduite en 2000 par le Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant a révélé que 27,8 % des jeunes de la tranche d'âge des 15 à 19 ans étaient séropositifs. Ce taux élevé a convaincu la Midlands AIDS Service Organisation (MASO) qu'il fallait créer un programme pour combattre la propagation du VIH chez les jeunes.

En développant le programme, les deux sources principales d'informations ont été utilisées. On a utilisé d'abord les résultats d'une évaluation des besoins qui avait été conduite par l'UNICEF en 1996 (voir « Évaluation des besoins », dans ce chapitre). Ensuite, la MASO a emprunté des idées à une initiative qui avait été créée par son organisation sœur, le Matebeleland AIDS Council, dans le district de Bulawayo.

Le programme a choisi de concentrer ses efforts ainsi parce qu'il croit que l'amélioration des habiletés fondamentales permet aux jeunes de développer les compétences nécessaires pour éviter des situations à haut risque ; et ils sont autonomisés lorsqu'ils acquièrent les compétences pour négocier le sexe à moindre risque.

Responsable du programme

Avant de commencer le programme, des réunions consultatives ont été tenues avec des fonctionnaires du Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture et du Ministère du Service public, du travail et de la protection sociale. Ils étaient tous d'accord pour dire que le programme serait utile pour mettre un frein à l'épidémie du VIH/SIDA dans les écoles. Des réunions ont aussi été tenues avec les parents, les membres de la communauté, les enseignants et les jeunes pour expliquer l'idée derrière les activités du programme et pour en permettre la discussion avant de les mettre en œuvre.

Le programme a commencé en 1996 par l'établissement des clubs dans 12 écoles primaires du district de Gweru. Dix neuf écoles primaires et 10 écoles secondaires ont été ajoutées en 1997 ; en 2000, le programme a été étendu au district de Kwekwe, avec le recrutement de 20 écoles primaires et 11 écoles secondaires.

Des enfants scolarisés et déscolarisés peuvent assister aux clubs. De nombreuses activités ont lieu dans les clubs : l'éducation par les pairs, les quiz, les poèmes, les pièces de théâtre, les chansons, la danse, les préparatifs de l'« outreach » communautaire et la création du bulletin. Selon cette approche, les membres des clubs seront formés comme éducateurs pairs pour diffuser des connaissances sur le VIH/SIDA et des messages relatifs au changement du comportement à la communauté générale et, en particulier, à leurs pairs.

Une agence externe consultative a conduit une évaluation en 1997, et une évaluation complémentaire a été conduite par la MASO en 1999. Ces évaluations ont étudié la pertinence, l'efficacité, l'impact et la viabilité du projet ; les résultats ont été généralement positifs. Mais, puisqu'il n'y a pas eu d'enquête de base, il est difficile de mesurer l'efficacité du programme avec précision.

La MASO a l'intention d'amplifier le programme pour établir des clubs dans d'autres districts, si l'on continue à recevoir le financement.

<p>1995</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financement reçu de la part de la NORAD (Norwegian Agency for Development Cooperation) • Commencement du recrutement du personnel du projet • Négociations avec le Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture, et avec les membres de la communauté
--------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Permission accordée à la MASO pour travailler dans les écoles
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des besoins conduite par l'UNICEF • La MASO étudie la documentation disponible • Ateliers de sensibilisation au niveau provincial pour les fonctionnaires du Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture • Conception du programme • Formation des enseignants comme leaders de la jeunesse • Premiers Youth Alive Initiative Clubs établis dans 12 écoles primaires
1997	<ul style="list-style-type: none"> • Continuation de l'atelier de sensibilisation pour les fonctionnaires du Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture • Continuation de la formation des enseignants comme leaders de la jeunesse • Commencement de la formation des parents en compétences de la communication • Club extrascolaire créé • Atelier annuel tenu • Évaluation externe du programme conduite
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Financement reçu de la part de l'UNICEF et de Community AIDS Abroad (CAA) • Développement des matériels pédagogiques • Formation de comités zonaux pour enseignants • Continuation de la formation des parents • Premier quiz provincial sur le VIH/SIDA
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Premier atelier conduit sur le counselling • Réunion de planification stratégique tenue avec les jeunes, les parents, les ONG et les représentants du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant et du Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture • Premier groupe de discussion entre parents et jeunes
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Financement reçu de la part de l'UNICEF et du National AIDS Council • Programme étendu à 22 écoles primaires et 11 écoles secondaires du district de Kwekwe • Premier bulletin créé
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Financement supplémentaire reçu de la part de l'UNICEF et du National AIDS Council • Premier cours pour directeurs d'école et enseignants du district de Kwekwe • Premier camp annuel pour élèves et enseignants • Réunion de bilan annuel
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Financement reçu de la part de la GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit – Agence allemande de la coopération technique)

	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier de counselling pour les directeurs d'école du district de Gweru
--	---

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Vue d'ensemble du programme

But

Le but principal du programme est de donner aux jeunes âgés de 14 à 24 ans les habiletés fondamentales nécessaires pour répondre aux problèmes de la vie quotidienne. Cela contribuera à la réduction du taux des infections sexuellement transmissibles (IST), du VIH/SIDA et des autres problèmes qui y sont associés.

Objectifs

Selon le responsable du programme, les objectifs du programme sont de :

- faciliter les initiatives de jeunesse pour prévenir les IST et le VIH/SIDA ;
- diffuser des informations qui sont correctes, courantes et claires au public cible ;
- promouvoir le changement du comportement des groupes cibles en ce qui concerne le sexe à moindre risque ; et
- promouvoir un mode de vie positif chez ceux et celles qui sont infecté(e)s ou touché(e)s par la maladie, et assurer une cohérence en ce qui concerne les stratégies efficaces.

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Le groupe cible primaire est constitué des jeunes âgés de 10 à 24 ans de 74 écoles (et un club extrascolaire) des districts de Kwekwe et Gweru, qui participent aux Youth Alive Initiative Clubs. Le programme est en place dans les zones rurales et urbaines.

Groupe cible secondaire

Le groupe cible secondaire est constitué des enseignants qui dirigent les clubs et ceux et celles qui ne sont pas membres, mais qui participent aux activités d'« outreach » menées par les éducateurs pairs (voir ci-dessous).

Champ d'action

Pour les jeunes scolarisés, le programme est basé dans les écoles. Les jeunes déscolarisés conduisent leurs activités dans les salles communautaires, les écoles ou à un autre endroit qui leur convient.

Durée du programme

Un jeune peut participer au programme pendant 10 ans, au maximum, et 4 ans, au minimum, selon l'âge auquel il/elle a adhéré au programme. Selon le responsable du programme, la plupart des jeunes qui ont commencé le programme en 1996 sont toujours membres. Le responsable du programme croit que les jeunes doivent participer pendant au moins cinq ans afin d'acquérir les connaissances et compétences suffisantes

pour se protéger contre l'infection par le VIH et contre l'abus des enfants. Le programme existe depuis huit ans et il pourra continuer à fonctionner pour encore cinq ans.

Buts du programme

La figure 2 montre comment le responsable du programme a classé les buts du programme. Le programme se concentre sur le changement du comportement et l'amélioration des habiletés fondamentales par la participation des jeunes et des membres de la communauté. On croit que les jeunes écoutent leurs pairs (éducateurs pairs) ; en participant aux activités (pièces de théâtre, par exemple), ils commencent à comprendre les problèmes qui sont associés au VIH/SIDA. De plus, leur participation active leur donne un sentiment d'appartenance au programme, et ils sont donc plus motivés à le maintenir.

Le programme souligne que l'abstinence avant le mariage est la façon la plus efficace de prévenir la transmission du VIH.

Prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et des IST
Prévention du VIH/SIDA
Changement du comportement
Promotion du comportement sexuel sain
Abstinence
Développement des habiletés fondamentales

Figure 2. Buts du programme, classés par le responsable du programme selon leur importance

Approches

Selon le responsable du programme, l'éducation par les pairs est la meilleure approche pour prendre en considération les besoins, idées et sentiments des jeunes, parce que les pairs se comprennent mieux que tout autre membre de la communauté.

La différence principale entre les programmes pour jeunes scolarisés et déscolarisés est que les jeunes scolarisés n'apprennent pas la contraception, ni l'utilisation des préservatifs.

