



Et si on en parlait ?

Droits et sexualité des enfants dans le contexte du VIH/SIDA en Afrique



RFSU- Association suédoise pour l'éducation sexuelle - est la principale organisation oeuvrant dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs en Suède. RFSU est convaincue que la promotion et la prévention en matière de santé passent par un dialogue ouvert sur la sexualité. Le droit d'avoir accès aux services de santé sexuelle ainsi qu'à une éducation sexuelle sont des instruments clés dans la lutte pour une société plus équitable et en meilleure santé. RFSU est membre d'IPPF, International Planned Parenthood Federation- Fédération internationale pour la planification familiale- qui regroupe des organisations de planification familiale à travers le monde. RFSU met en œuvre des projets pour une amélioration des droits et de la santé sexuelle et reproductive en partenariat avec des organisations présentes en Afrique et en Asie. Elle mène ses actions à travers l'éducation, l'information, les services et le plaidoyer en Suède et dans le monde.

Save the Children Suède lutte pour les droits de l'enfant et apporte une amélioration immédiate et durable à la vie des enfants à travers le monde.

Notre vision est celle d'un monde où tous les droits de l'enfant sont réalisés. Save the Children œuvre pour :

- un monde qui respecte et valorise chaque enfant
- un monde qui écoute et apprend des enfants
- un monde où tous les enfants ont de l'espoir et des perspectives d'avenir

Numéro de Code : 10079

ISBN : 978-91-7321-259-5

© Save the Children Suède et RFSU (Association suédoise pour l'éducation sexuelle), 2007

Auteurs : Sarah C.Thomsen
Groupe VIH/SIDA de Focus Africa, Save the Children Suède

Avec la contribution de : Erik Centerwall

Photos : Couverture Anna Kåri ; p.6, 13, 16, 25, 34, 37, 41, 43, 44- Anna Kåri ; p. 5, 21, 26- Sophie Joy Mosko ; p. 38- Etsub Berhanesillasie.

Imprimeur :XXXXXX

Nos remerciements à Ola Florin, Rebecca Popenoe, Erik Vågberg Julia Shalk, Lina Gran Lund et Ylva Bergman pour leurs commentaires sur les versions précédentes.

Membres du Groupe VIH/SIDA de Focus Africa, Save the Children Suède:

Eva Nordfjell
Amé David
Etsub Berhanesillasie
Sophie Joy Mosko
Shani Winterstein

Et si on en parlait ?

Droits et sexualité des enfants dans le contexte du
VIH/SIDA en Afrique



Save the Children

Suède



Table des Matières

SIGLES ET ABREVIATIONS	ii
PREFACE	iii
1. RESUME EXECUTIF	1
2. INTRODUCTION	4
3. CADRE DE L'ÉTUDE	6
4. VERS UNE APPROCHE BASEE SUR LES DROITS	9
4.1. Les droits de l'enfant	9
5. SEXE ET SEXUALITÉ	13
5.1. Le développement sexuel	14
5.2. Masculinité, féminité et liens avec la sexualité	17
5.3. L'identité sexuelle	17
6. ENFANTS, SEXUALITÉ ET VIH/SIDA	19
7. EDUCATION SEXUELLE	21
8. PERCEPTIONS DES ENFANTS	23
8.1. Stratégies privilégiées des enfants pour une protection à long terme contre le VIH/SIDA ..	23
8.2. Perceptions des enfants vis-à-vis des services de santé sexuelle et reproductive.....	26
8.3. Perceptions des enfants vis-à-vis de l'éducation et des services conseils pour la prévention du VIH/SIDA à l'école	28
8.4. Perceptions des enfants vis-à-vis de l'éducation et des services conseils à base communautaire pour la prévention du VIH/SIDA (y inclus la société civile et les organisations religieuses).....	32
8.5. Perceptions des enfants vis-à-vis des informations relatives à la prévention du VIH/SIDA dans les médias	33
8.6. Degré de connaissance et opinions des enfants sur le sexe transactionnel.....	34
8.7. Situation des enfants exprimant leur sexualité en dehors des normes hétérosexuelles.....	37
8.8. Comment les enfants comprennent-ils la stratégie ABC (Abstinence-Fidélité- Préservatif)?	38
9. QUELLES SONT LES RÉPONSES EFFICACES ?	42
10. LES SECTEURS NECESSITANT DAVANTAGE DE RECHERCHE	45
11. CONCLUSION.....	48
12. REFERENCES	50
13. ANNEXE : METHODOLOGIE.....	54

Sigles et Abreviations

ABC	(Mot Anglais : Abstinence, Be faithful, use of Condom) Abstinence, Fidélité, ou utilisation du Préservatif
ANPPCAN	Réseau africain pour la prévention et la protection contre les abus et l'abandon des enfants
Comité	Comité des droits de l'enfant
CDE	Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant
CDV	Centre de Conseil et de Dépistage Volontaire
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CSA	Agence Centrale de la Statistique [Ethiopie]
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPAS	Organisation Pan-Américaine de la Santé
PIWH	Institut pacifique pour la santé des femmes (Pacific Institute for Women's Health)
PRB	Population Reference Bureau
RFSU	Association suédoise pour l'éducation sexuelle
SCS	Save the Children Suède
SIDA	Syndrome d'Immuno-déficience Acquis
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UNGASS	Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus d'Immuno-déficience Humaine

Preface

Les jeunes constituent à ce jour la majorité de la population mondiale avec près de deux milliards d'individus de moins de 15 ans. La plupart de ces jeunes n'ont pas accès aux services dont ils ont besoin pour se prémunir du VIH/SIDA. Il est nécessaire d'écouter les enfants et de prendre en compte leurs besoins pour qu'ils puissent se protéger du VIH/SIDA.

Save the Children Suède et RFSU- Association suédoise pour l'éducation sexuelle - ont analysé la question de la sexualité et des droits de l'enfant par rapport à l'épidémie du VIH/SIDA dans quelques pays sélectionnés en Afrique. Le présent rapport donne une vue d'ensemble du concept de "sexualité" et offre un résumé de la littérature existante sur les stratégies définies par les enfants pour comprendre la sexualité et les relations interpersonnelles en rapport avec le VIH/SIDA.

Ce rapport démontre que certains programmes et politiques destinés aux enfants utilisent des messages qui ne correspondent pas à leur réalité. Les enfants savent que l'abstinence est le meilleur moyen de se protéger contre le VIH/SIDA, mais ils ne trouvent pas qu'une telle pratique soit un moyen de prévention réaliste. Le rapport montre clairement que les enfants partagent les mêmes inquiétudes que les adultes sur les questions liées à la sexualité. Ils ont besoin d'informations exemptes de positions morales ou de jugement. Les enfants doivent être traités avec respect dans le cadre d'échanges sur les questions liées à la sexualité et ils doivent se sentir en confiance et en sécurité avec celui qui leur fournit ces informations (souvent un professeur, un agent de santé ou un parent).

Pour bon nombre d'enfants et de jeunes, les médias sont devenus la principale source d'informations sur la sexualité. Cependant, ils ont besoin et ont envie de parler des questions liées à la sexualité, à la reproduction et à la vie avec des adultes bien informés qui peuvent également les amener à percevoir de manière positive leur propre vie, leurs choix et leur sexualité.

Les enfants ont le droit de recevoir des informations exactes et précises et d'avoir accès aux services adéquats afin de se protéger contre le VIH/SIDA et de grandir en bonne santé.

Les enfants ont droit à des informations exactes et exemptes de jugement pour être à même de prendre les meilleures décisions sur comment se protéger du VIH/SIDA. Pour définir des politiques et développer des programmes qui répondent aux besoins des enfants, les parents, les enseignants, les agents de santé et les décideurs politiques doivent les écouter et prendre en compte leurs points de vue. Nous voulons encourager ceux qui travaillent avec les enfants à revoir leurs perceptions et opinions par rapport à la sexualité de ceux-ci. Ce n'est pas en se voilant la face ou en ignorant les faits que nous parviendrons à protéger les enfants.

Åsa Regnér

Charlotte Petri Gornitzka
Secrétaire Générale
Save the Children Suède

Åsa Regnér

Åsa Regnér
Secrétaire Générale
RFSU

I. Résumé Exécutif

Ce rapport présente un aperçu des stratégies adoptées par les enfants pour gérer leur sexualité et les relations interpersonnelles face au fléau du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Il vise à fournir aux acteurs concernés un capital d'informations cohérentes vues sous l'angle des droits de l'enfant afin de renforcer le plaidoyer pour le développement d'une politique sur la santé sexuelle et reproductive. L'étude repose sur les principes énoncés dans la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant¹ (CDE).

Le rapport récapitule la littérature existante sur les perspectives et les opinions des enfants d'Afrique subsaharienne au sujet de la sexualité et des problèmes y afférents. Il utilise des données et des informations provenant du travail de Save the Children Suède et de RFSU et des expériences de leurs programmes en Afrique.

Le rapport a pour objet d'analyser huit points relatifs aux enfants face au VIH/SIDA :

- les stratégies de protection privilégiées des enfants contre le VIH/SIDA à long terme ;
- les perceptions des enfants par rapport aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- les perceptions des enfants vis-à-vis de l'éducation et des services conseils pour la prévention du VIH à l'école ;
- les perceptions des enfants vis-à-vis de l'éducation et des services conseils à base communautaire pour la prévention du VIH ;
- les perceptions des enfants vis-à-vis des informations relatives à la prévention du VIH dans les médias ;
- le niveau de sensibilisation et les opinions des enfants sur les rapports sexuels "transactionnels" (en échange de faveurs ou de cadeaux) ;
- la situation des enfants qui expriment leur sexualité en dehors de la norme hétérosexuelle ;
- la compréhension des enfants par rapport à la stratégie ABC (Abstinence – Fidélité – Préservatif).

Principaux Résultats

Les enfants sont bien conscients des avantages que procurent l'abstinence sexuelle, le fait de se limiter à un seul partenaire et l'utilisation du préservatif pour se protéger du VIH/SIDA. Cependant, ils n'adoptent pas toujours ces stratégies pour éviter les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Les enfants comprennent les avantages de l'abstinence mais ils ne la voient pas comme un moyen de protection réaliste pour eux. La fidélité est également considérée comme une bonne option pour certains, bien qu'il ne soit pas évident que les enfants comprennent le sens du terme dans son contexte originel. Les enfants n'aiment pas trop le préservatif pour les mêmes et diverses raisons que les adultes (même si certaines de ces raisons sont basées sur de fausses informations).

Les enfants ont leurs propres stratégies pour éviter les rapports sexuels, comme par exemple, s'impliquer dans des activités extrascolaires tels que les sports et les activités dans les clubs.

¹ La Convention relative aux Droits de l'Enfant définit un enfant comme toute personne âgée de moins de 18 ans.

Les enfants développent souvent leurs propres stratégies pour éviter d'avoir des rapports sexuels. On note parmi ces stratégies, s'impliquer dans des activités extrascolaires comme le sport et les activités dans les clubs pour éviter de penser au sexe, prendre l'argent des hommes sans avoir de rapports sexuels avec eux, avoir recours au sexe oral ou pratiquer la masturbation. Les enfants ne se perçoivent pas souvent comme un groupe à risque face au VIH/SIDA.

Les filles et les garçons pensent souvent qu'ils sont régis par des rôles de genre assez stricts. Cependant, les données concernant ces perceptions sont peu concluantes. Dans certaines études, les filles avaient le sentiment qu'elles pouvaient décider de quand et avec qui elles voulaient avoir des rapports sexuels (mais pas la négociation du port de préservatif), mais dans d'autres cas, elles avaient le sentiment de n'avoir aucun pouvoir et risquaient d'être violées ou de subir d'autres formes de violence physique si elles refusaient d'avoir des relations sexuelles avec un garçon. Les garçons se sentaient également obligés de respecter les normes de genre relatives à la libido masculine qui les poussent à avoir plusieurs partenaires sexuels.

Les enfants n'accordent pas d'importance à l'éducation sexuelle à l'école parce qu'ils la perçoivent comme moralisatrice et négative vis-à-vis du sexe. Il est ressorti des différentes études que les enfants veulent savoir comment se protéger, d'autant plus que la plupart d'entre eux sont déjà sexuellement actifs et non avoir uniquement des informations sur l'aspect biologique du sexe. Les enfants tendent à recevoir la plupart de leurs informations sur la santé sexuelle et reproductive à partir des médias, bien que la fiabilité des informations transmises soit remise en question.

Quelles sont les réponses efficaces ?

A partir des résultats du présent rapport, nous suggérons un certain nombre de recommandations à l'endroit des décideurs politiques et des personnes impliquées dans l'élaboration des programmes :

1. Les programmes devraient chercher à comprendre et à promouvoir les stratégies des enfants et des jeunes eux-mêmes pour éviter le VIH/SIDA, les aider à développer leurs capacités de décision et à mener une réflexion critique.
2. Les normes traditionnelles de genre pouvant avoir des répercussions préjudiciables, telles que le fait d'attendre d'un garçon qu'il ait plusieurs partenaires sexuels, doivent être ouvertement discutées et débattues avec les enfants et les adultes.
3. Les préoccupations des enfants quant au respect de la confidentialité, de la vie privée et à l'accès aux services de santé devraient être prises en considération et sérieusement abordées. Autant que possible, les services de santé sexuelle et reproductive pour les enfants devraient être gratuits.
4. Les enseignants devraient être formés à l'enseignement d'une éducation sexuelle appropriée et intéressante pour les enfants, même pour ceux qui ont choisi l'abstinence. Ceci nécessitera probablement que les enseignants soient formés sur leur propre sexualité.

Les inquiétudes des enfants quant au respect de la confidentialité, de l'intimité, ainsi que l'accès aux services devraient être sérieusement prises en compte et abordées.

5. Les programmes d'éducation à base communautaire doivent respecter le désir des enfants d'avoir des discussions confidentielles avec des pairs éducateurs et d'autres membres de la communauté, et présenter la sexualité et les compétences à la vie courante d'une manière adaptée aux besoins des enfants.
6. Il faudrait associer davantage les médias comme canaux d'informations sur les messages relatifs à la santé sexuelle et reproductive destinés aux enfants.
7. Les programmes devraient offrir aux filles des opportunités économiques pour se passer de la nécessité d'avoir des rapports sexuels transactionnels. La possibilité d'obtenir un statut et des biens à travers les relations sexuelles transactionnelles doit être examinée de manière critique et discutée avec les enfants.
8. Etant donné que certains enfants ne s'identifient pas à la norme hétérosexuelle, les informations sur la sexualité devraient être inclusives et éviter de prendre la norme hétérosexuelle pour acquise.
9. Les inquiétudes des enfants concernant leur capacité à s'abstenir devraient être sérieusement prises en compte.

Ce rapport offre une vue d'ensemble sur les droits sexuels, avec un accent particulier sur les droits de l'enfant, y compris l'accès des enfants à l'information sur la santé sexuelle et reproductive, en vertu des conventions et politiques internationales spécifiques. Il examine le concept de la sexualité et du développement sexuel des enfants et insiste sur l'importance d'impliquer les enfants dans les discussions sur la question liées à la sexualité, plus particulièrement dans le contexte du VIH/SIDA. Les enfants doivent être spécifiquement impliqués dans cette discussion parce qu'ils sont vulnérables à l'infection par le VIH. Les enfants sont souvent sexuellement actifs et sont en général négligés dans ce domaine en raison des normes morales restrictives selon lesquelles il est inapproprié de discuter de la sexualité avec les enfants.

Conclusion

Le rapport présente clairement les concepts généraux sur la sexualité avant de se focaliser sur la sexualité des enfants comme une partie intégrante de leur vie dont ils doivent être informés. De plus, il met l'accent sur les imperfections souvent observées dans les programmes et dans les recherches sur la santé sexuelle et reproductive des enfants, notamment sur comment lier ce travail aux droits de l'enfant. Le rapport identifie de nouveaux axes de recherche nécessaire dans ce domaine et met un accent particulier sur les opinions des enfants au sujet de la sexualité.

Après avoir analysé les réponses des enfants sur les programmes d'éducation actuels sur la sexualité et l'engagement des adultes, on est arrivé à la conclusion que souvent, trop peu d'attention est accordée aux capacités propres et aux désirs des enfants.

Il est également indispensable de faire le lien entre les politiques et les programmes pour répondre de manière conviviale et participative aux besoins des enfants en matière de santé sexuelle et reproductive.

2. Introduction

"Les secrets doivent cesser maintenant, sinon ils vont nous tuer."

Propos de Brighton Mayamba de l'organisation zambienne des droits de l'enfant, membre du ANPPCAN (Réseau africain pour la prévention et la protection contre les abus et l'abandon des enfants) lors d'une discussion sur l'importance de parler de la sexualité aux enfants, un sujet jusqu'ici tabou.

Dans le monde entier, sur six décès liés au SIDA et sur sept nouvelles infections par le VIH, on compte un enfant. Quatre-vingt-cinq pour cent des enfants séropositifs dans le monde vivent en Afrique subsaharienne. (UNICEF, 2005). Des millions d'autres enfants non infectés par le VIH/SIDA sont affectés par l'épidémie, soit par la perte d'un parent, d'un professeur ou d'un autre proche, ou en raison du bouleversement économique et social qui en résulte (Richter et Rama, 2006). En dépit de cet énorme fardeau, les enfants sont toujours considérés comme "la face cachée du SIDA", et n'ont pas suffisamment accès à l'information, à l'éducation, ni aux services pour répondre à leurs besoins (UNICEF, 2005). En outre, les besoins des enfants sont souvent interprétés par les adultes en dépit de l'appel croissant pour une meilleure participation des enfants à la prise de décision (Comité des droits de l'enfant, 2003). Il semble également qu'il y a une insuffisance d'informations sur ce dont les enfants eux-mêmes pensent avoir besoin pour éviter de contracter le VIH/SIDA, et une réticence à agir sur ces besoins même lorsqu'ils sont exprimés (UNFPA, 2005).

Le terme 'enfants' dans ce rapport fait référence aux personnes de moins de 18 ans (CDE). L'Organisation Mondiale de la Santé définit 'un jeune' comme toute personne âgée entre 10 et 24 ans, et le terme 'jeunesse' est associé à ceux qui ont entre 15 et 24 ans, et celui 'd'adolescents' de 10 à 19 ans, (OMS, 1998), cependant ces termes sont souvent utilisés l'un pour l'autre dans la littérature.

Statistiques sur le VIH/SIDA

- La catégorie de la population qui court le plus gros risque de contracter le VIH/SIDA est celle âgée de 15 à 24 ans.
- Chaque jour, près de 1800 nouvelles infections par le VIH sont enregistrées chez les enfants de moins de 15 ans et on compte plus de 6000 jeunes nouvellement atteints par le VIH chez les 15- 24 ans.
- Chaque jour, 1400 enfants de moins de 15 ans meurent de maladies liées au SIDA (ONUSIDA, 2006).
- Les taux de prévalence les plus élevés se retrouvent en Afrique subsaharienne et sont encore plus élevés chez les jeunes filles que chez jeunes hommes (UNICEF, 2006).

Il est essentiel de prévenir la transmission ou la propagation du VIH/SIDA au sein de la population générale, de reconnaître que les enfants sont appelés à être sexuellement actifs et de s'assurer qu'avant même de faire l'expérience des relations sexuelles, ils aient accès à l'information pour prévenir la transmission. Dans diverses cultures, parler de sexe et de sexualité avec les enfants est mal perçu et considéré comme un tabou. En même temps, les communautés et la société reconnaissent la

nécessité de débattre de la question. Bien qu'il soit difficile d'aborder des sujets embarrassants et intimes en rapport avec la sexualité et les enfants, il est crucial de le faire d'une manière positive et instructive.