Approches en milieu scolaire :

Éducation par les pairs
Counselling par les pairs
Éducation sur la sexualité, le VIH et les MST
Comportement moral et valeurs sociales
Développement du comportement et des habiletés fondamentales
Abstinence

Approches extrascolaires :

Accès aux contraceptifs et préservatifs
Counselling et tests du VIH/SIDA
Counselling par les pairs

Éducation sur la sexualité, le VIH et les MST
Comportement moral et valeurs sociales
Développement du comportement et des habiletés fondamentales
Abstinence

Figure 3. Approches du programme, classées selon leur importance

Activités

Selon le responsable du programme, les discussions de groupe, les pièces de théâtre, les chansons et les jeux de rôles sont les méthodes les plus efficaces pour diffuser des informations aux jeunes et à la communauté. En effet, la participation active aide les gens à retenir et internaliser les messages, ce qui mène le plus souvent au changement du comportement.

Le responsable du programme pensait aussi que la présentation des exposés était la méthode la moins efficace pour diffuser les informations aux jeunes, parce que ces derniers écoutent mais ils participent peu. Mais il n'y a aucune preuve qui indique qu'une activité particulière était plus efficace qu'une autre.

Services d'« outreach » communautaire (éducation par les pairs, petites pièces de théâtre, visites des malades)
Distribution des préservatifs
Discussions de groupe
Exposés
Matériels imprimés (brochures, dépliants, bulletins, manuels)
Films et/ou vidéocassettes
Pièces, sketches ou jeux de rôles
Chansons
Jeux

Figure 4. Activités du programme classées selon la fréquence de leur utilisation

Composantes

Le programme consiste en deux composantes principales :

1. Youth Alive Initiative Clubs et
2. Activités d'« outreach »

Youth Alive Initiative Clubs

Les membres des Youth Alive Initiative Clubs pour les jeunes scolarisés se réunissent une fois par semaine dans l'école, pendant leur temps libre, pour parler des problèmes liés au VIH/SIDA. Cela se fait sous la surveillance des leaders de la jeunesse, qui sont des enseignants formés par la MASO. On prévoit que les réunions prennent une heure, mais elles peuvent durer plus longtemps.

Pendant les réunions, les leaders de la jeunesse enseignent les thèmes les plus récents concernant le VIH/SIDA, et ils en discutent avec les jeunes après. Ils parlent aussi de leurs projets d'« outreach » communautaire pour la semaine suivante et ils passent en revue les événements de la semaine qui vient de s'écouler. Beaucoup de temps est

consacré à la répétition des pièces, poèmes, quiz et chansons qu'ils interpréteront pour la communauté et pour les élèves qui ne sont pas membres, pendant les activités d'« outreach ». Les jeunes identifient aussi leurs pairs qui pourraient bénéficier de l'aide (par exemple, sous la forme d'argent donné pour payer les frais de scolarité, ou d'autres formes de soutien) et ils parlent des façons par lesquelles ils pourraient aider l'individu.

L'approche qui emploie les pairs aide les jeunes à apprendre les uns des autres et à corriger les fausses idées. Les jeunes peuvent ainsi créer leurs propres idées et messages.
Responsable du programme

Les éducateurs pairs inventent toutes les idées, mais ce sont les leaders de la jeunesse qui leur donnent les informations dont ils ont besoin. Et ils leur offrent leur soutien et direction sur l'organisation des activités d'« outreach ».

Tout comme leurs homologues scolarisés, les jeunes déscolarisés se réunissent une fois par semaine avec les leaders de la jeunesse pour parler des problèmes du VIH/SIDA et pour planifier leur programme d'« outreach » communautaire pour la semaine.

Les jeunes déscolarisés se réunissent une fois par jour pour faire des activités d'« outreach ». En plus des activités conduites par les jeunes scolarisés, les jeunes déscolarisés font aussi des visites aux maisons, aux églises et aux pubs. Et ils tiennent des réunions communautaires et distribuent des préservatifs et des matériels imprimés portant sur le VIH/SIDA. Ils distribuent aussi la nourriture (qui leur est donnée par la MASO) aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, et ils en vendent à ceux et celles qui peuvent se la payer.

Tous les mois, les éducateurs pairs et les leaders de la jeunesse donnent leur feed-back au responsable du programme MASO. Pendant ces réunions on parle des projets pour lesquels le soutien de la MASO sera nécessaire.

Leaders de la jeunesse. Les leaders de la jeunesse sont des enseignants qui ont reçu une formation en éducation par les pairs, en SSR des adolescents et en counselling. Il y en a deux par école : un homme et une femme. Ils se réunissent avec les éducateurs pairs pendant les périodes qui sont consacrées au club, mais beaucoup d'entre eux répondent volontiers aux questions pendant leur temps libre. Le rôle principal des leaders de la jeunesse est de diriger les clubs et de former les éducateurs pairs. De plus, ils sont responsables de conduire le counselling individuel avec les jeunes qui le demandent.

En plus d'être responsable des clubs, les leaders de la jeunesse sont chargés d'envoyer des cas d'abus des enfants à la police ou aux organisations « youth-friendly » (adaptées aux jeunes) de la province, et aux cliniques de santé s'il est possible que le/la jeune ait contracté une MST. Les leaders de la jeunesse extrascolaires conduisent d'ailleurs des activités communautaires avec les jeunes déscolarisés.

La MASO organise des réunions trimestrielles pour créer des réseaux de contacts pour les leaders de la jeunesse des différentes écoles. Ce sont d'habitude des réunions de

planification et de bilan, où les rapports de progrès de chaque école sont présentés et les problèmes sont présentés à la MASO pour discussion et considération.

Éducateurs pairs. Il y a approximativement 60 éducateurs pairs dans chaque école. Tous les éducateurs pairs sont membres d'un Youth Alive Initiative Club. Les éducateurs pairs tiennent des discussions avec leurs pairs sur de divers thèmes qui sont choisis par les jeunes eux-mêmes. L'éducation par les pairs est conduite de deux façons : individuellement, pendant le temps libre, ou pendant les activités d'« outreach » communautaires.

Pendant les discussions de groupe, les jeunes sont libres à parler de leurs préoccupations et suggérer des solutions pour répondre aux problèmes. Pendant les petites pièces de théâtre, les jeunes peuvent décrire ce qui leur arrive à l'aide des situations vraisemblables, et ils peuvent donc soulever des problèmes auxquels ils font face, et dont les adultes ne sont pas conscients.

Responsable du programme

Étude de cas

John est membre du Youth Alive Initiative Club à Midlands State University. Aujourd'hui le club a organisé un groupe de discussion pour parler du sexe et de l'influence des pairs. Le groupe de discussion sera mené par Chipo, un leader des pairs qualifié.

Le groupe est composé de six étudiants et cinq étudiantes. Chipo pense que la participation est faible parce que les étudiant(e)s viennent de recevoir leur salaire, et ils sont donc allés faire du shopping.

Quand la discussion commence, les jeunes filles accusent les garçons de les forcer d'avoir des rapports sexuels sans leur consentement. Une dispute passionnée s'ensuit, mais Chipo maîtrise le groupe, demandant aux étudiant(e)s d'énumérer les environnements où les rapports sexuels ont lieu. Ils font aussi une liste de toutes les conditions qui les motivent à avoir ces rapports.

Ils ont discuté de cette liste et ils l'ont analysée. Ils ont décidé que les garçons et les filles devraient essayer d'éviter ces environnements parce qu'ils encouragent les jeunes à avoir des relations sexuelles. Ils ont décidé également que les garçons et les filles se méconnaissent : les garçons pensent que, s'ils ne couchent pas avec leurs petites amies, leurs petites amies penseront qu'ils sont arriérés ; les filles ne veulent pas décevoir leurs petits amis.

Activités d'« outreach »

Les éducateurs pairs conduisent des activités d'« outreach » pour atteindre plus de jeunes. Cela se fait après les heures de classe, ou dans d'autres écoles et collèges (qui n'ont pas de Youth Alive Initiative Club), dans les environs ou dans les endroits où les membres de la communauté se réunissent. Ces activités peuvent varier :

- Petites pièces de théâtre et jeux de rôles pour représenter des situations qui sont tirées de la vie quotidienne. Les spectacles sont suivis de discussions du problème qui est représenté, pour que les jeunes puissent apprendre à l'aide des histoires. Le public est encouragé à suggérer des solutions qui pourraient être utiles pour résoudre le problème.
- Des vidéos sur des thèmes divers sont employées pour encourager des discussions.
- Des affiches, dépliants et *picture codes* (illustrations qui servent de point de départ pour la discussion) sont employés pour faciliter des discussions.
- Un bulletin pour les jeunes, *MASO Youth Alive Initiative*, est créé aussi. Les jeunes contribuent des articles sur le VIH/SIDA (y compris des poèmes) à ce bulletin.
- Des exposés et discussions sont présentés aux divers groupes de la jeunesse et aux adultes de la communauté.
- Des concours interscolaires sont organisés pour encourager la participation de la communauté.
- On visite des malades qui sont soignés à la maison, et on leur donne de l'aide.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

Une évaluation des besoins a été conduite en 1996 par l'UNICEF, mais cette évaluation n'a pas été conduite spécifiquement pour la MASO. L'UNICEF voulait plutôt conduire une enquête des besoins des jeunes avant de décider d'allouer des fonds à la région.

Des jeunes scolarisés et déscolarisés, de zone rurale et urbaine, âgés de 10 à 24 ans ont répondu à plusieurs questions : s'ils savaient ce que c'était que le VIH/SIDA, où ils ont appris ces informations et ce qu'ils faisaient pendant leur temps libre. On a demandé aux jeunes ce qu'il leur fallait en ce qui concerne l'enseignement de la santé sexuelle et reproductive (SSR). Voici les résultats importants :

- Les connaissances des jeunes sur le VIH/SIDA étaient considérables.
- Les jeunes n'étaient pas à l'aise à discuter avec leurs parents des sujets liés au VIH/SIDA.
- Les jeunes obtenaient la plupart de leurs informations de la radio et des matériels imprimés.
- Les jeunes en chômage passaient la plupart de leur temps libre à traîner.

- Les jeunes sont les plus contents quand ils créent les messages eux-mêmes.
- Les jeunes écouteront les pairs de leur propre tranche d'âge.

En créant le programme, la MASO a tenu compte du fait que les jeunes apprennent les uns des autres et qu'ils sont capables de produire leurs propres messages et solutions aux problèmes. Voir l'annexe 3 de ce chapitre pour de plus amples détails.

Matériel du programme

Le développement, la production et la distribution du matériel du programme ont pris, en moyenne, quatre mois. La MASO ; le Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture ; le Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant ; et les jeunes de la communauté ont tous participé au développement des matériels. Les matériels pédagogiques ont été créés en anglais et dans la langue locale pour permettre à tous les jeunes de comprendre les messages.

D'autres matériels ont été obtenus auprès des cliniques de santé locales, du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant et des autres organisations qui travaillent avec les jeunes.

Matériel du club

La MASO a créé quatre manuels à l'usage des leaders de la jeunesse des clubs. Ces manuels sont décrits ci-après dans la partie qui porte sur les « Matériel de formation ».

Affiches, vidéos et dépliants

La MASO a aussi créé des dépliants, vidéos et affiches. Ces supports pédagogiques sont conçus pour assurer la continuité et la cohérence des messages. Les jeunes ont participé à la conception de ces matériels.

Le SIDA, meurtrier

Le SIDA n'est pas transmis
En vivant ensemble
En mangeant ensemble
OU en jouant ensemble.

Il n'est pas transmis non plus
En se serrant la main
En s'embrassant
En partageant des verres ou
des chopes
En nageant ensemble
Par les moustiques ou d'autres insectes
En donnant du sang au
centre de sang ou à la clinique des donneurs.

Mais le SIDA est transmis

Par le SEXE avec
Une personne INFECTÉE.
Soyez donc sages et dites « non » au sexe !

Beatrice Muvuya, Sixième année C, Mkoba 4 Primary School.

Les thèmes comprennent l'abstinence, comment éviter les drogues, et les bonnes habitudes alimentaires pour éviter l'infection ou pour rester en santé si l'on est infecté. On met l'accent sur l'abstinence avant le mariage. Ces matériels pédagogiques sont employés dans les clubs et les activités d'« outreach ». (Voir la partie D de ce chapitre, « Matériel pédagogique ».)

Bulletin

La MASO publie aussi un bulletin, *MASO Youth Alive Initiative*. Il est publié mensuellement et il est créé par le personnel de la MASO grâce aux articles qui sont soumis par les jeunes. Ces articles peuvent être des poèmes, des compositions et des rapports sur des événements qui sont organisés par les jeunes. Les membres scolarisés et déscolarisés reçoivent le bulletin.

Matériel de formation

Les manuels qui sont décrits ci-après sont employés lors de la formation des leaders de la jeunesse, des éducateurs pairs et des directeurs d'école, ainsi que pour les Youth Alive Initiative Clubs.

Participatory Approaches to Community Development (approches participatives au développement communautaire) est employé principalement par les leaders de la jeunesse. Ce manuel leur explique comment diriger les clubs d'une manière qui assure que tous les jeunes y participent. Le manuel est divisé en quatre chapitres qui couvrent les thèmes suivants :

1. introduction aux approches participatives et leur utilisation
2. techniques et outils pour cueillir et analyser les données des approches participatives
3. comment conduire une formation de bonne qualité
4. mener des travaux participatifs sur le terrain

The Counselling Training Manual for Schools (manuel de formation en counselling en milieu scolaire) a été conçu par la MASO. Il est employé pour former les leaders de la jeunesse, les directeurs d'école et les éducateurs pairs sur les compétences en counselling dont ils auront besoin pour parler du VIH/SIDA aux élèves, aux pairs et aux membres de la communauté. Il est divisé en plusieurs parties qui donne des conseils sur :

- le rôle du leader de la jeunesse en counselling
- les techniques du counselling et les sortes de counselling
- l'abus des enfants et comment l'identifier
- comment reconnaître un(e) enfant qui pourrait avoir des problèmes, et comment y réagir
- comment aider les enfants endeuillé(e)s

Communicating About AIDS (communiquer sur le SIDA) explique comment apprendre à communiquer, écouter et interroger. Chaque domaine est abordé en profondeur et des conseils pratiques sont offerts.

Facts About HIV/AIDS (faits à propos du SIDA) parle de la transmission du VIH, de la progression du VIH à partir de l'infection jusqu'au SIDA, des signes, des symptômes et de la prévention. Il fournit aussi des feuilles de travail et des directives pour couvrir les thèmes.

Des exemplaires de ces manuels sont disponibles. Veuillez voir la partie D de ce chapitre (« Matériel pédagogique »).

Choix et formation du personnel

Leaders de la jeunesse

- Les leaders de la jeunesse sont des enseignants bénévoles. Il y a un homme et une femme dans chaque club. Quand plus de deux enseignants se portent volontaires, ce sont les jeunes qui choisissent les enseignants qu'ils veulent comme leaders.
- Ils sont formés en éducation par les pairs par la MASO, pour être capables de former les jeunes comme éducateurs pairs. Ils apprennent aussi comment diriger les clubs. Cette formation comprend l'organisation des activités du club, la motivation des éducateurs pairs, l'acquisition des matériels pédagogiques, la recherche des contacts dans la communauté, y compris d'autres ONG et organismes gouvernementaux qui peuvent les aider. La formation prend d'habitude une journée.
- La formation relative à l'éducation par les pairs aborde les connaissances sur le VIH/SIDA, sa transmission, ses signes et symptômes et les aspects culturels de la maladie.
- Après la formation initiale, les leaders de la jeunesse suivent des cours de recyclage tous les trois mois ; ces cours prennent trois jours.
- Les leaders de la jeunesse apprennent aussi des compétences de base en counselling pour aborder les problèmes auxquels les jeunes font face. Cette formation est conduite par la MASO et elle prend une semaine.
- Les séances de formation en counselling abordent des thèmes tels que l'influence des pairs, l'abstinence, les faits sur le VIH/SIDA, comment s'entraider lors des problèmes difficiles et émouvants, et la capacité d'adaptation.
- Quelques leaders de la jeunesse sont formés comme formateurs de formateurs pour pouvoir former d'autres leaders de la jeunesse. Leur formation, qui dure quatre jours, traite des : compétences de présentation, compétences en communication, méthodologies participatives.