La majorité de cas de transmission du VIH, aussi bien que de réinfections, sont liées à l'activité sexuelle et à la reproduction (ONUSIDA, 2006). Ainsi, pour traiter de la prévention du VIH/SIDA, il faut également comprendre la sexualité des individus. Cela inclut non seulement leurs pratiques et comportements sexuels, mais également leur ardent désir d'amour, de sexe et d'intimité (Nordstedt, 2006). Mais, il existe une réticence générale à discuter de la sexualité et des droits reproductifs, surtout par rapport aux enfants. Toutefois, on ne pourra arrêter la propagation du VIH/SIDA sans aborder les questions de sexualité, de normes liées au genre et de développement des identités sociales.



Le présent rapport traite des opinions des enfants concernant les questions liées à la sexualité et les mécanismes auxquels ils ont recours pour éviter de s'exposer à l'infection du VIH/SIDA.

Ce rapport a pour objet d'analyser les stratégies que les enfants ont développées pour traiter de la sexualité et des relations interpersonnelles face au VIH/SIDA, et de fournir aux acteurs une base de données cohérente axée autour des droits des enfants et des jeunes pour l'élaboration d'un programme de plaidoyer sur la santé sexuelle et reproductive.

La revue littéraire dans ce rapport analyse en outre les recherches sur la sexualité et les droits de l'enfant par rapport à l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Cette revue est renforcée par le travail que Save the Children Suède et RFSU ont entrepris sur la sexualité et les enfants en Afrique.

Le rapport passe en revue les droits sexuels tout en mettant l'accent sur les droits de l'enfant, y compris leur accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive, acquis en vertu des conventions et politiques internationales spécifiques. Il examine en outre le concept de la sexualité et du développement sexuel des enfants. Le rapport comprend un résumé des réflexions des enfants sur les questions de sexualité et leurs stratégies d'adaptation pour prévenir la transmission du VIH/SIDA. A partir de ces résultats, le rapport présente des recommandations en vue d'actions efficaces visant à soutenir les stratégies d'adaptation des enfants et à accroître leur capacité de prévention.

3. Cadre de l'étude

Dans la revue littéraire, la priorité a été accordée aux pays situés en Afrique subsaharienne dans lesquels RFSU et Save the Children Suède interviennent : Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Sénégal), Afrique Centrale et de l'Est (Kenya, Tanzanie, Ouganda, Ethiopie et Soudan) et Afrique Australe (Zambie, Afrique du sud).

Le tableau 1 présente sommairement les principaux indicateurs de l'activité sexuelle et ses conséquences dans ces pays. Il est important de noter que des données spécifiques par rapport aux enfants de moins de 15 ans n'existent pas. La plupart des études regroupent les 15-24 ans dans un même groupe, ce qui explique l'impossibilité de déterminer les informations portant de manière spécifique sur les enfants. Il convient de noter que ces chiffres ont été compilés à partir d'études menées à différents moments et ne sont de ce fait pas totalement comparables.



*10 à 18% des jeunes filles
et 11 à 17% de jeunes
hommes âgés de 15-19
ans ont eu des rapports
sexuels avant l'âge de 15
ans*

Quelques statistiques générales

- La proportion de jeunes âgés de 10 à 24 ans dans les pays de l'étude se situe entre 31 et 36%.
- Le taux d'analphabétisme parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans varie de manière significative dans la région : de 3% chez les garçons et 4% chez les filles au Kenya, à 36% chez les garçons et 52% chez les filles au Sénégal.
- La proportion de filles âgées de 15 à 19 ans qui "ont déjà été mariées" se situe entre 24 et 30% dans les pays sélectionnés, à l'exception de l'Afrique du Sud (4%) et du Soudan (11%).
- Les connaissances sur l'utilisation correcte du préservatif varient entre 53 et 83% à la fois chez les garçons et filles de 15 à 24 ans dans l'ensemble des pays sélectionnés ; l'exception étant le Soudan avec 12% chez les filles (données inexistantes pour les garçons).
- Entre 10 et 18% des filles et 11 et 17% des garçons âgés de 15 à 19 ans dans les pays sélectionnés ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.
- Les pays ayant le taux le plus élevé de jeunes qui ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans étaient l'Ethiopie (41% des filles et des garçons) et le Kenya (31%). Seul 5% des filles en Afrique du Sud n'auraient probablement pas avoué avoir eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.
- Le taux de prévalence estimé du VIH dans la population adulte (15-49 ans) se situe entre 6 et 7% dans quatre de ces pays. Il est beaucoup plus bas au Sénégal (0,9%) et au Soudan (1,6%), et beaucoup plus élevé en Zambie (17%) et en Afrique du Sud (18,8%).
- Le taux de prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans se situe entre 0,4% et 18,1% avec la plus basse prévalence au Sénégal et au Soudan, et la plus élevée en Zambie et en Afrique du Sud.
- La proportion de tous les individus âgés de moins de 15 ans infectés par le VIH oscille entre 8 et 12%, l'unique exception étant l'Afrique du Sud avec 4,4%.

Tableau I : Statistiques sélectionnées sur des enfants et des jeunes dans les pays étudiés (tous les résultats sont exprimés en pourcentages)

Variante	Afrique de l'Ouest		Afrique Centrale et de l'Est					Afrique Australe	
	Côte d'Ivoire	Sénégal	Kenya	Tanzanie	Ouganda	Ethiopie	Soudan	Afrique du Sud	Zambie
Caractéristiques de base									
Pourcentage de la population âgée de 10 à 24 ans ¹	35	34	35	34	34	33	32	31	36
Pourcentage de garçons analphabètes âgés de 15 à 24 ans ²	26	36	3	5	12	34	14	8	14
Pourcentage de filles analphabètes âgées de 15 à 24 ans ²	41	52	4	8	23	44	22	8	24
Pourcentage de filles âgées de 15 à 19 ans qui ont déjà été mariées ¹	25	28	20	24	32	30	11	4	27
Connaissances									
Pourcentage de filles âgées de 15 à 24 ans qui savent qu'on peut se protéger du VIH en utilisant régulièrement le préservatif ²	53	49	--	62	68	37	12	83	59
Pourcentage de garçons âgés de 15 à 24 ans qui savent qu'on peut se protéger du VIH en utilisant régulièrement le préservatif ²	--	--	--	72	81	63	--	--	69
Expérience sexuelle									
Pourcentage de filles âgées de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ^{3,4}	14.5	--	14.5	10.1	12.2	41.5	--	5	17.5
Pourcentage de garçons âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans ^{3,4}	13.3	--	30.9	10.7	16.3	40.3	--	12	--
VIH/SIDA									
Prévalence estimée du VIH/SIDA au sein de la population âgée de 15 à 49 ans ³	7.1	0.9	6.1	6.5	6.7	0.9-3.5*	1.6	18.8	17
Prévalence estimée du VIH/SIDA au sein de la population âgée de 15 à 24 ans ²	5.6	0.4	10.8	5.8	3.3	6.1	2.1	18.1	14.5
Pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH âgées de 0 à 14 ans ³	9.9	8.1	11.5	7.9	11.0	7.1-16.9*	8.6	4.4	11.8

1 PRB, 2006

2 UNFPA, 2005b

3 ONUSIDA, 2006

4 Chiffres pour l'Afrique du Sud tirés de Pettifor et al, 2004

* Données préliminaires ; données pour 2006 en attente

4. Vers une Approche Basée sur les Droits

Ce rapport part du principe que tous les individus (y compris les enfants) ont des droits sexuels. Dans leurs programmes, Save the Children Suède et RFSU utilisent une approche basée sur les droits qui repose sur des valeurs et des croyances universellement reconnues en matière de droits humains. La section suivante examine ces droits et la manière dont ils sont appliqués pour respecter l'intérêt supérieur de l'enfant.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2004) souligne que les droits sexuels englobent les droits humains reconnus par les législations nationales et les instruments internationaux relatifs aux droits humains. Ces droits incluent, entre autres droits accordés à toute personne sans aucune contrainte, discrimination et violence:

- le droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- le droit de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité ;
- le droit à une éducation sexuelle ;
- le droit au respect de son intégrité physique ;
- le droit au choix de son partenaire ;
- le droit de décider d'avoir une vie sexuelle active ou non ;
- le droit à des relations sexuelles consentantes;
- le droit à un mariage consenti;
- le droit de décider d'avoir des enfants au moment désiré ou de ne pas en avoir;
- le droit d'avoir une vie sexuelle épanouie, agréable et sans risque.

4.1. Les droits de l'enfant

Les droits humains internationaux appropriés utilisés dans ce rapport sont consignés dans la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (1989)², qui fut plus tard interprétée par le Comité des droits de l'enfant³ dans les "Observations Générales sur le VIH/SIDA et Droits de l'Enfant" (Comité des droits de l'enfant, 2003). Le fondement d'une approche basée sur les droits repose sur le fait que l'Etat est considéré comme le premier responsable par rapport à la réalisation de ces droits.

Responsabilité de l'Etat : Tous les pays qui ont signé et ratifié la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant (CDE) ont accepté de respecter les principes contenus dans le document. En outre, *"ils ont la responsabilité principale d'assurer la réalisation des droits de l'enfant et sont responsables envers la communauté internationale et envers toutes les personnes relevant de leur juridiction"* (SCS, 2005, p.37). Cela ne signifie

² Ci-après dénommée "CDE"

³ Ci-après dénommé "le Comité". Le Comité est un organe de surveillance indépendant, chargé d'examiner les rapports des Etats sur les droits de l'enfant et d'interpréter la Convention relative aux Droits de l'Enfant en adoptant des Observations Générales destinées à guider les Etats dans la réalisation des droits de l'enfant.

Il incombe à l'Etat, la responsabilité première de s'assurer que les droits des enfants sont respectés.

pas que les Etats doivent mettre en œuvre ces droits eux-mêmes. Ils peuvent faire appel à d'autres organisations pour les y aider. Cependant, il incombe à chaque pays la responsabilité finale de s'assurer que les droits de tous les enfants sont réalisés et a de ce fait la responsabilité de rendre compte.

En ce qui concerne les droits sexuels des enfants et le rôle de l'Etat, le Comité des droits de l'enfant (le Comité) a adopté "L'Observation Générale N°4 sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux Droits de l'Enfant." Le Comité a indiqué que les Etats sont tenus de prendre certaines mesures pour protéger le droit des adolescents à la santé sexuelle et reproductive et qu'ils ont l'obligation

"d'assurer aux adolescents l'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive, notamment sur la planification familiale et les méthodes de contraception, les risques liés aux grossesses précoces, la prévention du VIH/SIDA ainsi que la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) " (p. 28) et ;

"de développer des programmes efficaces de prévention contre le VIH/SIDA et les IST, y compris des mesures visant à faire évoluer les mentalités en ce qui concerne les besoins des adolescents en matière de contraception et de prévention des IST et à lutter contre les tabous culturels et autres associés à la sexualité des adolescents."(p. 30). (Comité des droits de l'enfant, 2003b)

Le droit à la non-discrimination : L'article 2 de la CDE fait obligation aux pays d'assurer la réalisation de tous les droits pour chaque enfant, sans distinction aucune. Le Comité met en exergue ce droit dans la prévention du VIH/SIDA par rapport à la stigmatisation, aux tabous et aux préjugés négatifs sur les filles sexuellement actives, ainsi que ceux fondés sur les préférences sexuelles. Le Comité souligne l'obligation des pays de reconnaître l'impact préjudiciable que ces stigmates et préjugés peuvent avoir sur la vulnérabilité des garçons et des filles face au VIH/SIDA et de promouvoir des programmes destinés à changer de telles attitudes.

L'intérêt supérieur de l'enfant : L'article 3 de la CDE stipule que *"l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale"* dans toutes les actions entreprises par l'Etat. Le Comité utilise cela comme argument pour amener les Etats à placer les enfants au centre des actions menées pour enrayer le VIH/SIDA. On considère souvent que le respect de l'intérêt supérieur de l'enfant se limite à satisfaire les droits à la survie, à la participation et à la non-discrimination.

Le droit à la survie : L'article 6 porte sur le droit de tous les enfants de devenir des adultes à part entière. Le Comité a interprété cet article comme indiquant le besoin pour les pays d'aborder la question de la sexualité des enfants, même si cela est contraire à ce que la société conçoit généralement comme acceptable pour les enfants. Cette interprétation découle du raisonnement que certaines pratiques traditionnelles, telles que les mariages précoces et forcés, sont préjudiciables aux enfants et peuvent accroître les risques de contracter le VIH. Pour prévenir pareils risques, il faudrait donner aux enfants une éducation adéquate et des informations exactes sur leur sexualité.

Le droit à la participation : L'article 12 de la CDE stipule que les enfants ont droit à ce que leurs opinions soient dûment prises en considération. Par rapport au VIH/SIDA, le Comité indique que les enfants devraient être activement impliqués dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des politiques et programmes sur le VIH/SIDA. *"Il se pourrait qu'une variété d'approches soit nécessaire pour assurer la participation des enfants issus de tous les secteurs de la société, y compris des mécanismes qui les encouragent, selon le développement de leurs capacités, à exprimer leurs opinions et qui garantissent que leurs opinions sont dûment prises en considération, en fonction de leur âge et de leur niveau de maturité"* (Comité des droits de l'enfant, 2003, p. 4.)

" Les programmes de prévention ne sauraient être efficaces que s'ils reconnaissent les réalités de la vie des enfants."

Le droit à l'information : L'article 17 de la CDE se rapporte au droit de l'enfant d'accéder à des informations qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. Dans l'Observation Générale N° 3 sur le "VIH/SIDA et les droits de l'enfant" le Comité souligne que : *"Pour être efficaces, les programmes de prévention doivent nécessairement tenir compte des particularités de la vie des adolescents et essayer d'assurer aux enfants des deux sexes l'égal accès à l'information nécessaire, aux connaissances de base et aux mesures de prévention."* (Comité des droits de l'enfant, 2003a)

Le droit à la santé et aux services de santé : L'article 24 de la CDE stipule que tous les enfants ont le droit de jouir "du meilleur état de santé possible" et de bénéficier de services médicaux. Cela comprend l'accès aux soins de santé préventifs comme l'éducation sexuelle et les services de planification familiale (art. 24f). Le Comité a interprété les deux articles 17 et 24 comme permettant l'accès à des informations exactes, appropriées et adaptées à l'âge des enfants, nécessaires pour la protection contre l'infection par le VIH. Ceci ne tient pas compte des déformations, de la rétention, ni de la censure des informations indispensables pour assurer le droit à la vie, à la survie et au développement de l'enfant.

Accords internationaux

En plus de la CDE, il existe d'autres accords internationaux relatifs aux enfants et au VIH/SIDA qu'il est utile de mentionner ici.

Le Programme d'Action de la CIPD : En 1994, le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) a été adopté par 179 pays. Il a réaffirmé le droit de tout enfant (défini comme toute personne âgée de 10 à 19 ans) à une éducation sexuelle afin d'accroître les chances des jeunes de pouvoir utiliser cette information pour se protéger (CIPD 1994). Ce programme se justifiait par le fait que "les jeunes ne considèrent pas leur propre sexualité comme un problème, mais comme un atout et quelque chose de positif" (Lindahl, 1995, p.19).

Déclaration de l'UNGASS : En juin 2001, l'Assemblée Générale des Nations Unies a tenu une session spéciale sur le VIH/SIDA, qui a abouti à une Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA (UNGASS). Bien que ce document ne s'adresse pas spécifiquement aux enfants ou aux jeunes, un certain nombre de références importantes à la jeunesse y ont été faites. Il a été réaffirmé que la pleine participation des

jeunes vivant avec le VIH/SIDA dans les programmes nationaux était nécessaire pour créer une réponse efficace à la maladie. Par rapport à l'information et à l'accès aux services, la déclaration avait indiqué que *"d'ici 2010, au moins 95 pour cent des jeunes hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans devraient avoir accès à l'information, à l'éducation, y compris l'éducation par les pairs, une éducation spécifique pour les jeunes sur le VIH ainsi qu'aux services nécessaires pour développer les compétences de vie requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection au VIH"* (UNGASS, 2001, p. 21). En conclusion, la déclaration avait affirmé la nécessité d'assurer l'accès des filles et des garçons à l'éducation sexuelle à l'école et de renforcer la planification familiale et les programmes de santé sexuelle.

5. Sexe et Sexualité

Les perceptions par rapport au sexe et à la sexualité constituent souvent un obstacle aux discussions sur la prévention du VIH/SIDA, du fait d'un manque d'informations sur ces concepts. Cette section examine la compréhension du sexe et de la sexualité afin d'arriver à une base claire à partir de laquelle on pourra analyser les opinions et les perceptions des enfants sur ces questions.

Le sexe se rapporte aux caractéristiques biologiques qui définissent les humains en tant qu'homme ou femme. La sexualité se rapporte à tout ce qui fait de nous des êtres humains. Cela inclut le sexe, les identités et les rôles de genre, les orientations sexuelles, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est un aspect important de l'être humain durant toute la vie (OMS, 2004). Elle est régie par les lois, les normes morales, la famille, les valeurs personnelles et sociales et les normes sociales qui sont déterminées par la distribution du pouvoir et les prises de décision dans la société (Instituto Promundo, 2002 ; OMS, 2004).

La sexualité n'est pas un sujet en soi. Elle est inextricablement liée à l'estime de soi, à l'image que l'on a de son corps, à l'identité, à la perception qu'on a de l'amour, au fait d'avoir des relations amoureuses, de "sortir avec quelqu'un", de rompre une relation, la perception qu'on a du plaisir, du mariage, et de notre perception de ce qui est juste ou pas. La sexualité fait partie d'un plus large cadre de ce qui est lié à l'identité et de la manière dont les humains partagent leurs sentiments les plus intimes et les plus vulnérables avec les autres.

La discussion et l'apprentissage de la sexualité consistent à travailler sur les croyances, les mythes et les valeurs relatifs à l'amour, au sexe et au genre. Il s'agit aussi de travailler sur les attentes, les espoirs et les craintes liées aux raisons pour lesquelles les individus pourront découvrir leur propre sexualité, des idées sur l'amour et comment ils peuvent exprimer cet amour et cette sexualité dans leurs interactions avec les autres. Travailler sur la sexualité signifie également travailler sur les questions d'identité, car la sexualité est une partie intégrante de la personnalité et de l'identité de chaque individu. Nordstedt (2006) défend que la sexualité ne porte pas uniquement sur les connaissances et les faits, mais également sur des questions existentielles telles que :

- Suis-je assez bien ?
- Qui suis-je ?
- Suis-je normal ?
- Est-ce que je vais trouver quelqu'un à aimer et quelqu'un qui va m'aimer ?
- Que ressent-on lors des rapports sexuels ?
- Qu'est-ce que réellement l'amour ?

Dans toutes les cultures et dans tous les pays du monde, le sexe et la sexualité sont des questions sensibles, liées à l'intimité, aux secrets et aux choses à savourer et à regretter. La sexualité est quelque chose d'intime : comme les actes, fantasmes, être

amoureux, et les émotions qui y sont liées, la honte et la culpabilité, la peur, mais également la passion et le plaisir. Ce qu'une personne veut et ce qu'elle s'abstient de faire, crée des attitudes par rapport au sexe et à la sexualité. Ce que la société veut et affiche crée des valeurs qui contrôlent la sexualité. Et ce qui est respectivement intime et officiellement accepté ne convient pas toujours à tout le monde.



La sexualité va au-delà des rapports sexuels. Elle se réfère à l'amour, à l'estime de soi, à l'identité et aux relations entre les sexes.