Éducateurs pairs

- Les éducateurs pairs sont les seuls membres du personnel qui sont membres des Youth Alive Initiative Clubs. Chaque club a approximativement 30 membres.

- Les éducateurs pairs sont formés par les leaders de la jeunesse pendant une semaine.
- La formation est semblable à celle qui est reçue par les leaders de la jeunesse (voir ci-dessus), mais elle est moins intensive.
- Des séances trimestrielles de recyclage et de mise à jour, qui durent trois jours et qui sont destinées aux éducateurs pairs, sont conduites par les leaders de la jeunesse et par la MASO.
- Ils suivent aussi un cours de counselling de dix jours, qui est enseigné par les leaders de la jeunesse.

Directeurs d'école

- Les directeurs d'école sont orientés sur l'importance des Youth Alive Initiative Clubs.
- Ils suivent un cours de dix jours en counselling, qui est enseigné par le responsable du programme MASO, pour qu'ils soient capables de confronter les problèmes de leurs élèves.
- Ils apprennent aussi des informations de base sur le VIH/SIDA ; cette formation est conduite par la MASO.

Mise en œuvre du programme

Avant de mettre le programme en œuvre, la MASO a mis le Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture et le Ministère du Service public, du travail et de la protection sociale au courant de l'initiative. Ils ont tous donné leur approbation.

Un atelier de sensibilisation a été conduit pour les directeurs d'école. Cet atelier, qui a duré trois jours, les a mis au courant et les a encouragés à participer au programme.

Comment organiser un Youth Alive Initiative Club et des activités d'« outreach »

Les étapes suivantes sont nécessaires pour organiser les Youth Alive Initiative Clubs :

- L'UNICEF conduit une évaluation des besoins pour évaluer les connaissances et besoins de la communauté en ce qui concerne le VIH/SIDA et les mythes, fausses idées et attitudes de la communauté vis-à-vis de la maladie. Les résultats sont ensuite utilisés pour développer un programme approprié.
- La MASO prend contact avec les directeurs d'école et les enseignants pour créer des Youth Alive Initiative Clubs dans les écoles.
- La MASO recrute les jeunes de l'école pour devenir membres des clubs. Le personnel de la MASO se rend aux clubs et aux associations de la jeunesse pour recruter des jeunes qui ne sont plus scolarisés.
- Les comités sont composés des représentants des jeunes, des parents et des enseignants de chaque club. Ces comités se réunissent trimestriellement pour faire état des activités du programme.
- On demande aux enseignants de se porter volontaire pour devenir leaders de la jeunesse. Un homme et une femme sont choisis parmi les enseignants de chaque école pour diriger le club.

- Les enseignants bénévoles reçoivent une formation pour devenir leaders de la jeunesse. Pendant l'atelier, qui dure une semaine, ils apprennent le counselling.
- Les jeunes, les enseignants et la MASO développent les matériels pédagogiques du programme.
- Les réunions du club sont tenues une fois par semaine pour parler des problèmes qui ont surgi pendant la semaine et pour préparer des activités d'« outreach ».
- Les activités d'« outreach » sont organisées par les leaders de la jeunesse. Ils s'arrangent avec les écoles ou centres communautaires qu'ils ont l'intention de visiter. Sinon, les membres de la communauté parlent aux leaders de la jeunesse pour demander que le club vienne monter un spectacle.
- Le responsable du programme MASO se rend régulièrement au projet pour donner son appui et suivre le progrès.

Notre société n'encourage pas généralement la communication entre nous et nos parents sur des sujets liés au sexe. Le manque de communication mène souvent aux fausses idées parce qu'il n'y a pas l'occasion de les clarifier ou dissiper.

Jeune

Ressources du programme

Les éducateurs pairs et les leaders de la jeunesse peuvent se rendre aux bureaux de la MASO pour faire des photocopies et chercher les matériels pédagogiques dont ils ont besoin. En plus des manuels de formation, des affiches, des vidéocassettes et des dépliants, la MASO a d'autres matériels concernant le VIH/SIDA, qui proviennent du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant ; du Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture ; et des autres ONG.

Plaidoyer

La MASO et la communauté croient que la participation de la communauté est importante parce que le comportement des jeunes est influencé par ce qui se passe dans la communauté. Si la communauté comprend les problèmes des jeunes, elle crée un environnement qui leur est accueillant et qui permet aux jeunes de résoudre leurs problèmes. Elle encourage aussi les membres de servir de modèles aux jeunes.

Avant de commencer le programme, des réunions de sensibilisation – pendant lesquelles les avantages du programme vis-à-vis de la communauté ont été soulignés – ont été conduites avec les fonctionnaires du Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture ; les parents ; les directeurs d'école et les enseignants. Par conséquent, le programme jouit de l'appui de la communauté.

Les comités des clubs, qui sont composés des représentants des enseignants, des parents et des jeunes, assurent que les attentes de la communauté sont atteintes et que les membres de la communauté auront leur mot à dire en ce qui concerne le contenu du programme.

Rapport financier

À ce jour, le programme a reçu 325 245 \$US de la part des donateurs du projet. Les donateurs comprennent : la NORAD, l'UNICEF, CAA, la GTZ et le National AIDS Council. Plus de 10 000 jeunes et 1 000 adultes ont bénéficié du programme.

En 2001, 2 000 jeunes et 300 adultes ont participé au programme. Le coût moyen par enfant s'élève à approximativement 71 \$US par an—c'est-à-dire, le financement de 2002 (143 784 \$US) divisé par les 2 000 bénéficiaires actuels.

Voir l'annexe 4 de ce chapitre pour de plus amples détails sur les finances du programme.

PARTIE C : ÉVALUATION, DEFIS ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Directeur de la MASO

Participation des Jeunes

La participation des jeunes lors de la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation favorise un sentiment d'appartenance et encourage l'engagement des jeunes aux buts du programme. Le fait d'employer les jeunes comme pairs est plus efficace parce qu'ils s'entendent bien. L'importance de la jeunesse est souligné davantage parce qu'il y a peu d'adultes qui servent de modèles aux jeunes dans la communauté.

Manque d'expertise technique

Il faut standardiser les matériels pédagogiques pour que tous les éducateurs pairs reçoivent la même formation. Il faut aussi établir une procédure de suivi et d'évaluation.

Honte et tabous culturels

Il y a toujours beaucoup de honte associée au SIDA, et la culture ne permet pas de discussions ouvertes sur le sexe. Il est donc difficile de traiter suffisamment du VIH/SIDA dans les écoles parce qu'on lui consacre peu de temps ou d'importance à cause de sa nature controversée.

Problèmes socio-économiques

Il manque de ressources humaines et matérielles, et la situation politique et économique actuelle est instable, ce qui empire les choses.

Je n'aime pas utiliser les préservatifs parce que je crois qu'ils peuvent diminuer ma virilité.

Jeune

Continuité

Les jeunes déscolarisés et les enseignants sont très mobiles, cherchant des emplois et de meilleures perspectives. Il y a donc un taux de renouvellement élevé pour les leaders de la jeunesse et les éducateurs pairs.

Viabilité

L'utilisation de la structure scolaire actuelle assure que les ressources humaines, et beaucoup des ressources matérielles qui sont nécessaires à l'exécution du programme sont facilement disponibles. Cela mène aussi à l'accès facile à un bon nombre de jeunes. L'emploi des éducateurs pairs de la région et des autres organismes locaux et gouvernementales a assuré que le programme continuera, même si la MASO retire son soutien. Ces facteurs contribuent à la viabilité.

Évaluation

Deux évaluations du programme ont été conduites, en 1997 et en 1999.

1997

En 1997, un cabinet d'expert-conseil indépendant et privé a conduit une évaluation des programmes en milieu scolaire et extrascolaire. On a tenu des entrevues avec les jeunes, les directeurs d'école et les enseignants ; de plus, des groupes de discussion ont été menés avec les parents et les jeunes. Le but principal de l'évaluation était de déterminer la pertinence, l'efficacité, l'impact et la viabilité du programme.

L'évaluation a mené à trois conclusions :

- Les jeunes qui ont participé aux Youth Alive Initiative Clubs de la MASO détenaient de plus de techniques pour les aider à éviter le comportement à risque. Cela était principalement à cause de la nature participative des activités qui étaient utilisées dans les clubs : chants, poèmes, pièces de théâtre et concours. Les jeunes du club étaient moins disposés à traîner et à passer leur temps libre à ne rien faire.
- L'éducation par les pairs a été efficace, non seulement pour atteindre les jeunes mais pour atteindre les leaders communautaires et les parents.
- Il y avait trop d'objectifs et d'activités à exécuter pour que le programme puisse être efficace. Il est cependant difficile de déterminer si le programme a eu un effet positif.

Il n'est pas clair quels changements ont été portés au programme à cause de ces résultats.

Le programme a eu un effet positif sur les jeunes et sur la communauté où ils vivent. Les écoles qui participent au programme ont déclaré qu'il leur avait été bénéfique, car on voyait des indices du comportement plus responsable chez les jeunes qui ont adhéré aux clubs.

Directeur d'école

1999

En 1999, la MASO a conduit une évaluation avec la collaboration de la Gweru multisectoral AIDS team (équipe multisectorielle du SIDA de Gweru), avec l'appui de l'UNICEF. L'étude a examiné deux éléments principaux :

- les réactions des jeunes au programme et à l'éducation sexuelle en général
- l'effet du programme sur les connaissances, les attitudes et le comportement des jeunes en ce qui concerne le sexe, y compris ce qu'ils faisaient pendant leur temps libre et où ils allaient pour obtenir des informations sur le sexe.

L'étude a couvert des zones rurales et urbaines, et elle a été conduite à l'aide des groupes de discussion et des questionnaires autoadministrés. Au total, 241 jeunes filles et 234 garçons ont participé.

L'étude a trouvé qu'il y avait toujours beaucoup de facteurs qui mettaient les jeunes à risque. Par exemple, le taux de chômage était élevé dans les régions rurales et urbaines. La plupart des jeunes avaient un petit ami ou une petite amie : même s'ils déclaraient qu'ils étaient contre le sexe avant le mariage, il y avait des indices que beaucoup d'entre eux avaient des rapports sexuels à risque et que la société n'encourageait pas l'utilisation des préservatifs. Un manque général de communication, surtout entre les générations, contribuait aux nombreuses fausses idées chez les jeunes. Mais, puisque les données de base n'étaient pas disponibles, il est difficile de juger si le programme a amélioré la situation.

À cause de cette évaluation, le programme a été amélioré pour répondre aux besoins des jeunes et de la communauté. Voir l'annexe 5 de ce chapitre pour de plus amples détails.

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	✓	Les jeunes participent à la plupart des activités du programme, de la planification jusqu'au développement des matériels pédagogiques, et lors des représentations (petites pièces de théâtre et chansons).
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus	✓	L'UNICEF a conduit une évaluation des besoins et la MASO a tenu compte de

	fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.		cette évaluation dans la conception du programme. Les matériels pédagogiques qui sont créés dans le programme ne sont pas adaptés à la tranche d'âge.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	En plus d'enseigner le VIH/SIDA aux jeunes, le programme les fait participer à des activités de génération de revenus qui ont la capacité de les autonomiser du point de vue économique et de réduire, par conséquent, leur risque d'infection. On encourage les jeunes à parler des modifications qui sont nécessaires pour éviter le comportement à risque.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	Le programme tient compte du problème de l'influence des pairs et se sert de l'éducation par les pairs pour encourager la modification du comportement.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants et sur l'évaluation de la situation générale.	Atteint en partie	Une évaluation a été conduite juste après le début du programme pour déterminer à quel point on tenait compte des besoins des jeunes. Le programme tient compte du fait que la pauvreté contribue souvent à la vulnérabilité. Les activités de génération de revenus sont conçues pour prévenir cette situation.
6	Conduit une formation continue aux professeurs et aux autres fournisseurs de service.	✓	Tout le personnel qui participe au programme reçoit une formation sur la gestion des clubs, l'éducation par les pairs et le counselling. Les cours de recyclage sont offerts trimestriellement. Le personnel de la MASO visite les sites et les écoles du projet de temps en temps pour offrir leur soutien.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	Des techniques d'apprentissage participatif (pièces de théâtre, chansons, danse, poèmes, jeux de rôles) sont employées dans le programme.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	La communauté générale participe à la planification et à l'exécution du programme l'exécution. Cela se fait par

			des ateliers de sensibilisation et de planification.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	Atteint en partie	Les manuels de formation sont conçus de sorte que la continuité des messages soit assurée. Les matériels pédagogiques ne ciblent pas une tranche d'âge spécifique.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	Non applicable	Il y a un lien entre le curriculum scolaire et ce qui est enseigné dans les Youth Alive Initiative Clubs, même si l'on aborde plus de thèmes dans les clubs.
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	✓	Le programme sera en place pendant 10 ans ; il s'agit de suffisamment de temps pour réaliser les objectifs du programme. Mais, à cause de la mobilité des jeunes, quelques-un(e)s quitteront la région avant d'acquérir les compétences nécessaires pour changer leur comportement.
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	Non applicable	Le programme est mené en milieu scolaire. Mais, hormis les leçons qui portent sur les habiletés fondamentales et le VIH/SIDA, il n'y a pas de leçons qui traitent de la santé. Le programme ne se déroule pas dans les cliniques locales ou d'autres établissements de santé ; mais les jeunes scolarisés et déscolarisés obtiennent des dépliants sur le VIH/SIDA et les MST en les commandant auprès des cliniques.
13	Communique des messages dont l'information est correcte et cohérente.	✓	Pour assurer que les matériels pédagogiques que la MASO a créés contiennent des messages qui sont corrects, ils ont été corrigés par des experts du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfant et du Ministère de l'Éducation, des Sports et de la Culture.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	Des réunions sont en cours avec les leaders politiques à propos du plaidoyer. Le gouvernement donne son appui au programme par le biais du National AIDS Trust Fund du National AIDS Council.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal	Atteint en partie	Le programme reconnaît que la sexualité est un élément normal de la vie.

	de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.		
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	Le programme attache de l'importance au suivi et à l'évaluation. Des réunions mensuelles et trimestrielles sont tenues pour évaluer le progrès du programme.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

La MASO a été créée en 1991 en tant qu'organisation bénévole, par des citoyens de la ville de Gweru dans la province des Midlands du Zimbabwe ; les citoyens s'inquiétaient de la crise croissante du VIH/SIDA. L'organisation cherche à fournir du soutien émotionnel, physique et spirituel aux personnes vivant avec le SIDA, et à leurs familles et amis. Pour prévenir la propagation de l'infection par le VIH, elle fournit aussi du soutien et des conseils à ceux et à celles qui pensent qu'ils/elles sont à risque.

Des informations complémentaires sur la MASO et ses activités peuvent être obtenues auprès de :

Director
MASO
30B 7th St.
P.O. Box 880
Gweru, Zimbabwe
Tél. : 263-54-21029 ou 263-54-21937
Télécopie : 263-54-25237
Courrier électronique : maso@adtech.co.zw

Collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été préparé par Ms. Evelyn Serima, consultante au rapport et par Mr. Sunday Manyenya, assistant de recherche.

Il a été dirigé par Ebrahim Jassat, responsable local de la Banque Mondiale.

Version anglaise éditée par Helen Baños Smith.