5.1 Le développement sexuel

Nous naissons tous avec la capacité d'éprouver le désir sexuel, l'intimité et d'être sexuellement stimulé. Cependant, la manière dont les individus expriment la sexualité et l'amour vont différer selon l'âge, le rôle de genre, le pouvoir, l'éducation et l'instruction, l'environnement social et les attentes, la conscience et l'estime de soi, les opportunités et l'état de santé (Nordstedt, 2006).

Chez les humains, le désir sexuel commence généralement à se manifester avec le début de la puberté. L'expression sexuelle peut prendre la forme de masturbation ou de rapports sexuels avec un partenaire. Les préférences sexuelles chez les enfants peuvent varier énormément. L'activité sexuelle est en général associée à un certain nombre de risques comme les maladies sexuellement transmissibles (y compris le VIH/SIDA), la souffrance affective et la grossesse suite à une mauvaise utilisation ou à la non-utilisation de contraceptif. Les enfants sont souvent victimes de ces risques dans la mesure où ils ne sont souvent pas mûrs au plan émotionnel ou financièrement indépendant.

Une première exposition positive ou négative au sexe influe fortement sur le cours de la découverte sexuelle.

Comment les enfants expriment-ils leur sexualité ?

Les enfants expriment leur sexualité différemment en fonction de leur passé culturel, de l'accès à l'information, de leur statut social et économique et de leur expérience de l'abus sexuel. Tous les enfants devraient être informés sur le sexe et

la sexualité aux différentes étapes de leur développement et selon leur niveau de croissance physique et psychologique. L'expérience a également montré qu'une première exposition positive ou négative au sexe influe fortement sur le cours de la découverte et de la pratique sexuelle durant toute la vie.

Cependant, pour la plupart des enfants, il y a des phases typiques dans la découverte de leur sexualité. Ce n'est pas le cas pour tous les enfants mais en général, c'est la voie la plus courante. Peel Santé Publique (2007) » mentionne dans le tableau 2 ci-dessous les différentes étapes du développement sexuel chez les enfants comme suit:

Tableau 2 : Les différentes étapes du développement de la sexualité chez les enfants

De la naissance à l'âge de 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Découvrent l'amour et développent leur confiance à travers les rapports avec leurs parents et les personnes qui prennent soin d'eux. • Explorent leurs corps, y compris leurs organes génitaux. • Les garçons peuvent avoir des érections et les filles peuvent être lubrifiées. • Prennent plaisir à toucher leurs organes génitaux. • Commencent à apprendre les comportements attendus d'eux. • Commencent à noter les différences entre le corps des garçons et des filles, des enfants et des adultes.
De 3 à 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Deviennent très curieux au sujet des corps et des différences entre les garçons et les filles. • Peuvent commencer à jouer à des jeux tels que « jouer à maman et papa » ou au « docteur » ou d'autres formes d'exploration du corps ou de « jeu sexuel » avec des amis. • Apprennent qu'ils sont un garçon ou une fille. • Apprennent les rôles attribués aux garçons et aux filles en observant les autres. • Aiment apprendre et parler des parties du corps et de leurs fonctions. • Trouvent les activités des adultes dans les salles de bain très intéressantes. • Peuvent commencer à poser des questions sur la grossesse et la naissance comme : "D'où est-ce que je viens?" • Peuvent apprendre des mots liés au sexe et essayer de les utiliser. • Peuvent imiter le comportement sexuel des adultes. • Peuvent commencer à se masturber.

De 6 à 8 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Nouent des amitiés fortes avec d'autres enfants du même sexe. • Sont touchés par des histoires qu'ils entendent sur les médias (par exemple au sujet du SIDA ou des abus). • Comprennent les rôles attribués aux garçons et aux filles. • Ont une orientation et une identité sexuelles de base. • Veulent être comme leurs pairs ; par exemple, les garçons peuvent se sentir poussés à choisir les mêmes types de jouets et d'activités que les autres garçons. • Profèrent des injures ou se moquent des autres. • Peuvent continuer les jeux sexuels. • Peuvent commencer à se masturber.
De 9 à 12 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Observent les changements liés à la puberté. • Deviennent plus modestes et veulent plus d'intimité. • Continuent à estimer les amis de même sexe. • Peuvent ressentir des sentiments et des fantasmes sexuels plus accrus. • Ont le béguin pour des amis, des adolescents plus âgés, des professeurs, des vedettes de rock, etc. Des sentiments romantiques peuvent être éprouvés pour des individus du même sexe et/ou de sexe opposé. • Peuvent participer à une exploration sexuelle avec des pairs. • Peuvent se masturber jusqu'à l'orgasme. • Peuvent devoir faire face à des décisions au sujet des relations sexuelles et des drogues.
De 13 à 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Achèvent les changements liés à la puberté. • Accordent énormément d'importance à l'autonomie. • Éprouvent des sensations sexuelles plus intenses et veulent une proximité physique avec un partenaire. • Peuvent ressentir la pression des pairs pour être sexuellement actifs, qu'ils se sentent prêts ou pas. • Peuvent délaisser les amis proches pour des relations romantiques. • Peuvent faire des choix pouvant mener à la grossesse ou aux maladies sexuellement transmissibles. • Doivent parfois faire face à la violence dans les relations interpersonnelles (harcèlement sexuel, viol par une connaissance).

5.2 Masculinité, féminité et liens avec la sexualité

Le déséquilibre du pouvoir social entre les jeunes hommes et filles, ajouté aux comportements à risque notés chez les jeunes hommes, induit une responsabilité et un potentiel pour les jeunes hommes de jouer un rôle important dans la forme que prendra l'épidémie du VIH/SIDA à l'avenir. De nombreuses études ont démontré que les normes de genre sont parmi les facteurs sociaux de base qui ont une plus grande influence sur les comportements sexuels. Les normes liées à la masculinité et à la sexualité, comme par exemple, celles qui clament que les besoins sexuels masculins sont incontrôlables, que les multiples partenaires sont une preuve de prouesse sexuelle, et que la domination des hommes sur les femmes (à la fois physique et sexuelle), peuvent mettre les jeunes hommes et filles dans des situations de risque élevé face au VIH/SIDA et perpétuer les cycles de violence (Barker et Ricardo, 2005).

La sexualité masculine et féminine est une construction de la société. Les stéréotypes relatifs à la sexualité masculine et féminine ont pour but de lier la sexualité à la reproduction, et de confirmer la puissance et la domination des hommes. Cela crée des doubles standards et des mythes sur la sexualité des jeunes individus et les pousse à adopter des comportements à risque. Souvent, la société attend des filles qu'elles s'abstiennent, qu'elles ne s'intéressent pas au sexe et qu'elles attendent passivement que les hommes leur fassent la cour. Les hommes et les garçons sont censés être forts, avoir des partenaires sexuels multiples, obtenir ce qu'ils veulent à travers diverses formes d'agression et être insensibles aux sentiments. Les normes strictes liées au genre constituent un obstacle au dialogue, aux rapports sains et aux relations sexuelles positives.

5.3 L'identité sexuelle

L'identité sexuelle est notre capacité à être attiré ou à tomber amoureux de quelqu'un du même sexe ou du sexe opposé. Les individus sont liés les uns aux autres de plusieurs manières ; la plupart des gens ont des relations hétérosexuelles et sont de ce fait attirés par le sexe opposé. D'autres sont bi-sexuels, c'est-à-dire, attirés à la fois par le même sexe et par le sexe opposé. L'homosexualité implique l'attraction à une personne du même sexe (Centerwall et Laack, 2004). L'orientation sexuelle n'est pas toujours constante ; une personne peut vivre des périodes au cours de sa vie où elle est plus attirée par des individus du sexe opposé et d'autres moments où elle est plus attirée par des individus du même sexe.

Dans la plupart des sociétés, les normes sont définies sur la base de relations hétérosexuelles et ne permettent pas que l'homosexualité soit exprimée au grand jour, quoique des études mondiales aient prouvé qu'au moins 3 à 7% de toutes les populations sont homosexuelles (Kontula, 2004 ; Samelius et Wågberg, 2005). Les jeunes filles et hommes homosexuels reconnaissent souvent qu'ils ressentent très tôt une attirance pour des personnes du même sexe, parfois même avant la puberté. En raison de la stigmatisation liée à l'homosexualité, il arrive que beaucoup se renferment et entreprennent des relations hétérosexuelles à cause des attentes sociales qui exigent

La sexualité masculine et féminine est une construction de la société. Les stéréotypes sur la sexualité masculine et féminine ont pour but de lier la sexualité à la reproduction, et de confirmer la puissance et la domination des hommes.

d'avoir une vie de famille et des enfants, même s'ils ne se sentent pas à l'aise dans cette situation.

Il y a également des cas où des hommes ont des rapports sexuels avec d'autres hommes pour compenser l'absence du sexe opposé, à défaut de pouvoir avoir des rapports sexuels avec des femmes dans un environnement où il n'y a que des hommes. Une étude menée au Sénégal a montré que parmi les sujets masculins interrogés, la première rencontre sexuelle avec un homme se produisait généralement vers l'âge de 15 ans (CNLS, 2002). Des études ont également montré que souvent le taux de prévalence du VIH/SIDA est beaucoup plus élevé parmi ce groupe d'homosexuels non reconnu.



De par leur responsabilité et leur potentiel, les hommes et les jeunes garçons ont un rôle clé à jouer dans la forme que prendra l'épidémie dans l'avenir.

6. Enfants, Sexualité et VIH/SIDA

En plus des droits de l'enfant, ce rapport étudie les perceptions et les stratégies de lutte des enfants face au VIH/SIDA. Cette section souligne l'importance de faire le lien entre les discussions sur la prévention du VIH/SIDA avec les enfants et leur sexualité.

Les enfants sont vulnérables au VIH/SIDA

Les enfants sont vulnérables au VIH/SIDA en raison de facteurs économiques, sociaux, politiques et biologiques, dont plusieurs sont directement ou indirectement causés par des adultes. Environ 300.000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque année de maladies liées au SIDA à cause des lacunes dans l'accès aux services de prévention de la transmission de l'infection de mère à enfant (UNICEF 2005). Les enfants plus âgés sont rendus vulnérables par des adultes faute d'avoir accès aux informations sur le VIH/SIDA et aux services de santé sexuelle et reproductive. Les filles sont particulièrement vulnérables au VIH/SIDA en raison de leur anatomie, de leur tendance à avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés ayant de fortes chances d'être déjà infectés, et de leur incapacité à influencer sur leurs relations sexuelles à cause des opinions prédominantes liées aux rôles de genre (Bankole et al, 2004 ; UNFPA et Population Council 2006). Ainsi, les adultes sont souvent une partie du problème pour les enfants plutôt que d'en être la solution.

Certains enfants sont sexuellement actifs

En dépit de l'impopularité de cette notion auprès de certains adultes, de nombreux enfants sont sexuellement actifs. De récentes études ont montré qu'en Afrique subsaharienne, 46% des filles et 37% des garçons ayant entre 15 et 19 ans ont déjà eu des rapports sexuels (Bankole et al, 2004). De plus, une analyse des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) recueillies dans 14 pays de la région a montré qu'au moins 15% des filles ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avant leur quinzième anniversaire (UNFPA et Population Council 2006). L'initiation sexuelle chez les moins de 15 ans varie énormément en fonction des pays, allant de 4% au Rwanda à 36% au Niger (ONUSIDA, 2006). Toutefois, il convient de noter que puisque la plupart des études n'ont pas été menées auprès des enfants de moins de 15 ans, il faut compter que les souvenirs des enfants de 15 ans et plus par rapport à l'âge de leur première expérience sexuelle pourraient être biaisés. En conclusion, il est prouvé dans la région que des enfants aussi jeunes que 6 ou 7 ans ont eu une certaine expérience sexuelle à travers les jeux (Pattman et Chege, 2003a et 2003b ; Simpson, 2002).

Les enfants ont été négligés dans ce domaine

Les enfants de moins de 15 ans ont été souvent négligés dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA. L'attention portée sur le VIH/SIDA concerne en majeure partie les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Cela se justifie probablement par le fait

L'une des principales raisons pour lesquelles les enfants de moins de 15 ans ont été négligés dans les programmes de VIH/SIDA est probablement dû à la difficulté qu'ont les adultes d'accepter la sexualité des enfants

que, dans beaucoup de pays africains, cette tranche d'âge correspond à celle où la plupart des jeunes commencent à avoir de l'expérience dans le domaine sexuel (Bankole et al, 2004). Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, beaucoup d'enfants de moins de 15 ans ont déjà fait l'expérience de rapports sexuels et sont ainsi vulnérables au VIH/SIDA. Néanmoins et en dépit de leur activité sexuelle, ces enfants ne sont généralement pas la cible des programmes et des services de santé sexuelle et reproductive. Ils ne sont pas non plus inclus dans la plupart des enquêtes de santé à l'échelle nationale, telles que les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS). Cela peut s'expliquer entre autres, par le respect des normes sociales pour les enfants de moins de 15 ans, les préoccupations d'ordre moral, la question de la validité des réponses des enfants en bas âge au sujet du sexe et la taille considérable des échantillons nécessaires pour recenser le nombre d'enfants sexuellement actifs (UNFPA et Population Council 2006). Les enfants ayant entre 7 et 10 ans sont ceux qui ont le moins de chance d'être visés par les sondages ou programmes car on considère, dans la plupart des pays, qu'il n'est pas approprié d'évoquer des questions ayant trait au sexe et à la sexualité avec des enfants aussi jeunes. (Webb et Elliott, 2000).

L'une des raisons principales pour lesquelles les enfants de moins de 15 ans ont été négligés dans les programmes de VIH/SIDA est probablement la difficulté pour les adultes d'accepter la sexualité des enfants. Pattman et Chege (2003a et 2003b) racontent une anecdote au sujet des réactions des adultes dans leur étude sur les enfants qui a révélé par ailleurs, que des enfants aussi jeunes que 6 et 7 ans s'adonnaient à des jeux sexuels imitant l'activité sexuelle des adultes. Les adultes ont reçu ces informations avec beaucoup de méfiance et de scepticisme car, il leur semblait simplement incroyable que les enfants en sachent autant sur le sexe. Cette anecdote révèle une attitude qui est peut-être normale mais également préjudiciable dans le long terme pour les enfants. Si les adultes ne veulent pas se rendre à l'évidence que les enfants sont conscients et parfois entretiennent des rapports sexuels, il est peu probable qu'ils soient disposés à leur fournir les ressources pour mettre les informations et les services nécessaires (et auxquels ils ont droit) à leur disposition pour se protéger contre le VIH/SIDA.

Les informations que les adultes fournissent au sujet des besoins des enfants sont souvent exprimées en termes de risque et de vulnérabilité, plutôt qu'en termes d'opportunités et de ressources.

Il est de l'intérêt des enfants d'être très tôt informés et instruits

Bien que les enfants, en particulier ceux qui ont moins de 15 ans, n'aient pas suscité assez d'attention dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA, on comprend que plus tôt les messages leur parviennent et mieux ils ont de chances d'être préparés à relever les défis qui les attendent une fois qu'ils auront atteint leur maturité sexuelle (Sedlock, 2000 ; UNFPA et Population Council 2006). Le fait de travailler avec ce groupe d'enfants et d'utiliser des informations et des méthodes de communication adaptées à leur âge, pourrait leur permettre d'avoir les aptitudes requises pour relever ces défis. Cependant, l'interprétation des désirs et besoins des enfants n'est souvent pas faite par les enfants eux-mêmes, mais par des adultes bien intentionnés. En outre, les informations que les adultes fournissent au sujet des besoins des enfants sont souvent exprimées en termes de risque et de vulnérabilité, plutôt qu'en termes d'opportunités et de ressources.

7. Education Sexuelle

L'une des méthodes les plus efficaces pour impliquer les enfants dans les programmes de prévention du VIH/SIDA est de leur donner des informations exactes. Cette section analyse le rôle de l'éducation sexuelle dans le renforcement des capacités des enfants à se protéger et à se comprendre eux-mêmes.

L'éducation sexuelle, parfois appelée éducation à la sexualité ou éducation au sexe et aux relations, est le processus d'acquisition de l'information et de développement d'attitudes et de croyances relatives au sexe, à l'identité sexuelle, aux relations interpersonnelles et à l'intimité, à l'anatomie sexuelle humaine, à la reproduction sexuelle, aux rapports sexuels et à d'autres aspects du comportement sexuel humain. Il s'agit également de développer les aptitudes des jeunes pour leur permettre de faire des choix comportementaux informés et de se sentir confiants et compétents pour agir sur ces choix. Il est largement accepté que les jeunes aient droit à une éducation sexuelle⁴, en partie parce que c'est un moyen de les aider à se protéger contre les abus, l'exploitation, les grossesses non désirées, les IST et le VIH/SIDA (Forrest, 2002).

Eduquer à la sexualité ne veut pas dire apprendre aux enfants comment avoir des rapports sexuels ni les encourager à avoir des rapports sexuels précoces. Il ne s'agit pas seulement de parler des dangers et des risques liés à la sexualité ni d'effrayer les enfants sur leur propre sexualité et celle des autres. L'éducation sexuelle devrait permettre de confirmer les sentiments et d'expliquer des sensations corporelles, afin de créer des stratégies pour la compréhension d'une sexualité sûre et protégée. Elle doit inculquer aux enfants de manière efficace les valeurs et les normes morales importantes et également reconnaître que les enfants sont des êtres sexuels qui, tôt ou tard, auront probablement des relations sexuelles avec d'autres personnes. En plus, les enfants sont bombardés au quotidien de scènes et d'images sexuelles dans les médias, d'où l'importance de leur donner des informations basées sur la réalité, d'apporter des réponses à leurs interrogations et d'articuler les discussions autour de leurs questions.

L'éducation sexuelle a été, dans le passé, liée à la compréhension de la reproduction et aux valeurs morales prônant la retenue et l'abstinence jusqu'au mariage, du fait de la tradition. Cependant, il est important de noter que cette forme d'éducation ne correspond pas à la réalité et aux préoccupations des enfants. Elle n'est pas également considérée par les enfants comme une stratégie réaliste pour mener une vie sexuelle saine (Pattman et Chege, 2003a).

Il est important de permettre aux enfants de comprendre que l'identité sexuelle est la meilleure méthode pour protéger les enfants contre les grossesses non désirées et les IST. La capacité d'adopter une vision positive de la sexualité qui permette de faire des choix responsables constitue l'un des thèmes de l'éducation sexuelle. Contrairement à la croyance populaire, des études ont montré que les enfants qui ont accès à une éducation sexuelle dépourvue de préjugés retardent le début de leurs premiers rapports sexuels (RFSU 2004).

⁴ Déclaration Universelle des Droits de l'Homme des Nations Unies www.un.org/rights/HRToday Convention Européenne sur l'Exercice des Droits de l'Enfant <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/160.htm> Déclaration des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant, www.un.org/rights/HRToday Déclaration d'Engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA du 2 août 2001 www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf et IPPF (International Planned Parenthood Federation) www.ippf.org

L'éducation sexuelle ne consiste pas à enseigner enfants comment avoir des rapports sexuels ni à les encourager à avoir des rapports sexuels précoces.

L'éducation sexuelle devrait permettre de confirmer les sentiments et d'expliquer des sensations physiques, afin de créer des stratégies permettant de comprendre ce qu'est une sexualité sûre et protégée.

Contrairement à ce que pensent la plupart des gens, les études ont révélé que les enfants qui ont accès à une éducation sexuelle dépourvue de jugement retardent leurs premiers rapports sexuels.

Lorsqu'on leur demande leur avis, les enfants au Kenya et en Afrique du Sud répondent qu'ils n'aiment pas la façon dont l'éducation sexuelle est enseignée à l'école et à l'église, et ils se sentent gênés de poser des questions.