Nous sommes reconnaissants de l'appui des individus suivants, qui ont fourni une bonne partie des informations contenues dans ce rapport :

Mr. Ticharwa Masimira – Directeur, MASO
Mr. Michael Matimura – Responsable du programme, MASO
Sr. Bhebhe – Leader de la jeunesse, Midlands State University
Victor Mundara – Éducateur pair
Beatrice Mwale – Éducatrice paire
Fortunate Chinanga – Éducateur pair
Tobias Gushura – Éducateur pair

Matériel pédagogique

The Counselling Training Manual for Schools (manuel de formation en counselling en milieu scolaire)

(Numéro de commande : MASO01)

Participatory Approaches to Community Development: A Trainer's User Guide (approches participatives au développement communautaire : guide à l'usage du formateur)

(Numéro de commande : MASO02)

« Peer Education Training : Timetable » (formation en éducation par les pairs : emploi du temps)

(Numéro de commande : MASO03)

« Module 1A : Communication »

(Numéro de commande : MASO04)

« Module 1B : Effective Communication » (communication efficace)

(Numéro de commande : MASO05)

« Module 3 : Facts About HIV/AIDS » (les faits sur le VIH/SIDA)

(Numéro de commande : MASO06)

« Module 4 : Facts About STDs » (les faits sur les MST)

(Numéro de commande : MASO07)

« Evaluation Report » (rapport d'évaluation)

(Numéro de commande : MASO08)

« Orphans Sensitization Workshop : Program Timetable » (atelier de sensibilisation aux orphelins ; emploi du temps du programme)

(Numéro de commande : MASO09)

« School Heads Sensitization Workshop : Program Timetable » (atelier de sensibilisation pour les directeurs d'école ; emploi du temps du programme)
(Numéro de commande : MASO10)

« Annual Report 1998 » (rapport annuel 1998)
(Numéro de commande : MASO11)

« AIDS Is Our Problem » (le SIDA, c'est notre problème)
(Numéro de commande : MASO12)

« Orphan Care Program » (programme de protection des orphelins)
(Numéro de commande : MASO13)

« Enrolment Certificate » (certificat d'inscription)
(Numéro de commande : MASO14)

Affiche : « Healthy Eating in the Midst of HIV/AIDS, and Some Suggestions » (les bonnes habitudes alimentaires et le VIH/SIDA, quelques suggestions)
(Numéro de commande : MASO15)

Affiche : « Smart Girls » (des filles sages)
(Numéro de commande : MASO16)

Affiche : « Smart Boys » (des garçons sages)
(Numéro de commande : MASO17)

Affiche : « Girls and Boys and AIDS » (les filles et les garçons et le SIDA)
(Numéro de commande : MASO18)

Les vidéocassettes suivantes sont disponibles auprès de la MASO (voir coordonnées dans la partie D) :

More Time : Un long métrage produit par Media for Development (MFD) Trust, Harare. Il s'agit de l'histoire d'une adolescente qui ne maîtrise plus sa vie. Thandi apprend que prendre des risques au nom de l'amour mène à risquer sa vie. Pour commander cette vidéocassette, veuillez prendre contact avec Media for Development, mfdadmin@mango.zw ou www.samara.co.zw/mfd.

Everyone's Child : Le message de cette vidéocassette est : « Tout le monde peut agir, et agir bien, pour donner leur soutien aux enfants qui sont orphelins ou stressés. Nous avons les ressources. Les personnes peuvent surmonter les problèmes auxquels elles font face—en particulier, les besoins physiques et émotionnels des enfants ». (MFD, Harare)

Neria : Une jeune femme perd son mari et son beau-frère fait appel à une tradition selon laquelle il hérite de tous les biens de sa belle-sœur, et il ne fait aucun effort pour

protéger la famille de son défunt frère. Quand il essaie de prendre les enfants aussi, Neria se défend et cherche la justice. (MFD, Harare)

The Silent Epidemic : STI/AIDS (l'épidémie silencieuse, IST/SIDA) Documentaire produit en Ouganda.

Time to Care : The Dilemma : (Ouganda : Ministère de la Santé/USAID). Émission dramatique télévisée, produite par le Ministère de la Santé ougandais et l'USAID (United States Agency for International Development), à propos de ce qui arrive quand un homme marié transmet une MST à sa famille après une aventure avec une ancienne petite amie.

Time to Care : Face It : Dans cette suite à *Time to Care : The Dilemma*, les personnages réagissent de différentes manières à un nouveau service de counselling et tests dans la communauté.

Side-by-Side : Women and AIDS in Zimbabwe : (Vision Films/Harvey McKinnon. Versions en anglais et en ndebele). Ce court-métrage, produit par Vision Films/Harvey McKinnon en versions anglaise et ndebele, suit deux femmes – une travailleuse sociale et une metteuse en scène – pendant que chacune se sert de ses compétences pour mobiliser la communauté afin de surmonter les effets du SIDA.

Karate Kids : Un dessin animé destiné aux enfants de milieu urbain, surtout aux enfants de la rue. Karare dit : « N'importe qui peut attraper le SIDA. Il nous faut donc nous protéger et protéger nos amis ». Produit par l'Office National du Film du Canada et par Street Kids International. Il est possible de la commander en s'adressant à nfbkids@nfb.ca ou <http://www.onf.ca/f/>.

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL

Rôles du personnel principal du programme

Responsable du programme

- Coordonne le programme au niveau du district ;
- fournit du soutien technique aux leaders de la jeunesse en ce qui a trait à la gestion des Youth Alive Initiative Clubs ;

	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein, payé	1	Responsable du projet	H
Personnel bénévole, autre que les éducateurs pairs (aucune allocation ni indemnité)	200 enseignants 140 parents	Leaders de la jeunesse	50% H 50% F
Éducateurs pairs bénévoles (aucune allocation ni indemnité)	30	Éducateurs pairs	20 H 10 F

ANNEXE 3. ÉVALUATION DES BESOINS

	Jeunes de milieu urbain (%)	Jeunes de milieu rural (%)
Au chômage	62	78
A un(e) petit(e)-ami(e)	63	63
Contre les rapports sexuels avant le mariage	74	69
Pour les rapports sexuels avec consentement mutuel	16	16
A senti l'influence des pairs pour avoir des rapports sexuels	44	21
Ne peut pas identifier quelqu'un qui est infecté par le VIH	56	73
A vu quelqu'un qui souffre du SIDA	67	54
Peut énumérer trois méthodes de sexe sans risque	65	65

ANNEXE 4. FINANCES DU PROGRAMME

Une analyse des dépenses de 2001 révèle que, sur les 143 784 \$US donnés au programme (NORAD, 90 500 \$US ; National AIDS Council, 9 985,50 \$US ; UNICEF, 10 533,71 \$US ; le reste des fonds provenant du programme MASO), les fonds ont été versés ainsi :

Dépense	Montant (\$US)	Total (%)
Documentation et publications sur le SIDA	49 212,67	34
Frais de formation	23 954,18	17
Salaires	32 969,96	23
Véhicules	13 260,73	9
Frais divers	24 386,55	17

ANNEXE 5. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Programme extrascolaire

- **Pertinence** : Le programme de la jeunesse a été trouvé pertinent parce que les jeunes qui sont ciblés seraient au chômage s'il n'y avait pas de projets de génération de revenus ; ils seraient donc au risque très élevé d'infection par le VIH. De plus, le changement rapide de la culture, la perte des valeurs culturelles, les drogues et l'alcool et l'influence des pairs créent un terrain favorable pour le programme MASO.
- **Efficacité** : Le programme utilise des formateurs de formateurs. Cette approche cible les éducateurs pairs, les leaders communautaires et les parents ; cela a favorisé, et exploité, les ressources. On atteint plus de personnes. Le programme utilise aussi des structures politiques et sociales qui sont déjà en place : infirmières en chef, conseillers, chefs, leaders ecclésiastiques, travailleurs de la communauté villageoise, et d'autres structures gouvernementales.
- **Efficacité/rendement** : On a trouvé qu'il y avait une cohérence entre les objectifs et les stratégies. Le programme a été conçu selon les besoins qui avaient été identifiés. On a cependant trouvé que le programme avait trop d'objectifs et activités. Les discussions avec les parents et les jeunes ont révélé que le programme avait eu un effet positif. Mais l'évaluation a fait remarquer qu'il n'était pas facile de mesurer l'impact.
- **Viabilité** : Selon l'évaluation, le programme avait préparé la voie à la viabilité par l'utilisation efficace de la mobilisation et participation communautaires, et par des stratégies de possession communautaire. L'emploi des éducateurs pairs locaux et d'autres structures locales et gouvernementales a aidé le programme à s'enraciner dans la communauté. Du point de vue financier, le programme n'était pas solide parce que la plupart des coûts étaient financés par les donateurs.