Au lieu de se concentrer sur la biologie et sur les aspects négatifs du sexe, les enfants veulent être mieux informés sur comment avoir une vie sexuelle plus épanouie et plus sûre.

L'éducation sexuelle en Afrique s'est de plus en plus focalisée sur les moyens d'endiguer l'épidémie croissante du VIH/SIDA. D'après l'UNFPA (2003), la plupart des gouvernements sur le continent ont élaboré des programmes d'éducation sur le VIH/SIDA souvent inefficaces au plan de la mise en œuvre parce que :

- l'éducation sexuelle est souvent basée sur des jugements de valeur qui favorisent une perception négative du sexe ;
- les enfants reçoivent des cours d'éducation sexuelle mais n'ont pas souvent l'occasion de participer à des débats ouverts sur la question ;
- le matériel éducatif est insuffisant ou inadéquat ;
- les thèmes de la transmission par voie sexuelle et de la sexualité ne sont pas abordés ;
- les formateurs n'ont pas reçu une formation de qualité ;
- les formations sont biaisées par rapport aux aspects liés au genre, ce qui renforce les stéréotypes.

Il ressort clairement de l'étude que l'éducation sexuelle devrait commencer par les questions d'identité en tenant compte de l'âge. La sexualité doit être discutée dans le contexte de l'amour, de l'estime de soi, des relations et de l'identité. Les sujets importants qui devraient être couverts dans toute éducation sexuelle sont le genre, les relations homo-bi-hétéro-transsexuelles, les aspects ethniques et religieux, le statut socio-économique, les capacités et handicaps physiques et psychologiques et l'âge. L'éducation sexuelle devrait être réaliste et inclusive plutôt qu'exclusive (Norstedt, 2006). De manière traditionnelle, l'éducation sexuelle a toujours été focalisée sur des explications factuelles et scientifiques de l'acte sexuel. Il est important que la sexualité soit abordée dans le contexte des émotions, de la psychologie, de la pression sociale, des perceptions liées au genre et des normes culturelles.

Il est devenu absolument nécessaire que ceux qui enseignent la sexualité soient ouverts, disponibles et capables de remettre en cause leur propre identité sexuelle et d'analyser de manière critique leurs propres idées, sentiments et valeurs à ce sujet. Une fois cette analyse achevée, ils doivent être disposés à mettre celle-ci à l'écart lors des discussions avec les jeunes de sorte que le dialogue soit ouvert et sans préjugés. Pour être efficace, l'éducation sexuelle doit créer la confiance et partir des réalités des enfants et des jeunes.

Norstedt (2006) affirme que la manière la plus efficace de discuter de la sexualité avec les enfants et les jeunes est :

- d'avoir une opinion positive de la sexualité ;
- d'éviter les préjugés ;
- d'être positif ;
- d'être réaliste et de travailler dans le cadre des normes culturelles.

Le contenu du programme d'éducation devrait être participatif et interactif. Les enfants devraient avoir l'occasion de discuter et de réfléchir sur ce qu'ils apprennent. Le contenu devrait être basé sur des faits clairs et sur des éléments scientifiques et faire une nette différenciation entre ce qui représente des valeurs et ce qui constitue des faits.

8. Perceptions des Enfants

Les perceptions des enfants sont ressorties dans le cadre d'une revue exhaustive de la littérature sur la sexualité et les droits de l'enfant par rapport à la pandémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. L'objectif visé dans cette section est d'illustrer les perceptions des enfants sur huit points concernant les enfants face au VIH/SIDA.

8.1. Stratégies privilégiées des enfants pour une protection à long terme contre le VIH/SIDA⁵

Stratégies pour éviter le VIH/SIDA

Les jeunes citent fréquemment le préservatif et l'abstinence, et à un moindre degré la fidélité comme méthodes de protection contre le VIH (ces trois comportements sont examinés plus en détails dans la section 8 ci-dessous). La médecine traditionnelle a été également mentionnée comme source de protection contre les IST dans certains pays.



Les stratégies des enfants pour éviter d'avoir des rapports sexuels consistent habituellement à participer à une activité pour éviter de s'ennuyer ou de s'embarquer dans des situations risquées ou la tentation d'avoir des rapports sexuels. Dans certains cas, ils évoquent également le sexe oral et la masturbation.

Les enfants indiquaient que pour eux, la meilleure manière d'éviter les rapports sexuels était de s'occuper à des activités récréatives et de faire leurs devoirs.

Abstinence

Les jeunes pensent qu'il est possible d'éviter les situations susceptibles d'aboutir à des rapports sexuels (Amuyunzu-Myamongo et autres, 2005 ; Mâche et Kareithi, 2005 ; Maticka-Tyndale et autres, 2005 ; Nzioka, 2004 ; Thomsen et al, 2006). Parmi les stratégies pour maintenir l'abstinence et éviter la tentation d'avoir des rapports sexuels, on peut noter le fait de ne pas s'impliquer physiquement ou mentalement

⁵ Les études trouvées durant l'examen de cette question étaient assez représentatives de l'Afrique subsaharienne, bien qu'elles ne couvrent pas tous les quatre pays ciblés lors de l'étude (Sénégal, Côte d'Ivoire, Soudan, Éthiopie). Des réponses ont été apportées à la plupart des questions secondaires sur le sujet sauf à celle de savoir si les interventions avaient été planifiées après avoir pris en compte les besoins et les désirs des enfants ou non.

dans des activités qui font penser au sexe mais s'adonner plutôt à des activités telles que les devoirs d'école, le théâtre, le sport, les jeux de carte, et les activités dans les clubs. Ces activités sont proposées comme alternatives à d'autres types d'occupations comme aller au marché, à la plage ou au cinéma, qui sont associées à des rencontres sexuelles occasionnelles et non programmées. Une jeune femme a déclaré dans une étude :

"J'éviterai de fréquenter les groupes qui aiment les trucs du genre avoir des rapports sexuels et je m'abstiendrai de ces choses-là en faisant du sport, en lisant ou en m'occupant par le travail pour éviter ces choses." (Thomsen et al, 2006)

En Zambie, se tenir à l'écart des garçons à l'approche des menstruations (et être moins attirantes) était également l'une des stratégies des filles pour éviter d'avoir des rapports sexuels (Fetters et al, 1998). Les jeunes se proposaient, entre autres stratégies, pour éviter d'avoir des rapports sexuels, d'éviter les groupes ayant une influence négative, de gagner plus d'argent, de manger mieux, d'étudier plus et de réduire la consommation d'alcool. Les jeunes estimaient qu'on peut éviter les modèles sexuels prescrits en offrant aux filles l'occasion de gagner de l'argent, et en louant les valeurs de la virginité et du célibat qui valent beaucoup mieux que ce que les garçons peuvent offrir.

La religion a souvent été mentionnée comme un moyen de préserver la virginité. Au Kenya, les filles musulmanes se référaient essentiellement à l'interdiction stricte de fréquenter les garçons (comme prescrit par leurs parents), ce qui veut dire qu'elles n'avaient pas besoin de stratégies pour éviter d'avoir des rapports sexuels vu qu'elles étaient déjà protégées par leur religion (Pattman et Chege, 2003). Les jeunes fidèles de l'église en Afrique du Sud qui parvenaient à s'abstenir ont également cité comme stratégie, la socialisation avec des pairs ayant des valeurs protectrices similaires à propos de l'abstinence et l'amitié avec des garçons qui pouvaient leur expliquer ce que les garçons pensaient vraiment des filles (par opposition à ce qu'ils leur disaient). Ils avaient également le sentiment que des filles ayant une forte personnalité, des ambitions et des objectifs dans la vie réussissaient plus souvent à éviter les relations sexuelles non désirées (Mash et Kareithi, 2005). Ainsi, le fait d'avoir une vie religieuse intense a été également identifiée par les jeunes comme "offrant des interprétations alternatives de l'adolescence, des rôles de genre, et des objectifs de vie, ainsi que des activités conformes au fait de s'abstenir des "jeux sexuels" (Maticka-Tyndale et al, 2005, p. 38). Au Kenya, les filles avaient recours à la prière pour éviter d'être contaminées par les IST et le VIH (Nzioka, 2004).

Le sexe oral et la masturbation ont été également mentionnés dans deux études menées au Kenya, où les filles semblaient se soucier davantage d'éviter une grossesse que les IST ou le VIH (Balmer et al, 1997 ; Nzioka, 2004). Les garçons ont reconnu qu'ils s'adonnaient à la pratique de la masturbation, mais uniquement dans les cas de frustration sexuelle comme pendant les périodes de menstruation de leurs copines. Aussi bien chez les filles que les garçons, la sensation de plaisir lors de la masturbation étaient mélangées à un sentiment d'embarras et de honte, et était de ce fait évitée.

Les normes de genre

Les jeunes ont discuté des normes de genre par rapport à leur capacité à dire non au sexe, à négocier l'utilisation du préservatif et aux mariages forcés. Les résultats ont été classifiés suivant les perceptions des filles vis-à-vis de leur capacité à décider comment et quand avoir des rapports sexuels. Dans une étude menée sur des élèves kenyanes, les filles ne se sont pas senties capables de refuser d'avoir des rapports sexuels (Maticka-Tyndale et al, 2005). Cela était plutôt perçu comme faisant partie de la vie ou comme une attente de la société qu'elles donnent satisfaction aux hommes et aux garçons. Dans ce contexte, si une fille refusait d'avoir des rapports sexuels, elle risquait le viol ou une autre forme de violence physique (Maticka-Tyndale et al, 2005, Mash et Kareithi, 2005). Cependant, dans la revue littéraire sur les rapports sexuels transactionnels et intergénérationnels de Luc et Kurtz (2002), les filles disaient avoir un certain pouvoir de décider quand et avec qui elles voudraient avoir des rapports sexuels. Certaines stratégies qu'elles utilisaient pour éviter les rapports sexuels consistaient à soutirer le plus d'argent possible à des hommes plus âgés sans coucher avec eux, tout en leur faisant de fausses promesses. Pourtant, de façon générale, elles n'arrivent pas à négocier des rapports sexuels protégés.

Une étude conduite auprès des jeunes en Afrique subsaharienne révèle que les garçons pensaient qu'il était de la responsabilité des filles de s'assurer de l'utilisation du préservatif. Les filles par contre, dans la même étude comme dans d'autres, n'avaient pas le sentiment d'avoir le pouvoir d'amener les garçons à utiliser le préservatif, notamment dans le cadre du mariage (Amuyunzu-Myamongo et al, 2005).

Les normes traditionnelles de genre n'étaient pas seulement considérées comme préjudiciables pour les femmes. Dans plusieurs études, les garçons ont indiqué qu'ils se sentaient obligés, par leurs pulsions sexuelles et par la pression sociale, d'avoir des rapports sexuels fréquents avec de multiples partenaires et d'adopter des comportements à risque (Maticka-Tyndale et al, 2005 ; Ethiopie 2007). Les jeunes éthiopiens pensent qu'on attendait d'eux de rester hors de la maison, ce qui les poussait à s'engager dans des activités risquées telles que l'usage de drogue et la violence :

"Quand nous restons à la maison sans emploi, nos familles nous traitent d'efféminés et nous trouvent trop mous. Par conséquent, nous errons juste pour éviter qu'on nous traite comme tel et ceci nous expose à l'usage de la drogue." (Ethiopie, 2007)

Les mêmes jeunes hommes, regroupés autour du thème de l'équité de genre à Addis Abeba, ont indiqué combien il était difficile de se départir des normes de genre, pour aider par exemple à faire le ménage ou d'autres tâches domestiques :

"Quand un garçon veut s'atteler à des tâches domestiques comme la cuisine, qui est très importante pour son avenir, la famille le traite d'efféminé et le force à sortir pour aller jouer avec ses camarades. Ils lui disent : "Occupe-toi des travaux destinés aux hommes et laisse ça aux filles." (Ethiopie, 2007)

Les filles peuvent avoir le pouvoir de décider comment et avec qui avoir des rapports sexuels, mais elles ne se sentent pas capables de négocier l'utilisation du préservatif.

Les garçons aussi se sentaient soumis à la pression des normes liées au genre, ce qui justifiait leur besoin de toujours chercher à avoir des relations sexuelles.

Des normes de genre similaires ont été retrouvées au Sénégal où, aussi bien les parents que les adolescents ont réitéré que les filles devaient rester à la maison et pourraient ainsi, conserver leur virginité, et que c'était aux garçons de sortir et d'aller à la découverte de la vie (PIWH, 2002).

En conclusion, les mariages forcés et le lévirat ont été identifiés par les jeunes ruraux en Tanzanie comme des risques liés au genre par rapport au VIH/SIDA (Masatu et al, 2005). Le lévirat est une pratique dans certaines cultures par laquelle une femme est obligée d'épouser son beau-frère lorsque son mari décède. Cela est considéré comme une pratique risquée quand l'époux de la femme est mort du SIDA, ce qui signifie que la veuve pourrait également être infectée, et ainsi contaminer son beau-frère. Les jeunes tanzaniens considèrent les mariages forcés comme risqués parce que dans certaines tribus, les filles sont obligées d'épouser des hommes qui sont peut-être infectés par le VIH :

"Ce sont les parents qui entraînent parfois leurs filles dans les problèmes. Lorsqu'ils voient un homme riche avec beaucoup d'argent, une voiture, etc., ils acceptent rapidement de lui donner leur fille en mariage même s'ils savent qu'il est séropositif. La fille est obligée d'accepter le mariage forcé à cause de la fortune de son futur mari." (Masatu et al, 2005, p.37)

Mythes à propos des stratégies de protection

Toutes les stratégies de protection des enfants n'étaient pas nécessairement efficaces contre le VIH/SIDA. Les adolescents en Zambie entretenaient plusieurs mythes erronés sur comment se protéger. Par exemple, les jeunes pensaient que les filles et les garçons âgés de 12 à 15 ans n'avaient pas besoin d'utiliser le préservatif parce qu'elles étaient trop jeunes pour se soucier des IST (Fetters et al, 1998). En plus, certains jeunes pensaient que tant que leurs partenaires restaient attirantes ou avaient l'air d'être en bonne santé, ils étaient hors de danger.

8.2. Perceptions des enfants vis-à-vis des services de santé sexuelle et reproductive⁶

Les préoccupations majeures des enfants par rapport aux services de santé sexuelle et reproductive sont le respect de la confidentialité et de la vie privée, l'attitude des agents ainsi que les moyens d'accès financiers et physiques à ces services.

Lors des visites effectuées dans les services de santé sexuelle et reproductive, les enfants ont posé des questions portant sur les facteurs suivants :

Respect de la confidentialité et de la vie privée

Les jeunes accordent beaucoup d'importance aux informations provenant des agents de santé sur les questions liées à la santé de la reproduction (excepté en Éthiopie), mais se sentent parfois gênés de poser des questions (Amuyunzu-Myamongo et al, 2005). Une des raisons est que les agents de santé ont appris durant leur formation à garder la confidentialité et peuvent ne pas les connaître personnellement. D'autre part, le non-respect de la vie privée et de la confidentialité a été relevé par les jeunes comme un facteur négatif des centres de Conseil sur les IST et le

⁶ Seuls l'Éthiopie, l'Ouganda et le Kenya ont été représentés dans la littérature.

Dépistage Volontaire (CDV) (Amuyunzu-Myamongo et al, 2005 ; Berhane et al, 2005 ; Flaherty et al, 2005). Les jeunes craignent, en particulier, d'être vus par des parents ou des connaissances et de se sentir mal à l'aise, comme le dit une élève :

"La grosse crainte est que l'agent de santé raconte tout aux parents. Nous craignons d'aller au centre de santé à cause des parents. Il se pourrait que les parents voient son fils ou sa fille se rendre au centre de santé " (Flaherty et al, 2005, p.35).

Les guérisseurs traditionnels étaient perçus comme ayant un avantage à cet égard, car ils ne demandaient pas autant d'informations personnelles. En Zambie également, les jeunes préféraient ces praticiens (ngangas) parce qu'ils n'exigeaient pas de se déshabiller, ni de prendre rendez-vous.

Attitudes et accessibilité des agents

Les jeunes se sont plaints des coûts d'accès aux services et du mauvais traitement dont ils font l'objet par le personnel de santé qui leur criait dessus et les humiliait (Berhane et al, 2005 ; Flaherty et al, 2005). Toutefois, on ne sait pas combien de jeunes parmi ceux qui ont exprimé ces avis ont réellement consulté ces services.

Ce que veulent les jeunes

Les types de services que veulent les jeunes, ce sont des adultes ayant de bonnes qualifications en communication et un sens élevé de la morale (Flaherty et al, 2005), des horaires spéciaux, des agents de santé plus jeunes et du même sexe que le patient, ainsi que des tarifs réduits pour les enfants (Berhane et al, 2005). Il convient de noter cependant que tous les jeunes n'ont pas les mêmes préférences, ce qui induit la prise en compte de ces différences au moment de créer des services de santé reproductible adaptés aux jeunes.

En Zambie, les garçons ont formulé les recommandations suivantes en vue d'améliorer l'utilisation de cliniques qui mettent en avant ces désirs (Fetters et al, 1998, p.28) :

- Le "medical scheme" (programme national zambien de recouvrement des coûts) doit être supprimé ;
- A la clinique, les infirmières ne doivent pas insulter les garçons qui viennent pour le traitement d'IST ;
- Dans les cliniques, le personnel doit cesser de manger en soignant les patients ;
- Il doit y avoir plus de médecins à la clinique pour réduire la surcharge
- Le personnel médical doit prescrire les traitements adéquats ;
- Le personnel de clinique ne doit pas "cacher" des médicaments ; et
- La discrétion et la confidentialité devraient être assurées.

Lorsqu'on demande aux jeunes ce qu'ils attendent des services de santé sexuelle, ils répondent : un personnel ayant de bonnes qualifications en communication et un sens élevé de la morale, des horaires spéciaux, des agents de santé plus jeunes et du même sexe que le patient, ainsi que des tarifs réduits pour les enfants



Opinions des parents vis-à-vis des services de santé

Les deux études menées au Sénégal étaient uniques en ce sens qu'elles demandaient à des parents ce qu'ils pensaient des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents (Synergie Banlieue, 2007 ; PIWH, 2002). Les parents estimaient que les jeunes ne devraient être informés que des dangers des IST, et non du dépistage et du traitement ou des moyens de se protéger (Synergie Banlieue, 2007). Les raisons évoquées par ceux-ci étaient : "ils sont encore trop jeunes (25%), craignent que de tels services favorisent la promiscuité (21%), les rapports sexuels précoces (18%), l'infidélité (17%) et la prostitution (9%)" (PIWH, 2002).

8.3. Perceptions des enfants vis-à-vis de l'éducation et des services conseils pour la prévention du VIH/SIDA à l'école⁷

Une éducation trop technique

En Afrique du Sud, les jeunes chrétiens pratiquants considèrent l'école comme une source importante d'éducation à la sexualité et au VIH (Mash et al, 2005). Néanmoins, les jeunes perçoivent les informations reçues sur la sexualité comme étant trop uniformes et inadaptées aux variations qui se manifestent chez les enfants du même âge. En outre, les jeunes ont indiqué qu'à l'école, on met trop l'accent sur l'aspect biologique du VIH/SIDA et sur l'importance des rapports sexuels protégés. A la place, ils auraient préféré avoir plus d'informations sur comment s'abstenir tout en maintenant une relation affectueuse avec un ou une ami(e). Les messages

Les enseignants sont souvent gênés et adoptent une approche moralisatrice et négative face aux questions liées au sexe, pour se protéger eux-mêmes.

⁷ Nous avons constaté que la plupart des évaluations portant sur l'éducation sexuelle en milieu scolaire mettent l'accent sur l'impact de l'information et non sur ce que les enfants pensent eux-mêmes. Nous n'avons trouvé aucune étude sur cette question en Côte d'Ivoire, au Sénégal, en Ouganda, en Éthiopie ou au Soudan.

véhiculés par l'école sur la prévention du VIH/SIDA sont également perçus comme contradictoires et considérés par les élèves comme "des blagues" puisque ces messages encouragent à la fois l'utilisation des préservatifs et l'abstinence. Au Kenya, une élève de quatrième dans un lycée raconte ce qui suit :

"L'an dernier, pendant la semaine de sensibilisation sur le VIH, notre classe avait décidé de ne plus supporter une fois de plus le moindre cours magistral ; ainsi nous avons interrompu la présentatrice pour poser de vraies questions sur l'érection du sexe. Elle se mit à bégayer, toute confuse et nous a dit que nous étions trop jeunes pour connaître les choses que nous demandions. Mais nous avons insisté pour savoir comment avoir des rapports sexuels uniquement pour le plaisir et non pour la reproduction [rire]. La présentatrice nous a dit qu'elle ne pouvait plus continuer sa présentation parce que nous étions indisciplinés alors que nous ne l'étions pas en réalité. Elle sortit de la salle et notre professeur est venu nous donner un "msomo" (sévère réprimande) et voici que nous sommes revenus à la case départ – pour apprendre de nouveau tout ce que nous savions déjà et rien de ce que nous voulions savoir. Ils prétendent nous éduquer sur la sexualité mais ils ne font pas!" (Mbugua, 2007, p. 1087).

Pattman et Chege (2003a) ont remarqué pendant qu'ils collectaient des données pour leur recherche, que les jeunes se servaient des groupes de discussions pour trouver les informations sur le sexe et la sexualité qu'ils ne pouvaient obtenir ni de leurs professeurs ni de leurs parents.



La plupart des enfants trouvent que l'éducation sexuelle à l'école est trop technique et trop négative ; qu'elle ne répond pas à leurs questions, ni ne fournit les informations dont ils ont besoin pour se prémunir.

Une éducation trop négative

Au Kenya, les entretiens avec les jeunes révèlent qu'ils considèrent essentiellement l'éducation sexuelle à l'école comme vecteur de perceptions négatives sur le sexe (Pattman et Chege, 2003b). Par exemple, les filles âgées de 15 à 16 ans ont indiqué que, la plupart du temps, on les mettait en garde contre les conséquences négatives des rapports sexuels plutôt que de leur apprendre comment mener une vie saine. Quelques-unes des leçons que les garçons de 13 à 14 ans avaient appris de leurs professeurs étaient "que les filles pouvaient nous transmettre des maladies" et "de

ne pas avoir de rapports sexuels à cause du VIH/SIDA" (Pattman et Chege, 2003a). De même, des filles en Ouganda ont rapporté que les maîtresses leur conseillaient d'éviter les garçons :

"Nous étions des filles en classe de CM2 (dernière année du cours primaire). La maîtresse nous disait que nous ne devions pas passer beaucoup de temps avec les garçons. Le problème est que vous ne pouvez pas savoir quand le diable va venir vous tenter et vous acceptez d'avoir des rapports sexuels" (Kinsman et al, 2000, p.160).

Malheureusement, l'information que les jeunes reçoivent parfois de leurs enseignants n'est pas exacte, comme le reflète ce commentaire :

"[On nous a appris] que lorsque quelqu'un a le SIDA, nous devons l'éviter. S'il est un homme et que l'on est une fille, on ne doit pas s'approcher de lui. Si ce patient vit à la maison, ses affaires ne doivent pas être utilisées par autrui. Il doit être isolé" (Kinsman et al, 2000, p.160).

Perceptions des enseignants

Les entretiens avec des enseignants de la région ont révélé qu'ils se sentaient souvent gênés de parler des questions liées à la sexualité, et adoptaient souvent une approche moralisatrice pour se protéger eux-mêmes. Ceci explique pourquoi ils parlaient uniquement des aspects négatifs du sexe. Par exemple, des professeurs Sud-africains qui enseignaient les compétences de vie courantes pensaient que dans une certaine mesure, l'éducation sur le VIH/SIDA encouragerait une expérimentation précoce avec des comportements à risque (Peltzer et Promtussananon, 2003).

Ces commentaires émis par des professeurs sénégalais illustrent le problème :

"Certains enseignants ont un véritable complexe devant les élèves et préfèrent faire la leçon de géologie."

"Avec le volume horaire, je profite des leçons de morale pour glisser des mises en garde" (Synergie Banlieue, 2007, p. 20).

Au Rwanda, les professeurs préféraient faire l'éducation sexuelle en français plutôt qu'en kinyarwanda pour éviter l'embarras (Pattman et Chege, 2003a). Il était évident que les professeurs avaient besoin d'être mieux outillés pour pouvoir aborder à l'aise les questions liées à la sexualité, comme le souligne ce commentaire d'une enseignante au Botswana :

"Je me souviens d'un élève qui voulait savoir si j'avais déjà utilisé un préservatif féminin et comment est-ce qu'on se sentait. Je lui ai répondu que je ne l'avais jamais utilisé et qu'il fallait éviter de parler de ces choses de manière personnelle." (Pattman et Chege, 2003a, p.58).

L'incapacité des professeurs à discuter des questions liées à la sexualité peut également être due à leur manque de connaissances et au fait qu'ils ne se rendent pas compte eux-mêmes que les jeunes trouvaient leurs explications ennuyeuses. En Tanzanie et au Rwanda, des professeurs ont reconnu qu'ils n'avaient pas les qualifications requises pour enseigner le VIH/SIDA car, ces matières ne figuraient pas dans leurs

programmes d'études. D'autre part, d'après une étude quantitative menée auprès des professeurs qui enseignaient les compétences de vie courantes en Afrique du Sud, ces derniers affirmaient qu'ils parvenaient à enseigner le VIH/SIDA en se sentant moyennement à l'aise et pensaient qu'ils avaient les capacités de le faire. Pourtant, ils avaient de sérieuses lacunes en matière de connaissances sur le VIH/SIDA. Par exemple, 25% d'entre eux pensaient que le VIH pouvait être contracté par les piqûres de moustique (Peltzer et Promtussanonon, 2003).

De même, les enseignants au Botswana estimaient que des élèves avaient tellement été bombardés de messages sur la mort et la souffrance liées au VIH/SIDA que cela a commencé à créer un blocage chez eux.

"La semaine dernière par exemple, j'ai convoqué la troupe théâtrale. La pièce devait porter sur le VIH/SIDA. Je ne leur ai pas communiqué le thème parce que je savais que si je mentionnais le terme VIH/SIDA, personne n'allait venir. J'ai même demandé aux professeurs de ne pas leur indiquer le sujet. Ainsi, ils sont venus. A leur arrivée, lorsque qu'ils se sont rendus compte de ce que nous allions faire, certains sont repartis" (Pattman et Chege, 2003a, p. 68).

Les enseignants semblent comprendre qu'ils doivent trouver les moyens de présenter les informations relatives à la sexualité et à la santé sexuelle et reproductive de sorte qu'elles aient un sens pour les jeunes, au lieu de se limiter à en souligner les aspects négatifs. En même temps, les professeurs sont très conscients des objections des parents et des chefs religieux face à l'éducation sexuelle et aux relations amicales entre garçons et filles qu'ils considèrent simplement comme des idées occidentales (Pattman et Chege, 2003a ; Peltzer et Promtussanonon, 2003). De plus, comme le fait remarquer Mbugua (2007), les enseignants sont souvent des produits de ces mêmes processus traditionnels de socialisation sexuelle qui ont empêché leurs propres parents ou enseignants d'en parler avec eux.

Le genre dans l'éducation sexuelle

L'étude de Pattman et de Chege montre également les principaux effets influencés par la dimension genre dans la manière d'enseigner la sexualité et le VIH/SIDA à l'école. Par exemple, les professeurs ont rapporté que les filles devenaient plus timides lorsqu'on discutait de la sexualité, tandis que les garçons étaient plus hardis. Dans certaines classes, quand les questions de VIH/SIDA ou de sexualité étaient abordées en groupes mixtes, les filles disaient qu'elles gardaient le silence de peur d'être ridiculisées par les garçons. L'observation suivante durant une séance de sensibilisation sur le SIDA dans une école kenyane illustre bien cela :

"Les filles étaient silencieuses et timides, elles étaient réservées et tournaient le regard vers le sol quand on prononçait certains mots comme par exemple, "sexe", "sexuellement actifs", "rapports sexuels". Les garçons avaient la majeure partie de l'attention des professeurs durant toute la leçon. Aucune tentative n'était entreprise pour impliquer les filles dans la discussion; elles étaient souvent oubliées. Une des filles participait assez bien mais n'avait pas été remarquée par le professeur" (Pattman et Chege, 2003a, p. 60).

Les filles kenyanes ont également rapporté que les garçons "faisaient de sales plaisan-

teries" lorsqu'elles ne répondaient pas correctement aux questions posées en classe, même quand la discussion ne tournait pas autour de la sexualité. Ceci indique qu'en classe, les problèmes de genre sont fortement présents même dans les cours autres que l'éducation sexuelle.

8.4. Perceptions des enfants vis-à-vis de l'éducation et des services conseils à base communautaire (y inclus la société civile et les organisations religieuses) pour la prévention du VIH/SIDA⁸

En Ouganda et en Afrique du Sud, les enfants sont aussi préoccupés par le problème de la confidentialité dans les services à base communautaire que dans les services de santé.

Désir de confidentialité

En Ouganda, les jeunes de 14-19 ans ont cité les clubs et les centres de jeunes ainsi que les pairs éducateurs comme étant leurs sources privilégiées d'informations (Amuyunzu-Myamongo et al, 2005). Ils aimaient particulièrement les groupes de discussion parce qu'ils offraient l'occasion de poser des questions. Un aspect négatif de l'information à base communautaire pour les jeunes ougandais est le risque que l'information qui circule entre pairs ne puisse rester confidentielle. Cette crainte de l'indiscrétion et de l'absence de confidentialité a été répétée dans une autre étude menée en Ouganda, même si peu de jeunes s'étaient en vérité référés aux services communautaires (Flaherty et al, 2005). Dans cette étude, les jeunes ont déploré le manque généralisé d'informations fiables sur la santé reproductive.

Les adolescents ougandais chrétiens pratiquants affirment qu'ils se sentiraient plus à l'aise s'ils recevaient les informations relatives à la santé sexuelle et reproductive en dehors de leurs églises :

"Tant que les séances de discussion sur la santé sexuelle et reproductive seront conduites par quelqu'un en dehors de notre église, nous nous sentirons un peu plus libres de poser des questions" (Kangara 2005, p. 10).

Les enfants considèrent la position de l'église contre les rapports sexuels avant le mariage comme un idéal, mais ils ne pensent pas que cela soit réaliste.

Manque de pertinence

En Afrique du Sud, les jeunes ne croyaient pas que l'église anglicane qu'ils fréquentaient avait une influence sur leurs processus décisionnels en matière de sexualité (Mash et Kareithi, 2005). Cette opinion s'est fondée sur la base des résultats d'une étude menée auprès de la même population et qui a montré qu'il n'existait aucune différence dans l'activité sexuelle entre les jeunes qui avaient reçu une éducation sexuelle à l'église et ceux qui ne l'avaient pas eue. Une des raisons du manque d'impact de l'éducation sexuelle par l'église selon les jeunes était l'approche éducative hiérarchique au niveau de l'église où, les adultes jouaient le rôle d'éducateurs. Comme l'a indiqué une fille durant l'étude :

"Les jeunes gens âgés d'une vingtaine d'années sont mieux indiqués pour enseigner la sexualité aux autres jeunes. Les plus âgés sont franchement maladroits. Qui voudrait entendre les amis de ses parents lui parler de sexualité ?" (Mash et Kareithi, 2005, p. 33).

⁸ Dans les pays ciblés par l'étude, nous avons trouvé peu d'études axées autour des perceptions propres des enfants vis-à-vis de l'éducation sexuelle à base communautaire. Nous n'avons trouvé aucune étude sur cette matière en Côte d'Ivoire, au Sénégal, en Éthiopie, ou au Soudan.

Les jeunes ont également critiqué le fait que l'église attende d'eux d'observer l'abstinence ou de se marier (Mash et Kareithi, 2005 ; Pattman et Chege, 2003a). Ils considéraient cela comme un objectif irréaliste et inaccessible. Mais en même temps, certains jeunes, en particulier les filles, idéalisait la position de l'église sur la sexualité, et la brandissent comme leur modèle de comportement (Pattman et Chege, 2003a).

Impact positif

Une étude récente menée en Éthiopie auprès de quelques groupes de garçons a exploré leurs expériences par rapports aux séances de sensibilisation sur les questions de genre et de santé sexuelle et reproductive. Dans les groupes de discussion, les garçons ont décrit comment ils avaient tiré profit de ces séances de sensibilisation:

"Quand je pense à ma future vie d'homme marié, ce sera sur une base égalitaire. Mes enfants auront aussi une meilleure vision que moi-même et cela dépendra beaucoup de moi. Il m'appartient aussi de façonner l'esprit des enfants de sorte qu'ils croient fermement en l'égalité des sexes" (Éthiopie, 2007, pp. 26-27).

Perceptions des responsables de programmes communautaires

Dans une étude menée au Kenya trois pasteurs ou adultes ont été interrogés pour avoir leurs points de vue sur l'éducation à la santé sexuelle et reproductive. Ils étaient d'accord que cela était important mais ils ne pensaient pas qu'ils pourraient parler de ces sujets sensibles :

"Je pense que nous devrions laisser les jeunes parler de ces choses entre eux-mêmes parce que personnellement, je ne peux pas parler de sexualité à des jeunes."

"... comment pourrais-je parler de sexualité à mes propres filles ? Ce n'est pas possible. Je suis chrétien " (Kangara 2005, p. 10).

8.5. Perceptions des enfants vis-à-vis des informations relatives à la prévention du VIH/SIDA dans les médias⁹

Les enfants reçoivent la majeure partie de leurs informations sur la santé sexuelle et reproductive à partir des médias

En Afrique subsaharienne, les jeunes affirment que les médias sont leur principale source d'information sur la santé reproductive, et que la plupart d'entre eux préfèrent (Amuyunzu-Myamongo, 2005) cela. Ils ont préféré la radio en particulier parce qu'elle est fiable et a une large audience ; elle est accessible et les parents aussi peuvent écouter en même temps les informations. L'inconvénient des radios est qu'elles ne diffusent pas tous les jours des débats sur ces questions, tout le monde n'en a pas et on ne peut pas poser de questions. Des journaux ont été particulièrement cités en Ouganda, où les insertions du genre "Straight Talk" et "Young Talk" sont très populaires chez les jeunes. Bien qu'ils aient préféré cette source d'information, ils ont identifié quelques obstacles à son utilisation tels que le manque d'argent, l'inaccessibilité des journaux, l'information diffusée en langue étrangère et l'anal-

⁹ La plupart des études passées en revue sur cette matière se sont seulement enquises de l'exposition des jeunes aux médias, et non de leurs perceptions de ces médias.

Les médias sont le plus souvent la principale source d'information sur la santé de la reproduction.

phabétisme. Les jeunes ougandais ont également apprécié les pièces de théâtre parce qu'elles divertissent, favorisent la communication avec d'autres et sont accessibles aux jeunes qui ne savent pas lire.

Les médias ne sont pas toujours perçus comme la source d'information la plus fiable

Bien que les enfants disent recevoir la plupart des informations sur la santé sexuelle et reproductive des médias, une étude a constaté qu'ils les considèrent comme étant la moins fiable parmi les diverses sources d'information (après les chefs religieux et les amis). Dans cette étude, les enfants ont rapporté que la source d'information la plus fiable au sujet du préservatif, des autres contraceptifs, des IST et du VIH/SIDA était les agents de santé (Masatu et al, 2003). Les parents, dit-on, constituent la source d'information la plus fiable sur les questions relatives à la vie familiale.

À la lumière de ces éléments quelque peu contradictoires et limités, il est difficile de tirer des conclusions sur les médias en tant que source privilégiée d'information sur la santé sexuelle et reproductive des enfants.

8.6. Degré de connaissance et opinions des enfants sur les rapports sexuels transactionnels¹⁰

Les rapports sexuels transactionnels

De manière générale, les jeunes comprennent que l'offre de cadeau signifie une invitation ou généralement, une obligation à avoir des rapports sexuels (Maticka-Tyndale et al, 2005). Ils considèrent le sexe comme un produit ayant une valeur marchande que l'on ne donne pas gratuitement. Cela signifie donc que les cadeaux ne peuvent être acceptés à moins que le récepteur n'ait décidé d'avoir des rapports sexuels en échange. Une étude menée en Zambie a constaté que pratiquement tous les rapports sexuels que les enfants ont eus étaient rattachés à une certaine forme d'échange de cadeaux ou de paiement à la fille. L'exemple suivant illustre ces échanges :

"Un garçon de 13 ans a eu des rapports sexuels avec deux filles ; il a offert à la première un crayon et elle a accepté d'avoir des rapports sexuels en échange. À la seconde, il a fait des avances tout en jouant à cache-cache et elle a accepté. Il a donné K500 à la première et des bananes et bonbons à la deuxième après avoir eu des rapports sexuels avec elles. Il a raconté que l'une des filles lui avait donné du chewing-gum et la deuxième du « nyama de nyama » (des rapports sexuels "intimes") comme cadeaux (Fetters et al, 1998, p. 17).

Les rapports sexuels transactionnels ont été également encouragés par certains parents, aussi bien de façon secrète que passive, pour couvrir des besoins familiaux.

"De nombreux groupes de garçons et de filles ont relaté des exemples où une mère ou une grand-mère aurait suggéré à leur fille de chercher des partenaires sexuels afin de rapporter une certaine somme d'argent à la maison et d'avoir suffisamment à manger. Toutefois, on ne demande pas ou-

¹⁰ Il existe une riche littérature sur les perceptions et sur les connaissances des enfants en Afrique subsaharienne à propos des relations sexuelles transactionnelles et intergénérationnelles.

vertement à la fille d'aller avoir des relations sexuelles, mais la mère pourrait faire des commentaires du genre "sure ti gona nanjala na bakazi balipo pano" (Comment pouvons-nous dormir le ventre vide alors qu'il y a des filles dans la maison?)"(Fetters et al, 1998, p. 18).

Il était attendu des filles qu'elles soutirent de l'argent aussi bien à des jeunes de leur âge qu'à des hommes plus âgés (Amuyunzu-Myamongo et al, 2005) en échange de rapports sexuels. Mais, leurs camarades n'avaient pas tous le même âge. Au Kenya, d'après les réponses données aux chercheurs par les élèves âgés de 11-16 ans, l'âge normal pour "sortir avec quelqu'un(e)" et avoir des rapports sexuels variait entre 11 et 15 ans, mais la norme voulait que le garçon soient plus âgé que la fille d'au moins 2 à 4 ans. Cette différence d'âge était une préférence des filles, du fait que les garçons et les hommes plus âgés avaient des capacités financières plus importantes. Les garçons préféraient cela également en raison de leur désir d'avoir des partenaires sexuelles "fraîches", "naïves" et "ignorantes" (Maticka-Tyndale et al, 2005).