Programme en milieu scolaire

- **Pertinence** : L'objectif principal de « attraper les jeunes avant qu'ils n'attrapent le SIDA » était pertinent en ce qui concerne la réduction du taux de VIH/SIDA chez les jeunes scolarisés. Les élèves deviennent sexuellement actifs à partir de l'âge de 10 ans. Le programme MASO était plus dynamique que le curriculum du ministère concernant l'éducation sexuelle. Cela s'est produit parce que les stratégies sont participatives ; on utilise des activités telles que le chant, les poèmes, les pièces de théâtre et les concours.
- **Efficacité** : Ce programme a réussi à profiter de la structure scolaire actuelle et il exige peu de ressources, motivation et surveillance.
- **Efficacité/rendement** : Le programme a bien commencé et il a pris de l'élan. Les enseignants et les parents des écoles qui participent au programme ont déclaré que le programme leur avait été bénéfique parce qu'ils voyaient des indices de comportement plus responsable de la part des jeunes qui ont adhéré aux clubs.
- **Viabilité** : Les activités du programme ont utilisé la structure scolaire actuelle et elles étaient gérées de façon satisfaisante, avec une surveillance minimale de la part de la MASO. Ce sont les bénéficiaires qui ont un sentiment d'appartenance en ce qui concerne le programme, et il semblait qu'ils participaient à l'organisation des activités du programme.

Quatrième partie : Annexe

Annexe

Leçons tirées des approches en milieu scolaire visant la réduction du risque associé au VIH/SIDA

Veillez prendre note que ces études proviennent des expériences acquises par les pays en voie de développement et par ceux qui sont plus développés. Pour bénéficier pleinement de l'éducation sur la prévention du VIH/SIDA, il faut qu'il y ait des programmes de « qualité ».

Les principes suivants sont essentiels pour maximiser les résultats des programmes.

Qualité de l'apprenant(e)

Tenir compte de l'enfant(e)

Il faut reconnaître ce que l'apprenant(e) sait et sent déjà, et ce dont il est capable en ce qui concerne le développement sain et la prévention du risque associé au VIH/SIDA. Les individus et les communautés détiennent des mécanismes et pratiques pour soutenir les enfants et les jeunes pendant leur apprentissage et développement ; il faut les embrasser. Il faut encourager les gens à apprendre les uns des autres—pair à pair, enseignant, famille et communauté—pour intégrer les connaissances et expériences uniques et précieuses des apprenant(e)s. Cela peut rendre les programmes en milieu scolaire plus pertinents et efficaces. Le VIH/SIDA touche certains apprenant(e)s plus que d'autres—ce sont parfois des orphelins, ou bien des enfants qui soignent des malades ou qui s'occupent des autres enfants de la famille. Le point de départ d'un programme d'enseignement (et d'apprentissage) efficace est l'effort qu'on fait pour assurer que tous les apprenants sont en bonne santé, bien nourris et prêts à apprendre. Il faut aussi qu'ils aient le soutien de leur famille et de leur communauté en ce qui concerne leur accès à l'éducation.

Pertinence

Il est nécessaire de mettre l'accent sur les risques qui vont probablement avoir un effet sur les apprenants ; il faut également souligner les risques qui sont les plus nuisibles à l'individu et à la société. Il y a des problèmes qui attirent l'attention des médias et suscitent l'intérêt du public, mais ce ne sont pas forcément les problèmes les plus

répandus ou dangereux. Les objectifs du programme, les méthodes d'enseignement et les matériels pédagogiques doivent être appropriés à l'âge, à la culture et au niveau d'expérience sexuelle des enfants et jeunes, ainsi qu'aux communautés où ils habitent. Il faut prendre en considération tous les facteurs, qu'ils soient directs ou indirects. Par exemple, il faut comprendre les relations entre les deux sexes ainsi que les relations de pouvoir, et il est nécessaire de prévenir la violence ; ces éléments doivent être intégrés aux programmes, ainsi que d'autres facteurs qui touchent les vies des apprenants. Quand la recherche est bien ciblée (écouter les jeunes pour savoir ce qu'ils croient et savent) elle peut tenir compte de la motivation derrière le comportement et assurer que le programme soit acceptable et approprié.

Qualité du contenu

Théorie

Il faut fonder le programme sur les théories d'apprentissage social⁴. Ces théories ont des points communs : l'importance de personnaliser les informations et le risque, la motivation croissante relative au changement et à l'action, la compréhension de l'influence des normes sociales et l'influence sur ces normes, l'amélioration de la capacité individuelle d'agir et le développement des environnements qui autonomisent⁵.

Au-delà des informations

Il est nécessaire de prendre des décisions qui sont fondées sur les informations, les attitudes et les compétences qui seront intégrées au contenu du programme ; cela se fait selon la pertinence des décisions relatives à la prévention du risque du VIH/SIDA, au développement des comportements protecteurs et des attitudes qui y sont associées. Les programmes qui visent l'équilibre des connaissances, attitudes et compétences (communication, négociation et capacité de refuser une demande inappropriée) ont bien réussi à changer le comportement. Quelques exemples des facteurs qui sont liés au risque du VIH/SIDA sont : l'ignorance, les attitudes discriminatoires envers les personnes qui sont touchées par le VIH/SIDA, le manque d'accès aux préservatifs, ou bien le non-usage des préservatifs. Quelques facteurs protecteurs sont : l'acquisition des informations correctes, le développement des valeurs personnelles positives et les pairs qui encouragent le comportement sans risque, le choix d'un adulte fiable qui peut soutenir le jeune, l'utilisation des services de santé et l'utilisation des préservatifs (si un individu est sexuellement actif).

Corrélation

Il est important d'assurer que les gens comprennent le VIH/SIDA, les caractères des individus, le contexte social et la corrélation entre tous ces facteurs dans le contexte du programme. Un programme qui aborde une seule composante, à l'exclusion des autres, peut ignorer d'autres influences importantes, ce qui peut limiter le succès du programme. Les informations sont nécessaires, mais elles ne sont pas suffisantes pour prévenir le VIH/SIDA. En plus des informations de base, il faut aussi tenir compte des valeurs, attitudes et comportements de la communauté, ainsi que ceux de l'individu. Il

⁴ Bandura 1986; McGuire 1972; Kirby et al. 1991; Schinke et al. 1981.

⁵ McKee 2000.

est plus probable que les apprenant(e)s prennent des décisions responsables quand les pairs et la communauté modèlent des attitudes responsables et un comportement sans risque⁶. Un programme de prévention VIH/SIDA doit absolument renforcer des valeurs claires par rapport au comportement à risque, et aussi renforcer les valeurs individuelles et les normes de groupe⁷.

Qualité des processus

Preuves

Il faut développer des programmes qui sont basés sur la recherche, sur les pratiques d'enseignement et d'apprentissage efficaces et sur les besoins des apprenant(e)s. Les approches unilatérales, ou qui emploient une seule stratégie—exclusivement les témoignages ou les informations—ont échoué dans bien des cas parce qu'elles ignorent les besoins locaux et ont tendance à être basées sur des hypothèses qui n'ont pas été évaluées. Une analyse des besoins des apprenant(e)s, avec une plus importante évaluation de la situation, devraient être une source importante des informations qui sont utilisées lors du développement des programmes.

Préparatifs et formation

Il faut que les programmes soient menés par un personnel qualifié ; le personnel doit appartenir à l'école ou y être attaché. L'enseignant est, dans certains cas, la personne idéale pour offrir le programme. Dans d'autres cas, il faut employer d'autres facilitateurs ou éducateurs pairs qualifiés. Cependant, dans les cas où les enseignants ne dirigent pas le programme, ils doivent y participer, et les activités doivent être renforcées dans l'environnement scolaire général. Il faut former et soutenir les individus avant, et durant, la mise en œuvre du programme.

Méthodes d'enseignement et d'apprentissage

Il est important d'utiliser une gamme de méthodes d'enseignement et d'apprentissage qui ont des effets réels sur les connaissances pertinentes, les attitudes et le comportement en ce qui concerne le risque. Même s'il est important que l'enseignant présente des informations, sous forme de cours magistral, les méthodes interactives ou participatives se sont avérées plus efficaces pour changer les comportements à risque relatifs au VIH/SIDA (retarder les rapports sexuels, confiance en soi, utilisation des préservatifs, réduction du nombre de partenaires sexuels)⁸. Les programmes qui mettent l'accent sur les informations (biologiques) peuvent améliorer les connaissances, mais ils ne sont pas, en général, efficaces⁹ à améliorer les attitudes et comportements ou à changer les comportements à risque.