Cependant, dans une autre étude, les garçons ont rapporté qu'ils étaient obligés de se tourner vers des filles plus jeunes pour avoir des rapports sexuels parce que les filles de leur âge étaient plus intéressées par des hommes plus âgés (Pattman et Chege, 2003a). De nombreux garçons ont exprimé leur frustration découlant du fait que les filles de leur âge s'intéressent uniquement aux garçons et aux hommes capables de leur fournir des richesses matérielles et un statut :

"Certaines filles vous prennent tout votre temps. Elles vous font simplement perdre du temps. Tout ce qu'elles veulent c'est votre argent, ainsi elles sont à la recherche de garçons riches. Toutes les filles ne veulent que l'argent" (Pattman et Chege, 2003a, p. 89).

"Pour des garçons de notre âge, il est difficile d'avoir des rapports sexuels avec des filles du même âge parce que lorsqu'elles sont au cours secondaire, elles cherchent des partenaires qui sont au lycée ou à l'université. Les filles de notre âge ont des relations avec les aînés parce qu'il faut avoir un niveau élevé et s'y connaître ; de ce fait, elles vont chercher ceux-là parce qu'elles considèrent que nous sommes immatures et que nous ne connaissons pas certaines choses" (Pattman et Chege, 2003a, p. 103).

Pour les garçons, la solution est d'avoir des rapports sexuels avec les filles plus jeunes qu'eux parce qu'elles sont plus faciles à manipuler :

"Même ici à l'école, pour nous qui sommes en classe de quatrième au lycée, il est plus facile d'avoir des filles des classes inférieures parce qu'elles pensent qu'on sait tout. Il est plus facile de faire des avances à une fille de sixième ; il est presque sûr - à 90% - qu'elle dira "oui" parce qu'elle aura peur ou elle croira que je suis un dur " (Pattman et Chege, 2003a, p. 103).

Les garçons ont souvent perçu l'attraction des filles par des hommes plus âgés comme un moyen de les obliger à devenir des "sugar daddy" (papa gâteau) eux-mêmes.

Rapports sexuels intergénérationnels

En Afrique subsaharienne, les jeunes caractérisent les rapports sexuels avec des hommes et des femmes plus âgés¹¹ comme étant presque exclusivement motivés

¹¹ En Ouganda et en Zambie, les "sugar daddies" et "sugar mummies" ont fait l'objet de discussions parmi les jeunes hommes et les jeunes filles.

Les rapports sexuels transactionnels sont très courants en Afrique subsaharienne. Les filles ne sont, en général, pas en position de négocier l'utilisation de condoms pendant les rapports sexuels transactionnels ou intergénérationnels.

par l'argent ou par les cadeaux (Amuyunzu-Myamongo et al, 2005 ; Longfield et al, 2002; Luke et Kurtz, 2002). Certaines filles apprécient l'expérience de leurs partenaires sexuels plus âgés, mais la plupart d'entre elles n'envisagent pas de les épouser. Selon elles-mêmes, leurs principales raisons de s'adonner à des relations sexuelles intergénérationnelles étaient d'assurer leur survie au plan économique, de sécuriser leur avenir et de s'octroyer un statut supérieur parmi leurs pairs (Longfield et al, 2002 ; Luke et Kurtz, 2002). Comme l'affirme cette jeune zambienne :

"Parfois, c'est à cause de la pression des pairs, quand vous êtes avec vos amies, elles aiment se vanter en disant je sors avec un type qui me donne tout ce que je demandé, vous pouvez alors penser qu'en sortant avec un élève, vous ne faites rien de génial ; et ainsi, vous faites ce que vos amis vous disent. Elles sont fières de dire j'ai ceci, mon petit ami m'a acheté cela – je ne sors pas avec des élèves, je sors avec des hommes qui travaillent" (Pattman et Chege, 2003a, p. 107).

En outre, certaines admettent qu'elles ont entretenu de tels rapports pour des raisons affectives telles que le soutien, les conseils et la sécurité :

"Les filles préfèrent les hommes d'un certain âge parce que, disent-elles, ils ont les 4C : « Cell phone, Car, Cash and four Cornered shoes » (téléphone cellulaire, voiture, argent et chaussures pointues). Elles savent qu'avec ceux-ci, tous leurs besoins seront comblés... quand à un moment on est fauché, il suffit de l'appeler sur son cellulaire parce qu'il l'a toujours sur lui. Alors, il peut venir vous chercher avec sa voiture, et vous payer le déjeuner puisqu'il a l'argent. Et quand il sort de sa voiture, la première chose que vous verrez ce sont ses chaussures pointues" (Pattman et Chege, 2003a, p. 104).

Chez les femmes également, les partenaires sexuelles plus âgées ont fait l'objet de discussions par les garçons âgés de 16-18 ans en Zambie, mais de façon comique. Les garçons ont raconté des histoires au sujet des 'femmes-lézards' qui attirent les garçons chez elles sous prétexte de tuer un lézard pour ensuite tenter de les séduire :

"Par exemple vous, une dame vous appelle [pour aller chez elle]. Une fois à la maison, elle vous manipule. Vous voyez ce que je veux dire ? Elle vous invite par exemple à entrer dans sa chambre à coucher tout juste pour l'aider à tuer ce lézard (rires)... et vous y allez... et vous voilà devant un grand lézard tout nu (éclats de rire)." (Pattman et Chege, 2003a).

Bien que les garçons se disaient pris au piège et incapables de s'extirper de ces situations, ils racontaient toujours ces histoires avec beaucoup d'humour, ce qui indique que tout le monde a compris l'intérêt que suscite toujours le sexe chez les garçons, et qu'il n'y avait ainsi aucune coercition véritable. Les garçons ont relevé que la meilleure manière d'éviter ces situations, c'est de ne pas aller chez ces femmes.

Perception du risque

Longfield et al (2002) ont constaté que les jeunes filles sont conscientes des risques importants qu'elles encourent en ayant des relations sexuelles intergénérationnelles, mais ces risques sont plutôt liés à la découverte de ces relations par l'épouse de l'homme, par les parents ou par les autres petits-amis. La grossesse a été citée, mais

l'infection aux IST ou au VIH n'est pas considérée comme un gros risque que pourrait entraîner de tels rapports sexuels. Le raisonnement qui justifie cette assertion est que les hommes plus âgés sont considérés comme plus stables et moins enclins à "avoir multitude de partenaires". Ceci a été réitéré par une revue littéraire exhaustive sur la sexualité intergénérationnelle en Afrique subsaharienne qui a eu du mal à trouver des preuves que les filles pensent aux risques de contracter le VIH/SIDA dans de tels rapports (Luke et Kurtz, 2002). Le fait que les enfants ne se considèrent pas comme étant en danger d'infection par le VIH/SIDA dans ces rapports, explique peut-être pourquoi nous n'avons trouvé aucune information sur la perception des enfants sur l'utilité des efforts de prévention du VIH/SIDA dans ce secteur.

8.7. Situation des enfants exprimant leur sexualité en dehors des normes hétérosexuelles

Nous n'avons trouvé qu'une seule étude en Afrique subsaharienne portant sur la situation des enfants de moins de 18 ans, qui expriment leur sexualité en dehors de la norme hétérosexuelle. L'étude s'intéressait aux garçons de la rue à Mwanza, (Tanzanie) et à leur pratique du "kunyenga", ou rapports sexuel avec pénétration par voie anale (Lockhart, 2002). Cette pratique semble être la norme pour les garçons de la rue dont 98% avait fait l'expérience. Le "kunyenga" est pratiqué comme une initiation sexuelle à la vie de la rue, soit sous forme de viol collectif, ou de constater au réveil qu'on se fait sodomiser par son camarade de couchette. Ces actes sont caractérisés par la violence et la domination physiques. Il arrive aussi que les garçons de la rue s'engagent par consentement mutuel dans de tels actes, souvent sans pénétration réelle, mais juste comme un jeu.

Dans l'étude, les garçons ne considéraient pas le "kunyenga" ni comme une activité homosexuelle ni comme des rapports sexuels. Les garçons qui étaient catalogués comme efféminés faisaient l'objet d'abus physiques et étaient bannis de la société. Pour cette raison, les garçons de la rue n'entrevoient aucun risque de contracter le VIH/SIDA étant donné que cela était perçu comme une maladie qui ne pouvait être transmise qu'en ayant des relations sexuelles avec les femmes. Ceci pourrait être vrai si les garçons n'avaient des rapports sexuels qu'au sein de leur réseau fermé. Mais l'auteur a constaté qu'entre 11 et 18 ans, les garçons de la rue avaient des rapports sexuels aussi bien avec d'autres garçons qu'avec des filles, ce qui pourrait servir de passerelle de transmission du VIH/SIDA entre la population générale et les garçons de la rue.

En conclusion, l'auteur pense que le "kunyenga" devrait être perçu comme moyen de survie¹², puisque les garçons de la rue dépendent les uns des autres pour survivre et le seul moyen de s'intégrer dans un groupe est d'accepter ces rituels. Il plaide pour une meilleure compréhension des stratégies de survie des garçons de la rue dans les zones urbaines de la région, et de la pratique des rapports sexuels par voie anale aussi bien entre garçons qu'avec avec les filles.

¹² Ceci doit être contrasté avec la notion du sexe pour la survie puisqu'il s'agit de sexe en échange d'argent, de faveurs ou des biens qui n'ont pas été mentionnés dans l'étude citée en référence.

Ces enfants évoluant en marge de la norme hétérosexuelle sont invisibles parce que leurs problèmes sont soit mal connus ou mal jugés.

8.8. Comment les enfants comprennent-ils la stratégie ABC (Abstinence-Fidélité- Préservatif)?¹³

"L'abstinence"

Au Kenya, une étude a révélé que 46% des jeunes définissent correctement l'abstinence comme étant le fait de "ne pas avoir de rapports sexuels" (Pulerwitz et al, 2006). Cependant, il y avait des résultats contradictoires dans les groupes de discussions. D'après certains garçons, la communauté considérait l'abstinence comme anormale, alors que pour d'autres, une personne qui pratique l'abstinence était considérée comme un saint, un modèle. En Afrique subsaharienne de manière générale, les jeunes parlent de l'abstinence comme un moyen efficace d'éviter le VIH/SIDA. Il ne s'agissait pas nécessairement de l'abstinence avant le mariage, surtout en Ouganda et au Malawi ; cela se comprenait plutôt comme une stratégie à adopter après avoir diagnostiqué une IST. C'est pour cette raison que les CDV étaient considérés comme un moyen d'aider les gens à s'abstenir.



Les enfants croyaient souvent « qu'être fidèle » voulait dire être honnête ou digne de confiance, plutôt qu'être monogame.

La "Fidélité"

Au Kenya, 23% des jeunes ont su donner une définition juste de la "Fidélité". Les jeunes confondent souvent le terme "être fidèle" avec le fait d'être loyal, honnête ou digne de confiance (Pulerwitz, 2006). En Tanzanie, certains jeunes n'avaient pas tout-à-fait compris le sens de la "fidélité"¹⁴ même juste à la fin d'une séance avec l'agent d'un CDV, durant laquelle ils ont indiqué qu'ils seraient "fidèles" à leur partenaire principal, mais qu'avec les autres partenaires, ils utiliseront des préservatifs (Thomsen et al, 2006). Etre fidèle se comprend comme une stratégie à adopter après

¹³ Il existe de plus en plus d'études sur les perceptions et la compréhension de l'abstinence, de la fidélité et de l'utilisation régulière du préservatif par les enfants. Cependant, nous n'avons trouvé aucune étude sur ce sujet en Côte d'Ivoire, au Sénégal, au Soudan, en Éthiopie ou en Zambie.

¹⁴ Rapports sexuels entre partenaires monogames, où chacun connaît son statut sérologique.

avoir subi le test du VIH. Les jeunes garçons doutaient souvent de la fidélité de leurs partenaires filles, même si celles-ci s'en défendaient. (Mash et Kareithi, 2005)

"L'utilisation régulière du préservatif"

13% des jeunes kenyans ont pu définir correctement "l'utilisation régulière du préservatif" (la majorité des jeunes ont donné des opinions, pour la plupart négatives, au sujet de l'utilisation du préservatif au lieu de la définir). Les jeunes filles ont expliqué comment les préservatifs contenaient des "virus" ou de petits "trous" qui peuvent laisser passer les virus (Pulerwitz, 2006). Au Sénégal, plus d'un quart des adolescentes et presque 40% des garçons pensaient qu'il est possible de réutiliser un préservatif (Synergie Banlieue, 2007). Les jeunes garçons en Afrique du Sud pensent que les préservatifs sont peu fiables ou inefficaces, principalement à cause des rumeurs selon lesquelles, ils contiendraient des substances dangereuses pouvant entraîner des maladies (Mash et Kareithi, 2005). Bien que convaincus de leur importance, la plupart des jeunes n'aiment pas les utiliser de peur qu'ils se cassent, qu'ils soient inefficaces ou même dangereux, ou parce qu'ils procurent moins de plaisir et provoquent un manque de confiance chez le partenaire.

En Tanzanie, les jeunes en milieu rural étaient également sceptiques par rapport à l'efficacité du préservatif ; ils ont exprimé leur frustration devant les messages contradictoires reçus du gouvernement et des ONG ("le préservatif, c'est bon") et de l'église ("le préservatif, ce n'est pas bon") (Masatu et al, 2005). En plus du doute qui plane sur son efficacité, les adolescents zambiens estiment que le préservatif est inadéquat pour les jeunes parce que trop grand pour leur sexe (Fetters et al, 1998).

L'abstinence : irréaliste pour les jeunes sexuellement actifs

L'abstinence et la fidélité ont été conçues en grande partie comme des pratiques comportementales louables, mais pas nécessairement réalistes (Amuynuzu-Myamongo et al, 2005 ; Pulerwitz, 2006 ; Synergie Banlieue, 2007). Certains jeunes estiment que les adultes font la promotion de l'abstinence pour empêcher les jeunes de se distraire, comme le soutient ce jeune ougandais :

"En général, les parents vous parlent que des problèmes liés à l'utilisation des préservatifs, même quand vous l'utilisez. Ils vous disent que ce n'est pas sûr. Ils disent que l'on doit s'abstenir ; C'est une manière pour les parents de vous contrôler" (Amyunzu-Myamongo et al, 2005, p. 27).

De même, à Cape Town (Afrique du Sud), les jeunes de l'église ont réfléchi sur le concept de la virginité dans son principe, mais comme cette jeune femme, ils l'ont trouvé difficile à maintenir :

"J'étais vierge lors de ma confirmation l'année dernière en octobre et j'ai porté une robe blanche et un voile. C'était mon but. Mais maintenant, trois mois après, je suis sexuellement active. C'est bien parce que j'étais vierge à ma confirmation, mais maintenant mon petit ami a besoin de moi" (mâche et Kareithi, 2005).

En conclusion, les jeunes ont considéré l'abstinence comme étant peu réaliste, et de

La fidélité était perçue comme une bonne option pour certains enfants, même s'il n'est pas certain qu'ils comprennent bien le terme tel que conceptualisé à l'origine.

Les enfants n'aiment pas beaucoup les préservatifs pour les mêmes raisons que les hommes adultes, même si ces motifs sont basés sur des informations peu fiables.

Les enfants comprennent les avantages de l'abstinence mais la considèrent irréaliste comme attitude à adopter

ce fait, inacceptable comme méthode de prévention des IST et du VIH (Hulton et al, 2000 ; Pattman et Chege, 2003a). L'abstinence est perçue comme tel aussi parce qu'elle s'oppose à la "force de la nature", en plus de son caractère inacceptable pour les garçons et les hommes dans la famille et pour les amis.

"L'abstinence est presque impossible pour un garçon et même si certaines filles en sont capables, elles ne sont pas nombreuses" (Synergie Banlieue, 2007, p. 24).

Les rapports sexuels procurent des avantages sociaux et personnels

Une étude menée en Ouganda a révélé que la virginité n'est pas toujours présentée comme un idéal souvent inaccessible aux enfants. Une minorité de filles à l'école secondaire était convaincues que la virginité était une bonne chose parce qu'elle empêche l'avènement de certains faits négatifs tels que les grossesses non désirées, la mauvaise réputation ou finalement la discorde dans le couple :

"A un moment, j'étais très malade. J'étais en classe de CM2 à l'école primaire et tout le monde autour de moi pensait que j'étais enceinte. J'ai subi plusieurs examens médicaux pour voir si j'étais enceinte. Mais au fond de moi, j'étais certaine et très confiante parce que je savais que je n'étais pas enceinte. Je n'avais jamais eu de rapport sexuel avec un garçon. Bien que malade, je savais que je n'étais pas enceinte. J'étais fière et confiante ; je n'avais pas peur. J'étais sûre que j'étais innocente. Quand mes tantes m'ont demandé, je ne pouvais citer le nom d'aucun garçon parce que je n'avais jamais eu de rapport sexuel. Si je n'avais pas été vierge, j'aurais paniqué et me serais demandé lequel de mes derniers amoureux était responsable. J'aurais eu peur, et mes parents aussi" (Kinsman et al, 2000, p. 159).

Il faut noter au demeurant, que ces filles représentaient une minorité ; la majorité des filles interviewées considéraient les filles vierges comme socialement anormales et qu'elles devaient être méprisées en raison de leur manque d'expérience et même de leur incapacité à prendre soin d'elles-mêmes au plan hygiénique :

"Les filles vierges sont généralement sales. Lorsqu'elles ont leurs menstrues, elles ne savent pas quoi faire car elles ne maîtrisent pas leur cycle. Elles se retrouvent avec des pertes et ne savent pas comment gérer tout cela."

"Elle fait semblant d'être bien informée mais une fois mariée, elle fait tout le contraire de ce qu'il faut. Elle ne peut pas satisfaire son mari au lit" (Kinsman et al, 2000, p. 159).

Les filles qui n'étaient pas vierges se voyaient tout de même comme ayant plus de considération à l'école et en général plus épanouies que leurs camarades de classe qui étaient vierges :

"Facilitateur : Que pensez-vous du fait d'avoir une amie qui n'est pas vierge et qui est tout le temps avec les garçons ?

Fille : Je pense que c'est une fille épanouie.

Fille : C'est à cause de cela que ces filles ont beaucoup d'amis à l'école. Même lors de l'élection des chefs de classe, ces sont elles qui obtiennent la plupart des voix" (Kinsman et al, 2000, p. 160).

Intentions d'utiliser la stratégie ABC

Après une séance de discussion avec un agent du CDV ou autre agent de santé reproductive, les jeunes tanzaniens ont indiqué que les changements de comportements à opérer dans les six mois à venir consisteraient plus probablement à être fidèles (57%) et à utiliser davantage le préservatif (26%). Seuls 16% se sont déclarés plus susceptibles d'observer l'abstinence (Thomsen et al, 2006). Ces résultats ont été étoffés par des entrevues détaillées tenues par la suite avec un groupe plus restreint parmi ces jeunes.

Perceptions des adultes

D'après quelques études menées auprès de certains adultes en Afrique subsaharienne, la plupart des parents estiment que les enfants devraient obtenir des informations sur la santé sexuelle et reproductive, mais que ces informations devraient se limiter à l'abstinence et à la fidélité. La dissémination d'informations sur le préservatif était perçue comme une pratique qui favoriserait des comportements immoraux (Synergie Banlieue, 2007 ; Kangara, 2005 ; PIWH, 2002 ; Amuyunzu, 1997).

9. Quelles Sont Les Réponses Efficaces ?

La revue littéraire ci-dessus et les programmes de Save the Children Suède et de RFSU suggèrent diverses stratégies pouvant servir aux enfants en Afrique subsaharienne dans leur combat contre le VIH/SIDA. Ces stratégies se fondent sur les principes d'une éducation sexuelle efficace et adaptée et sur des mécanismes pour y faire face. Les recommandations suivantes proposent un cadre de réponses aux niveaux politiques et programmatiques.

Les stratégies de protection

- Les programmes devraient favoriser et soutenir les stratégies des enfants eux-mêmes pour rester sains, par exemple, offrir aux enfants qui optent pour l'abstinence le moyen de s'occuper après école à des activités sportives, théâtrales ou de club.
- Les filles sexuellement actives devraient être outillées de sorte à pouvoir bien négocier l'utilisation du préservatif. En général, la négociation est comprise dans la formation aux compétences de vie courante et pourrait servir, à condition qu'elle traite ouvertement du comportement sexuel.
- Les stéréotypes de genre autour de la sexualité masculine soulignent la nécessité de développer des programmes traitant aussi bien de la masculinité des jeunes garçons et du sexe que des mythes dangereux qui existent autour de la virilité, telle que la nécessité d'avoir plusieurs partenaires sexuels.

En Afrique sub-saharienne, les enfants ont leurs propres stratégies pour éviter les IST, le VIH et les grossesses non désirées.



Les activités récréatives sont une des principales stratégies utilisées par les enfants pour éviter les rapports sexuels

Les services de santé sexuelle et reproductive

- Les préoccupations des enfants relatives au respect de la confidentialité et de la vie privée devraient être prises en compte et abordées avec beaucoup de sérieux. Les informations portant sur la confidentialité des services tels que dans CDV devraient atteindre tous les enfants, même ceux qui n'ont pas eu à consulter des services de santé sexuelle et reproductive.
- Il faudrait trouver des réponses aux inquiétudes des enfants concernant l'accessibilité des services, en termes de distance comme de coût. Dans la mesure du possible, les services de santé sexuelle et reproductive devraient être gratuits pour les enfants.
- Dans les services de santé sexuelle et reproductive, les agents devraient être formés à adopter une conduite bienveillante envers les jeunes pour mettre fin aux attitudes négatives.



Un moyen efficace d'enseigner la sexualité pourrait être de créer un cadre approprié permettant aux enfants de discuter entre eux, sous le regard dépourvu de jugement d'une personne adulte.

L'éducation sexuelle à l'école

- Teachers should be trained to provide appropriate and interesting sexual education to children.
- Les enseignants devraient être bien outillés pour fournir une éducation sexuelle appropriée et intéressante aux enfants.
- Les professeurs devraient eux-mêmes être formés pour se sentir à l'aise avec leur propre sexualité.
- Il faudrait explorer d'autres moyens plus créatifs pour amener les enfants à poser des questions sur le sexe.

L'éducation sexuelle à base communautaire

- Les programmes d'éducation à base communautaire doivent également respecter la volonté des enfants de tenir des discussions confidentielles avec les pairs-éducateurs et les autres de membre de la communauté.
- Les organisations religieuses ont un pouvoir d'influence considérable sur les jeunes qui sont en quête de moyens efficaces pour éviter les comportements à risques. Ainsi, il faudrait aider ces organisations à trouver le moyen de susciter le débat autour de la sexualité et des compétences de vie sociale, d'une manière qui convienne aux jeunes.

Les médias

- Pour atteindre les enfants, les médias devraient continuer à être utilisés comme des canaux de transmission de messages précis et justes sur la santé sexuelle et reproductive.

Les rapports sexuels transactionnels

- Des interventions devraient être développées en direction des hommes qui s'adonnent à des relations sexuelles transactionnelles avec des jeunes filles.
- Les filles devraient avoir accès aux opportunités de s'investir dans des activités économiques pour éviter de s'engager dans des transactions sexuelles par nécessité.
- Les filles devraient être mises en garde contre les risques qu'elles encourent en entretenant des rapports sexuels, surtout non protégés, avec des hommes plus âgés et mariés.

La sexualité non-hétérosexuelle

- Étant donné que certains enfants ne s'identifient pas avec la norme hétérosexuelle, les informations relatives à la sexualité devraient être inclusives, en évitant de considérer l'hétérosexualité comme la seule norme naturelle.
- Les gouvernements qui ont ratifié la CDE devraient s'assurer que les enfants reçoivent des services publics ou des organisations non-gouvernementales, des messages sur la santé basés sur des faits, conformément à la CDE.

Abstinence, fidélité, préservatif

- Les préoccupations des enfants relatives à leurs capacités de s'abstenir devraient être sérieusement prises en compte.
- Même les enfants qui choisissent de s'abstenir doivent recevoir l'information sur comment se protéger contre le VIH/SIDA, étant donné que presque tous les individus deviennent sexuellement actifs plus tard.
- Plus d'efforts devraient être réalisés concernant le message en faveur de la fidélité, ou alors, l'abandonner totalement.
- Les efforts devraient se concentrer sur la réduction du nombre de partenaires sexuels et sur le test mutuel au VIH avant d'avoir des rapports sexuels non protégés.

10. Les Secteurs Necessitant Davantage de Recherche

D'importantes lacunes ont été trouvées dans l'information en réalisant cette revue littéraire. Pour permettre aux parties prenantes et aux décideurs de concevoir des programmes répondant aux besoins exprimés par les enfants eux-mêmes, il faudrait collecter plus d'informations sur :

- le désir des enfants de développer des programmes de lutte contre le VIH/SIDA
- les perceptions des enfants vis-à-vis des services de santé sexuelle et reproductive existants
- les opinions des enfants sur les services conseils en matière de santé sexuelle, de grossesse et sur les moyens de contraception
- les avis des enfants sur la nécessité d'implanter des services de santé sexuelle et reproductive là où il n'en existe pas
- les perceptions des enfants vis-à-vis des informations qu'ils reçoivent à l'école, de l'éducation sexuelle et du conseils à base communautaire pour prévenir le VIH, y compris leur habilité à obtenir des réponses à leurs questions, ainsi que l'applicabilité des conseils qu'ils reçoivent.
- les perceptions des enfants vis-à-vis des messages provenant des médias sur la prévention du VIH.
- les perceptions des enfants qui expriment leur sexualité en dehors de la norme hétérosexuelle.

En plus de ces domaines, nous recommandons les changements qui suivent à travers les approches de recherche générales sur le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne, pour renforcer les connaissances actuelles :

Les études portant sur les jeunes devraient présenter des données désagrégées par âge

Il existe plusieurs études intéressantes que l'on a pas pu inclure dans ce rapport parce qu'elles présentent des résultats qui concernent uniquement les jeunes de 15-24 ans (par exemple, Longfield, 2004) ou une autre tranche d'âge regroupant à la fois des enfants et de jeunes adultes (par exemple, Kaufman et Stavron, 2004). De ce fait, il est impossible de distinguer de manière spécifique les perceptions et stratégies des enfants de celles des jeunes-adultes âgés de 18 à 24 ans. Les réponses des jeunes devraient être classées tout au moins, par les catégories d'âge de 10-14, 15-19 et 20-24. Cependant, une méthode plus systématique consisterait à déterminer les catégories d'âge sur la base des théories du développement de l'adolescent¹⁵. Enfin, les experts en évaluation de programmes devraient décider des catégories d'âge à étudier sur la base des objectifs de l'évaluation, du type de données à présenter et du contexte culturel (Lansdown, 2005). Une telle désagrégation permettrait au pro-

¹⁵ En se basant sur plusieurs théories célèbres par exemple, la Pan American Health Organization (PAHO) suggère les catégories d'âge suivantes: la post-enfance (9-12 ans pour les filles, 10-13 ans pour les garçons), la préadolescence (12-14 ans pour les filles, 13-15 ans pour les garçons), l'adolescence (14-16 ans, 15-17 ans pour des garçons), et la post-adolescence (16-18 ans pour des filles, 17-18 ans pour des garçons) (UNFPA & Population Council, 2006). Pour beaucoup d'études, ces catégories peuvent s'avérer trop spécifiques ; toutefois, elles indiquent toute la gamme des étapes de développement au sein des groupes d'âge établis, en particulier ceux de 15 à 19 ans.

gramme et aux décideurs de disposer d'une image plus exacte des différences en termes de besoins et d'expériences des diverses catégories d'âge (Andersson-Brolin et Radetzky, 2002).

Besoin d'études supplémentaires sur les enfants de 7-14 ans

Par ailleurs, il a été noté le manque d'études traitant de la sexualité des enfants en bas âge 7-14 ans (UNFPA et Population Council, 2006). Les raisons de cette lacune découlent d'une part, de la difficulté à convaincre les parents que les discussions avec les enfants sur la sexualité ne les poussent pas à avoir des rapports sexuels, et qu'il s'avère souvent qu'ils ont déjà une certaine expérience sexuelle (Pattman et Chege, 2003a et 2003b) et d'autre part, à obtenir la liberté morale d'entreprendre de telles études. Pourtant, il existe un besoin saillant (sinon une obligation morale) de disposer de telles études. La prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans peut atteindre jusqu'à 18% dans quelques-uns des pays concernés. Entre 5 et 40% des jeunes dans ces mêmes pays affirment qu'ils ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 14 ans (Tableau 1). Il se dégage clairement que les enfants sont exposés au virus dès leur jeune âge.

Même ceux qui ne sont pas sexuellement actifs sont probablement conscients de l'existence du VIH/SIDA étant donné que le taux de prévalence varie entre 2 et 19% de la population de leur catégorie. Il existe un besoin particulier de mener plus d'études sur les enfants de moins de 10 ans. Les quelques études qui ont été entreprises avec des enfants de moins de 10 ans, considèrent les enfants essentiellement comme des orphelins et des enfants vulnérables (OEV) ou comme des enfants séropositifs. Très peu d'études s'intéressent aux expériences sexuelles des enfants ou à leurs connaissances sur le VIH en deçà de cet âge¹⁶. De telles études peuvent fournir des informations sur les stratégies des enfants visant à prévenir le VIH/SIDA, qui pourraient renseigner les programmes destinés aux enfants non infectés mais qui risquent de le devenir s'ils n'ont pas accès à l'information et aux services.



Il est nécessaire de mener davantage de recherche sur les enfants âgés de 7 à 14 ans.

¹⁶ L'étude de Pattman et Chege (2003a) est une exception notable qui a interviewé des enfants âgés de six ans en Zambie et qui a constaté que les enfants s'y connaissaient très tôt en matière de "sexe."

Les études sur les enfants devraient avoir une perspective positive plutôt qu'une approche axée autour du risque/de la vulnérabilité.

La grande majorité des études portant sur les enfants et le VIH/SIDA ont une approche protectionniste contre les risques. Les chercheurs posent habituellement aux enfants des questions sur leurs connaissances et leur demandent de décrire leurs comportements sexuels, ce qui leur permet (aux chercheurs) de déterminer les niveaux de risque. Par contre, très peu d'études sont abordées selon la perspective que les enfants ont leurs propres stratégies capables de promouvoir la santé et que ces mêmes stratégies peuvent être intégrées aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA (Kelly et al, 2001). Les études menées auprès des enfants doivent tenir compte du fait que dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les enfants ont leurs propres expériences du VIH/SIDA et peuvent avoir leurs propres stratégies de lutte. L'approche positive dans le questionnement plutôt qu'une démarche protectionniste, permettrait de découvrir d'intéressantes stratégies pouvant être utilisées dans les activités menées avec des enfants. De telles études sont plus courantes dans des pays occidentaux, où l'on peut trouver des recherches dans divers domaines comme la résilience.

Des études plus fournies sur les perspectives des enfants.

On retrouve peu d'études qui présentent les avis des enfants. Toutes ces recherches, à l'exception d'une seule, ont utilisé des méthodes qualitatives— les groupes de discussions la plupart du temps – illustrant l'utilité de telles méthodes pour obtenir les perceptions des enfants, par opposition à la plupart des études réalisées sur les comportements à risque ou préventifs des jeunes qui utilisent les questionnaires à réponses fermées. Ainsi, des études plus qualitatives analysant les perspectives des enfants sont nécessaires.

Des efforts devraient être faits pour collecter un minimum de données sur les pays sous-représentés

Il n'existe aucune étude y afférant dans la littérature en Côte d'Ivoire, au Sénégal et au Soudan. Il se peut qu'il y ait des rapports non publiés qui n'ont pas été mentionnés dans les bases de données ou les sites web exploités. Une étude menée avec plus de temps et de ressources aurait peut-être permis de découvrir l'existence de tels rapports à travers la collaboration avec des agences, des organisations ou des établissements universitaires dans ces pays. Cependant, si nous n'avons pas pu trouver l'information facilement, on peut douter que les décideurs et autres parties prenantes y accèdent plus aisément.

Des données plus récentes sont nécessaires

Plusieurs études parmi celles qui ont été réalisées dans ce secteur datent du début et de la fin des années 90 (Kelly et al, 2001). Etant donné l'impact du VIH/SIDA sur la culture et la société en Afrique subsaharienne, il serait inacceptable de se fonder sur ces analyses des perspectives et stratégies des jeunes pour éviter le VIH/SIDA. Plus d'études sont nécessaires pour voir si ou comment l'épidémie a changé les perceptions des enfants ces derniers temps.

II. Conclusion

Une des conclusions les plus importantes que l'on peut tirer de ce rapport est qu'il est essentiel de renforcer chez l'enfant l'estime de soi, la capacité de prendre des décisions pour soi-même et d'analyser de manière critique les fausses idées courantes. Les enfants et les jeunes ont leurs propres stratégies pour contrecarrer les méfaits relatifs à la santé sexuelle et reproductive tels que le VIH/SIDA et les grossesses non désirées. Cependant, au lieu de défendre ces stratégies, les adultes se sont concentrés sur les aspects négatifs des relations entre les jeunes. Cela se reflète par exemple, dans le type d'éducation sexuelle que les enfants déclarent recevoir, qui émet des jugements sur eux et s'avère inutile. Les adultes sont souvent les gardiens de l'information destinée aux enfants et aux jeunes. S'il est vrai que les jeunes doivent recevoir les messages positifs au sujet de la sexualité, il faudra d'abord s'atteler à développer les capacités des adultes à communiquer de tels messages.

Il est d'une importance capitale de renforcer l'estime de soi chez les enfants, leur capacité à prendre des décisions pour eux-mêmes et à mener une réflexion critique sur les idées fausses courantes.



Un autre exemple de ce focus négatif que les adultes ont sur la sexualité des adolescents est la forte prédominance d'études portant sur les rapports sexuels transactionnels et intergénérationnels dans la littérature. Il ne fait aucun doute que c'est un sujet important dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA. En effet, toutes ces connaissances nous ont permis de tirer des conclusions et des recommandations importantes pour les programmes et les politiques. Néanmoins, il semble également essentiel de noter que la question de la sexualité qui a suscité le plus d'attention du point de vue des enfants est un sujet négatif de prime abord (ou tout au moins considéré comme tel par beaucoup d'adultes). Il semble qu'un changement conceptuel sera nécessaire dans les programmes comme dans la recherche en rapport avec les

capacités évolutives et le droit des enfants à développer une sexualité saine et positive (Lansdown, 2005).

Un autre facteur-clé de cette étude est la nécessité d'impliquer davantage les garçons et les hommes pour faire progresser la question de l'équité et de genre. La tendance est de concentrer l'essentiel des interventions sur comment apprendre aux filles à "tout juste dire non" alors qu'il ressort clairement de cette étude que cela n'est pas suffisant. Les filles ont des relations sexuelles transactionnelles pour des raisons autres que l'amour et l'affection. Elles se sentent par conséquent souvent incapables de négocier l'utilisation du préservatif, surtout lorsque la relation repose sur un rapport de pouvoir. En outre, les garçons sont souvent pris au piège dans des normes du même genre aussi néfastes qui veulent par exemple, que la masculinité soit conditionnée par le fait d'avoir plusieurs partenaires sexuels ou d'être sexuellement actif dès son jeune âge. En instaurant un dialogue franc avec les garçons et les filles sur les normes et attentes basées sur le genre, on peut aider les jeunes à comprendre comment et pourquoi ils agissent et quelles sont les conséquences de leurs actes sur la santé et le bien-être des autres.

Enfin, cette étude a été basée sur les principes selon lesquels, comme contenu dans la Convention relative aux Droits de l'Enfant et dans d'autres documents-clés des Nations Unies, les enfants ont un certain nombre de droits par rapport à leur santé sexuelle et reproductive. Les pays qui ont ratifié la CDE ont la responsabilité d'assurer le respect de ces droits. En analysant les résultats de cette étude à la lumière de ces droits fondamentaux des enfants, il apparaît de façon très nette que ceux-ci n'ont pas encore été réalisés dans les pays étudiés. Les opinions des enfants n'ont pas été recueillies à propos de leurs besoins, les programmes ne tiennent pas compte de leurs perceptions, et les enfants ne reçoivent pas les informations qu'il faut pour se protéger contre le VIH/SIDA. Il est donc impératif de consulter les enfants et de prendre en compte leurs points de vue et besoins spécifiques si les pays entendent apporter une réponse efficace face à l'épidémie.

Les enfants n'ont pas été consultés et les programmes ne tiennent pas compte de leurs perceptions.

Les enfants ne reçoivent pas les informations dont ils ont besoin pour se protéger contre le VIH/SIDA. Les échanges avec les enfants sont nécessaires si les Etats entendent apporter des réponses efficaces face à l'épidémie.



Et si on en parlait ?

12. References

- Amuyunzu-Myamongo, M., Biddlecom, A.E., Ouedraogo, C., Woog, V. 2005. Qualitative evidence on children's views of sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa. Occasional Report No. 16. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Andersson-Brolin, L. and Radetzky, C. 2002. HIV/AIDS. A review on how HIV/AIDS is addressed within the monitoring process of the UN Convention on the Rights of the Child. Stockholm: Save the Children Sweden.
- Balmer, D.H., Gikundi, E., Billingsley, M.C., Kihuhho, F.G., Kimani, M., Wang'ondou, J., Njoroge, H. 1997. Adolescent knowledge, values, and coping strategies: Implications for health in sub-Saharan Africa. *Journal of Adolescent Health*; 21:33-38.
- Bankole, A., Singh, S., Woog, V. and Wulf, D. 2004. Risk and protection. Youth and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Barker, G. and Ricardo, M. 2005. Young men and the construction of masculinity in sub-Saharan Africa: Implications for HIV/AIDS. *Conflict and Violence*.
- Berhane, F., Berhane, Y., Fantahun, M. 2005. Children's health services utilisation patterns and preferences: Consultation for reproductive health problems and mental stress are less likely. *Ethiopian Journal of Health Development*;19(1):29-36.
- Centerwall, E. and Laack, S. 2004. Young men as equal partners. RFSU, PPAZ and UMATI p. 41.
- Central Statistical Agency [Ethiopia] & ORC Macro. 2006. Ethiopia demographic and health survey 2005". Addis Abeba, Ethiopie et Calverton, Maryland, USA: Central Statistical Agency and ORC Macro.
- Convention des droits de l'enfant, Adoptée and soumise à la signature, à la ratification et à l'accession par l'Assemblée Générale 44/25, le 20 Novembre 1989. Entrée en vigueur le 2 septembre 1990, en accord avec l'article 49.
- Comité des droits de l'enfant 2003a. Commentaire général No. 3 (2003) VIH/SIDA et droits de l'enfant. 32e session, 2003. New York: Nations Unies.
- Comité des droits de l'enfant 2003b, Commentaire Général No. 4: (2003) Santé et développement des adolescents dans le contexte de la Convention relative aux Droits de l'Enfant. 33ème Session, 2003 New York: Nations Unies.
- Fetters, T., Mupela, E., Rutenberg, N. 1998. Youth talk about sexuality. A participatory assessment of adolescent sexual and reproductive health in Lusaka, Zambia. Lusaka: Care Zambia et The Population Council.
- Flaherty, A., Kipp, W., Mehangye, I. 2005. 'We want someone with a face of welcome': Ugandan children articulate their family planning needs and priorities. *Tropical Doctor*; 35:4-7.
- Forrest, S. 2002. Sex education that works. Forum sur l'éducation sexuelle, UK & Annabel Kanabus, AVERT, UK.