Participation

Il faut développer des mécanismes qui permettent la participation des étudiants, des parents et de la communauté générale pendant tous les stades du programme. Une

⁶ Ballard, R., A. Gillespie et R. Irwin 1994. *Principles for Drug Education in Schools*, University of Canberra, Faculty of Education.

⁷ Kirby, D. 1997. *School-Based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors : A Review of Effectiveness*.

⁸ Kirby et DiClemente 1994.

⁹ Wilson et al, 1992.

approche collaborative peut renforcer le comportement voulu, tout en créant un environnement positif pour les programmes en milieu scolaire. La participation des apprenant(e)s et des autres individus à l'éducation sur la prévention du VIH/SIDA peut assurer qu'on répondra à leurs besoins et préoccupations spécifiques de manière appropriée, du point de vue culturel et social. Elle peut aussi encourager la loyauté ou un sentiment d'appartenance au programme, ce qui peut contribuer à sa viabilité¹⁰.

Organisation du temps et durée du programme

Il est nécessaire d'assurer la suite, la progression et la continuité des programmes pendant la scolarisation¹¹. Il faut que les messages sur le VIH/SIDA commencent tôt, qu'ils soient réguliers et opportuns et qu'ils proviennent d'une source crédible. Il faut aussi tenir compte de l'âge et du niveau de développement de l'apprenant(e), commençant par des concepts simples et avançant aux concepts qui sont plus complexes, avec des leçons qui renforcent et complètent l'apprentissage antérieur.

Place dans le curriculum scolaire

Il est important de situer l'éducation sur le VIH/SIDA dans le contexte d'autres problèmes qui sont liés à la santé et à la société—tels que la santé sexuelle et reproductive, et la population—qui sont pertinents aux enfants, aux jeunes et à la communauté où ils vivent. Par exemple, des sujets « porteurs » tels que l'éducation à la santé ou l'instruction civique peuvent contenir un bon mélange de connaissances, attitudes et compétences. Au cours du temps, les programmes qui ont été « intégrés » ou trop légèrement mélangés à un curriculum scolaire, sans élaborer un module clair et intensif, ont été, en général, décevants¹². Les programmes qui font partie des curricula scolaires nationaux, et pour lesquels un emploi du temps a été établi, peuvent profiter d'une plus grande couverture ; il y a aussi une plus grande possibilité que les individus seront formés et soutenus et que le programme sera exécuté. Quand les approches informelles sont employées, il faut éviter des programmes uniques, car ils ne sont pas d'habitude capables de traiter la complexité ni la corrélation entre les nombreux problèmes pertinents.

Expansion

Il faut établir des partenariats avec les ministères au plus tôt, afin d'envisager la couverture nationale d'un programme de haute qualité. Sans une telle vision et engagement politique, les activités ne constitueront plus qu'un programme pilote. L'investissement politique des ministères de l'éducation et de la santé est souvent essentiel à l'établissement des programmes en milieu scolaire à grande envergure. L'encouragement des liens avec d'autres ministères qui sont particuliers au milieu, aux mécanismes informels et à la communauté, augmentera l'étendue et la capacité pour atteindre tous les apprenant(e)s.

Qualité des environnements

¹⁰ UNICEF. 1996. *Education : A Force for Change. World Congress Against Commercial Sexual Exploitation of Children*. Stockholm.

¹¹ Kirby et DiClemente 1994 ; Botvin 2001.

¹² CDC 1995 ; *Journal of School Health*, Gachuhi, 2000 pour l'UNICEF, région de l'est et du sud de l'Afrique.

Obtenir l'engagement

Pour influencer le leadership national et mobiliser la communauté à surmonter les obstacles, il faut mener une intense campagne de plaidoyer dès le début de la planification. Dans trop de cas, les responsables politiques ne connaissent pas les informations clés, telles que le taux d'infection par le VIH, d'infections sexuellement transmissibles, de grossesses adolescentes et d'autres problèmes de santé sexuelle chez les jeunes. Une campagne de plaidoyer qui utilise des données exactes et opportunes peut convaincre les communautés et les leaders nationaux de l'importance de commencer la prévention dès l'enfance. Cela peut aussi assurer que les programmes soient centrés sur les vrais besoins relatifs à la santé, l'expérience, la motivation et les points forts de la population cible, plutôt que sur les problèmes tels qu'ils sont perçus par les autres¹³. Il faut écouter les membres de la communauté et répondre à leurs préoccupations ; de plus, la communication des preuves et l'appréciation des opinions de la communauté peuvent être utiles dans l'acquisition de l'engagement. La mobilisation efficace des ressources soulignera l'efficacité de tels efforts.

Au-delà de l'éducation

À travers le temps, il faut coordonner les programmes d'éducation avec d'autres stratégies cohérentes, telles que les politiques, les services de santé, la promotion du préservatif, le développement communautaire et les approches médiatiques. Les programmes d'éducation sont les plus efficaces quand ils sont créés dans le contexte d'autres stratégies cohérentes. Les déterminants du comportement sont divers et complexes, et la portée de tout programme (par exemple, les écoles) sera limitée ; le fait de se concentrer de manière trop restreinte sur l'éducation à la prévention a donc peu de chances de produire un changement de comportement durable.

Cohérence

Il est important d'assurer que les messages sur la prévention du VIH/SIDA sont cohérents dans le contexte de l'environnement scolaire. Pour reconnaître et expliquer les nombreux mythes et fausses idées relatifs au VIH/SIDA, il faut trouver des façons d'encourager la communication ouverte entre les apprenant(e)s, les enseignants, les familles et la communauté générale. Les politiques et pratiques scolaires qui renforcent les objectifs du programme maximisent la possibilité de son succès.

Qualité des résultats

Le but

Le but global devrait être de se concentrer sur la prévention et la réduction des risques associés au VIH/SIDA. Les objectifs du programme devraient se concentrer sur les comportements clés qui sont liés à la réalisation du but : éviter les rapports sexuels non protégés et la consommation des drogues ; s'abstenir de, et éviter, les drogues intraveineuses.

¹³ Baldo 1994.

Réalisation des résultats

Il est important de tenir compte de la gamme entière de stratégies disponibles qui contribuent aux objectifs du programme. Quelques stratégies sont marginalisées à cause du manque de compréhension ou à cause des problèmes politiques, religieux ou culturels (par exemple, l'utilisation du préservatif ou les programmes d'échange d'aiguilles). Il faut recueillir toutes les informations disponibles auprès des sources crédibles pour choisir les stratégies les plus efficaces et acceptables, et pour les adapter, là où cela s'avère possible. Il y a des stratégies que l'on utilise parce qu'elles sont populaires, divertissantes ou intéressantes, mais si elles ne sont pas liées à la réalisation des objectifs, la valeur de ces approches est mise en question en ce qui concerne la réalisation du résultat désiré.

Vue à long terme

Il faut choisir les programmes, activités, matériels et ressources selon leur capacité de contribuer aux résultats positifs à long terme chez les apprenant(e)s et dans l'environnement scolaire. Il y a des approches qui attirent l'attention des médias et du public à court terme, mais ce ne sont peut-être pas les approches les plus efficaces, surtout lorsqu'elles ne sont pas coordonnées avec les stratégies qui sont déjà en place. Une série coordonnée de programmes à court terme, liée avec des programmes à plus long terme, devrait avoir la priorité sur les solutions uniques ou créées à la va-vite, qui ne sont intéressantes que superficiellement.

Recherche, suivi et évaluation

Il est important d'évaluer les objectifs, processus et résultats du programme en se servant des indicateurs réalistes, et il faut accorder assez de temps pour observer les résultats.

Dès le début, un plan d'évaluation (et des mécanismes de suivi) devrait ouvrir la voie à l'évaluation des progrès qui sont faits pour atteindre les objectifs. L'établissement des objectifs qui sont trop ambitieux et des indicateurs qui sont trop difficiles à mesurer, ou qui ne mesurent pas, avec précision, ce que le programme essaie de changer, sont des problèmes généraux. En général, plus d'informations sont recueillies sur l'évaluation de processus que sur l'évaluation des résultats. Il est important d'évaluer et faire état du degré auquel le programme a été exécuté comme prévu ; cela est aussi important que le résultat ultime – les changements qui ont lieu chez les apprenant(e)s.

Adressez vos commentaires et suggestions à A. Valerio (avalerio@worldbank.org) et à D. Bundy (dbundy@worldbank.org).