Hulton, L.A., Cullen, R., Wamala Khalokho, S. 2000. Perceptions of the risks of sexual activity and their consequences among Ugandan children. *Studies in Family Planning* ; 31(1):35-46.

Instituto Promundo, 2002. Project h: Working with young men series 21-25.

Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA [ONUSIDA] 2006. 2006 report on the global AIDS epidemic. Geneva: ONUSIDA.

Kangara, L.W. 2005. The church, youth and sexuality in Kenya. *Sexuality in Africa Magazine* 2(2):8-10.

Kaufman et Stavron. 2004. 'Bus fare please': the economics of sex and gifts among young people in urban South Africa. *Culture, Health and Sexuality*; 6(5):377-391.

Kelly, K., Parker, W., Oyosi, S. 2001. Pathways to action. HIV/AIDS prevention, children and young people in South Africa. *Revue Littéraire*. Lusaka: Save the Children.

Kinsman, J., Nyanzi, S., Pool, R. 2000. Socializing influences and the value of sex: the experience of adolescent school girls in rural Masaka, Uganda. *Culture, Health and Sexuality*; 2(2):151-166.

Lansdown, G. 2005. The evolving capacities of the child. Florence: UNICEF Centre de Recherche Innocenti.

Kontula O., 2004 Bi- and Homosexuality in the National Surveys in Europe. In Digoix M & Festy P (eds): Same sex couple partnerships and homosexual marriages: A focus on cross-national differentials. Documents de travail no 124, Ined 2004.

Lindahl, K. 1995. Sexual and reproductive health rights – in relation to the Cairo conference (ICPD 1994). Stockholm: RFSU.

Lockhart, C. 2002. Kunyenga, 'real sex,' and survival: assessing the risk of HIV infection among urban street boys in Tanzania. *Medical Anthropology Quarterly* 16(3):294-311.

Longfield, K., Glick, A., Waithaka, M., Berman, J. 2002. Cross-generational relationships in Kenya: couples' motivations, risk perception for STIs/HIV and condom use. PSI Document de travail No. 52. Washington, D.C.: Population Sciences International.

Longfield, K. 2004. Rich fools, spare tyres and boyfriends. Partner categories, relationship dynamics and Ivorian women's risk for STIs and HIV. *Culture, Health and Sexuality*; 6(6):483-500.

Luke, N., Kurz, K.M. 2002. Cross-generational and transactional sexual relation in sub-Saharan Africa: prevalence of behavior and implication for negotiating safer sexual practices. New York: International Center for Reproductive Health and Women.

Nordstedt, J. 2006. Sexuality and Children's Rights Training with Save the Children Sweden. Dalhem: Janne Nordstedt Consulting

Masatu, M., Kvåle, G., Klepp, K-I. 2003. Frequency and perceived credibility of reported sources of reproductive health information among primary school adolescents in Arusha, Tanzania. *Scandinavian Journal of Public Health*; 31:216-223.

- Masatu, M., Ndeki, S., et Mwampambe, R. 2005. Young people's sexual behaviour and knowledge about HIV/AIDS: Life of people living and affected with HIV/AIDS; and community response to HIV/AIDS. Arusha: Centre for Educational Development in Health Arusha (CEDHA).
- Mash, Rev. R., Kareithi, R. 2005. Youth and sexuality research ages 12-19 years in the diocese of Cape Town, South Africa. Cape Town: Fikelela AIDS Project.
- Maticka-Tyndale, E., Gallant, M., Brouillard-Coyle, C., Holland, D., Metcalfe, K., Wildish, J., Gichuru, M. 2005. The sexual scripts of Kenyan young people and HIV prevention. *Culture, Health & Sexuality*;7(1):27-41.
- Nzioka, C. 2004. Unwanted pregnancy and sexually transmitted infections among young women in rural Kenya. *Culture, Health & Sexuality*; 6(1):31-44.
- Pacific Institute for Women's Health (PIWH). 2002. Youth sexuality. Action research from Burkina Faso and Senegal. Los Angeles.
- Pattman, R., Chege, F. 2003a. Finding our voices. Gendered and sexual identities and HIV/AIDS in education. Africa: Young Voices Series No. 1. Nairobi: UNICEF.
- Pattman, R., Chege, F. 2003b. "Dear diary I saw an angel, she looked like heaven on earth": sex talk and sex education. *African Journal of AIDS Research* ; 2(2):99-108.
- Peltzer, K. Promtussanon, S. 2003. HIV/AIDS education in South Africa: teacher knowledge about HIV/AIDS: Teacher attitude about and control of HIV/AIDS education. *Social Behavior and Personality*; 31(4):349-356.
- Population Reference Bureau [PRB] 2006. The world's youth 2006 data sheet. Washington D.C.: PRB.
- Pulerwitz, J., Lillie, T., Kiragu, K., Apicella, L., McCauley, A., Nelson, T., Ochieng, S., Mwarogo, P., Kunyanga, E. 2006. ABC messages for HIV prevention in Kenya: clarity and confusion, barriers and facilitators. Communication présentée à la 2006 HIV/AIDS Implementers' Meeting of the President's Emergency Plan for AIDS Relief, Durban, Afrique du Sud, 12-15 Juin 2006.
- Peel Public Health 2007 Raising Sexually Healthy Children - Sexual Development: What to Expect. Juillet 2007
<http://www.region.peel.on.ca/health/commhlth/parov1yr/develop.htm> (visitée le 23/09/2007)
- Rapport de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement 1994 [ICPD 1994]. A/CONF.171/13: Report of the ICPD (94/10/18).
- RFSU 2004. Breaking through: A guide to sexual and reproductive health and rights. ICPD – the Foundation for the Millennium Development Goals. Stockholm; Swedish Association for Sexuality Education.
- Richter, L. et Rama, S. 2006. Building Resilience: a rights based approach to children and HIV/AIDS in Africa. Focus Africa: Save the Children Sweden
- Ross, D.A., Dick, B., Ferguson, J. (Eds) 2006. Preventing HIV/AIDS in young people. A systematic review of the evidence from developing countries. Geneva: Organisation Mondiale de la Santé.

Samelius, L et Wagberg, E. 2005. Sexual orientation and gender identity issues in development. Stockholm: SIDA November, pg. 13

Save the Children Suède [SCS]. 2005. Child rights programming. How to apply rights-based approaches to programming. Second edition. Lima: Save the Children Sweden.

Conseil National de Lutte contre le SIDA [CNLS] 2002. Meeting the Sexual Health Needs of Men Having Sex With Men in Senegal. Dakar : Institut des Sciences de l'Environnement, UCAD, Population Council Horizon Program/USAID,

Simpson, A. 2002. "The measure of a man. Boys, young men and dangerous ideologies of masculinity in the time of HIV/AIDS. Stockholm: Save the Children Sweden.

Synergie Banlieue et Save the Children. 2007. Etude de base sur les connaissances attitudes et pratiques des adolescents de Pikine en santé reproductive. Rapport provisoire. Dakar.

Thomsen, S., Lugina, H., Katz, K., Reynolds, H., Johnson, L., Reuben, E., et Kaaya, N. 2006. Voluntary counselling and testing for youth and linkages to other reproductive health services: Risks, perceptions, and needs for youth in Tanzania. YouthNet Document de travail No. 5. Research Triangle Park: Family Health International/YouthNet.

United Nations Children's Fund [UNICEF] 2003. Children: the missing face of AIDS.

United Nations Children's Fund [UNICEF], 2007. Children and AIDS: a stocktaking report. Unite for Children, Unite against AIDS

Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA [UNGASS] 2001. Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA.

United Nations Population Fund [UNFPA] et Population Council 2006. Investing when it counts. Generating the evidence base for policies and programmes for very young children. New York: UNFPA.

UNFPA 2005a. Our voice, our future. Young people report on progress made on the UN-GASS declaration of commitment on HIV/AIDS.

UNFPA 2005b. Country profiles for population and reproductive health. Policy developments and indicators 2005. Annapolis: UNFPA et PRB.

UNFPA 2003. State of the World's Population 2003. New York: UNFPA

Webb, D. et Elliott, L. 2000. Learning to live. Monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people. London: Save the Children.

WHO 2004. Sexual health – a new focus for WHO. Progress in Reproductive Health Research, No 67. Genève: Programme Spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche sur la Reproduction Humaine (PRH)

WHO 1998. The second decade. Improving adolescent health and development. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, Santé des Adolescents et Programme de Développement, Santé Familiale et Reproductive.

I 3. Annexe: Methodologie

Identification de l'information

Les informations relatives aux questions de l'étude ont été identifiées par une revue systématique des bases de données PubMed, Popline, Google/Scholar et Eric, en utilisant les mots-clés suivants : 'adolescents/enfants', 'santé des adolescents', 'parents', 'éducation sexuelle', 'prévention du VIH/infection à VIH', 'recherche qualitative', 'Afrique du Sud', 'Afrique au sud du Sahara', et 'recherche'. Tous les articles édités ces cinq dernières années sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents disponibles dans Popline (plus de 400 références) ont été également passés en revue. Par ailleurs, toutes les éditions disponibles dans les divers magazines tels que Medical Anthropology Quarterly, Reproductive Health Matters, et Culture, Health and Sexuality ont été parcourues en quête d'articles pertinents. Tous les auteurs connus pour avoir publié des travaux susceptibles de contribuer à la revue ont été personnellement contactés. Enfin, pour accéder aux rapports n'ayant pas fait l'objet d'une revue des pairs, les sites web des organisations suivantes ont été systématiquement visités en vue d'obtenir des documents y afférents : Avocates for Youth, Africa Regional Sexuality Resource Centre (États-Unis), Centres for Disease Control, Development Gateway, Family Health International/YouthNet, Global Youth Coalition on HIV/SIDA, Ipas, Population Council, Save the Children, The Alan Guttmacher Institute, Uganda DISH, UNAIDS, UNFPA, UNICEF et OMS.

Critères de sélection de l'étude

Les critères suivants ont été employés pour sélectionner les études à réviser :

- Les perceptions des enfants ;
- Les stratégies de protection conçues par les enfants, plutôt que les risques et la vulnérabilité au VIH ;
- Les enfants de 7-19 ans (afin d'inclure les études qui prennent en compte la catégorie d'âge des 15-19 ans) ; et
- Les recherches réalisées auprès des jeunes provenant des sept pays concernés (à moins qu'un facteur essentiel touchant toute la région fût essentiel pour les enfants);
- Enfin, pour s'assurer que les informations étaient pertinentes pour les enfants en Afrique subsaharienne en 2006, nous avons parcouru les recherches ayant été publiées ou réalisées ces dix dernières années.

Sur base de ces critères, la recherche a produit les 24 articles/rapports récapitulés dans le tableau 2 (Annexe).

Tableau 2 : Études sélectionnées pour la revue littéraire

Auteurs	Année de parution	Année de réalisation de l'étude	Tranche d'âge	Population	Pays concernés par l'étude	Méthode de collecte de données et échantillonnage	Matières incluses ¹⁷	Commentaires
Amuyunzu-Myamongo et al.	2005	2003	14-19	Scolaire et extra-scolaire rurale et urbaine	Burkina Faso, Ghana, Malawi, Ouganda ²	55 séances de discussions en focus groupe	I, II, IV, V, VI, VII	
Balmer et al	1997	?	12-22	Scolaire et extra-scolaire	Kenya (Nairobi)	Les discussions de groupe ont été tenues pendant 6 mois (n=216)	I	Impossible de distinguer les résultats spécifiques des enfants.
Bethane et al	2005	2000	10-24 (89% 15-19)	Scolaire	Éthiopie (Addis Abeba)	Enquête auto-administrée (n=2,656)	II	
Ethiopia	2007	2005	Jeunes : 14-19	Scolaire + Parents	Ethiopie (Addis Abeba)	2 séances de discussions en focus groupe. Interviews détaillées (8 jeunes, 4 mères)	I, IV	
Fetters et al	1998	1996-1997	10-19	Scolaire et extra-scolaire	Zambie	Recherche Action Participative (y compris les focus groupes) + Étude (n=1,634)	I, II, VI, VII	

¹⁷ I- Les stratégies de protection des enfants contre le VIH/SIDA

II- Les perceptions des enfants vis-à-vis des services de santé sexuelle et reproductive.

III- Les perceptions des enfants vis-à-vis de l'éducation à la prévention du VIH à l'école.

IV- Les perceptions des enfants vis-à-vis l'éducation à la prévention du VIH à base communautaire.

V- Les perceptions des enfants vis-à-vis l'éducation au VIH par les médias.

VI- Les perceptions des enfants vis-à-vis des rapports sexuels transactionnels et des 'sugar daddy' (papa gâteau).

Auteurs	Année de parution	Année de réalisation de l'étude	Tranche d'âge	Population	Pays concernés par l'étude	Méthode de collecte de données et échantillonnage	Matières incluses ¹⁷	Commentaires
Flaherty et al	2005	?	filles 14-20 garçons 15-18	Écoles secondaires rurales et semi-urbaines	Ouest de l'Ouganda	4 séances de discussions en focus groupe	II	
Hulton et al	2000	1997	17-18	scolaire et extrascolaire	Est de l'Ouganda	12 séances de discussions en focus groupe	VII	
Kangara	2005	2004?	Adolescents	garçons et filles + pasteurs fidèles d'une église	Le Kenya	2 séances de discussions en focus groupe; 3 entrevues avec des pasteurs/responsables d'église	IV	
Kinsman et al	2000	?	14-17	Filles en classe secondaire	Ouganda (zone de Masaka)	Jeux de rôle, 3 séances de discussions en focus groupe, entretiens individuels	III, VII	
Lockhart	2002	1997-1998	8-20	Garçons de la rue	Mwanza, Tanzanie	Entretiens semi-structurés (n=75)	VIII	

Auteurs	Année de parution	Année de réalisation de l'étude	Tranche d'âge	Population	Pays concernés par l'étude	Méthode de collecte de données et échantillonnage	Matières incluses ¹⁷	Commentaires
Longfield et al	2002	2000	15-19	Filles sexuellement actives en milieu rural/rurbain/ scolarisées/ no scolarisées	Kenya	8 séances de discussions de focus groupe	VI	
Luke and Kurtz	2002	1983(?)-2002	10-26	Filles et jeunes femmes	Afrique subsaharienne	45 études qualitatives et quantitatives	I, VI	Revue littéraire sur le sexe transactionnel et intergénérationnel
Masatu et al	2003	1998	11-19	élèves en classe secondaire	Tanzanie (Arusha)	Enquete auto-administrée (n=1,247)	V	
Masatu et al	2005	2004	"adolescents et jeunes"	Jeunes de l'école secondaire	Tanzanie	Scéances de discussions en focus groupes (n=?)	I, VII	Les réponses des adolescents agrégées avec celles des acteurs communautaires et des femmes de 20- 30 ans. Difficile de distinguer les réponses spécifiques des adolescents.
Mash and Kareithi	2005	2004-2005	12-19	fidèles de l'église anglicane	Afrique du Sud (diocèse du Cap)	Étude (n=1,306)	I, III, IV, VII	

Authors	Year published	Year study conducted	Age range	Population	Countries of study	Method of data collection and sample size	Relevant topics included	Comments
Maticka-Tyndale et al	2005	2002	11-16	École primaire.	Kenya (Rift Valley et Nyanza)	28 séances de discussions en focus groupe composés de participants de meme sexe	I, VI	Analyse des 'scripts' des jeunes en initiant une démarche a but sexuel
Mbugua	2007	1996 and 2003	Adolescents	Filles en classe de 4e et professeurs d'écoles secondaires	Kenya	Interviews détaillées (10 en 1996 et 4 de 2003) avec des professeurs. Groupes de foyer (3 en 1996 et	III	Interviews supplémentaires avec les meres et d'autres élèves de sexe féminin
Nzioka	2004	2000	15-19	Filles scolarisées	Est du Kenya	8 séances de discussions en focus groupe	I	
Pacific Institute for Women's Health (PIWH)	2002	1999-2001	12- 20	Adolescents parents	Sénégal (Dakar et Pikine)	? séances de discussions en focus groupes. 822 entrevues avec des adultes	I, II, III	
Pattman and Chege	2003a	2001	10-18 (6-18 en Zambie)	Scolaire et extra scolaire	Botswana, Kenya, Afrique du Sud, Tanzanie, Rwanda, Zambie,	Interviews détaillées ¹⁸ (n=191), 28 séances de discussions en focus groupe, observations, journaux intimes	I, III, IV, VI	

¹⁸ Ces chiffres sont approximatifs. Dimensions de l'échantillon exactes non disponibles dans le rapport.

Auteurs	Année de parution	Année de réalisation de l'étude	Tranche d'âge	Population	Pays concernés par l'étude	Méthode de collecte de données et échantillonnage	Matières incluses ¹⁷	Commentaires
Peltzer and Prom-tussananon	2003	2002	21-61	Professeurs d'école secondaire	L'Afrique du sud	Enquête auto-administrée	III	
Pulerwitz et al	2006	2004	13-19	scolaire	Kenya (Nakuru)	8 séances de discussions de focus groupe	VII	
Synergie Banlieue et Save the Children	2007	2005	10-19	Garçons et filles + parents + professeurs	Le Sénégal (Dakar)	Aperçu (n=529), 8 séances de discussions en focus groupe avec les enfants; 2 avec les parents; 2 avec les professeurs	I, III, VII	
Thomsen et al	2006	2004	15-17	garçons et filles qui consultent les CDV et cliniques SR	Tanzanie (Dar es Salaam)	Études (n=100)	I, VII	Le sous-ensemble de données sur les 719 jeunes âgés de 15-24 ans



FOCUSAFRICA

Pour un changement durable

Focus Africa est une initiative de collaboration entre les trois bureaux régionaux de Save the Children Suède et le Siège à Stockholm. Les objectifs visés par l'initiative sont de mieux conscientiser les Suédois sur la situation des enfants vivant en Afrique, d'accroître le plaidoyer sur les droits des enfants en Afrique et en Suède et de renforcer les capacités propres de Save the Children Suède par l'expérience et le partage de connaissances entre nos trois bureaux régionaux en Afrique.

Focus Africa se concentre sur quatre thèmes principaux: le VIH/SIDA, les enfants dans les conflits armés et les désastres, la pauvreté des enfants et le chartre africain sur les droits et le bien-être de l'enfant. L'initiative appelle la coopération des partenaires et organismes locaux afin de renforcer la société civile et d'apporter des améliorations durables dans la vie des enfants.

Le changement durable doit venir de l'intérieur, pas de l'extérieur.

Pour de plus amples d'information veuillez contacter:

Riksförbundet för sexuell upplysning

Association suédoise pour l'éducation sexuelle
Boîte 4331
102 67 Stockholm Sweden
Tel: +46 8 692 07 00
info@rfsu.se, www.rfsu.se

Save the Children Sweden

SE- 107 88 Stockholm, Sweden
Phone: +46 8 698 90 00
info@rb.se, www.rb.se

Save the Children Sweden

Southern Africa Regional Office
SAQA House, Floor 3
1067 Arcadia Street
Pretoria, South Africa
Phone: +27 12 342 0222
postmaster@za.rb.se

Save the Children Sweden

Eastern and Central Africa
Regional Office
Box 19423
202 KNH- Nairobi, Kenya
Phone: +254 20 386 5888
info@ecaf.savethechildren.se

Save the Children Suède

Bureau Régional pour l'Afrique
de l'Ouest
BP 25934
Dakar- Fann
Senegal
Phone: +221 33 869 18 00
savedakar@orange.sn



Save the Children
Suède