

# Le marketing social : au service de la transformation du comportement des jeunes

Résultats des programmes et conclusions des recherches  
au Cameroun, à Madagascar et au Rwanda



*par Josselyn Neukom  
et Lori Ashford*

## **Le PSI**

Le PSI est une organisation internationale à but non lucrative qui se consacre à l'amélioration de la santé des populations à faible revenu du monde entier. Le PSI assure des programmes de prévention du VIH SIDA, de planification familiale, de santé maternelle et infantile et de marketing social dans plus de 70 pays en développement. Grâce à l'application de diverses techniques de marketing commercial, le PSI fournit des services et des produits de santé par l'intermédiaire du secteur privé, ainsi que différentes techniques de communication prônant des comportements sans risque au sein des populations ciblées. Le programme AIDSMark est un programme décennal lancé à l'échelle mondiale en 1997, qui recourt au marketing social pour lutter contre la dissémination du VIH SIDA et de diverses autres infections sexuellement transmissibles (IST).

## **Le PRB**

Fondé en 1929, le *Population Reference Bureau* est le principal fournisseur d'informations opportunes et objectives sur les tendances démographiques aux Etats-Unis et dans le reste du monde, et leurs implications. Le PRB offre aux décideurs politiques, aux éducateurs, aux médias et à toutes les parties intéressées oeuvrant pour l'intérêt public dans le monde une vaste gamme d'activités, notamment des publications, des services d'information, des séminaires et des ateliers et un soutien technique. Nos efforts bénéficient du soutien de marchés publics, de dons de fondations, de contributions d'entreprises et de particuliers et de la vente de nos publications. La direction du PRB est assurée par un conseil de trustees représentant divers intérêts au sein de la communauté et du secteur professionnel.

Pour obtenir de plus amples informations ou des exemplaires supplémentaires du présent rapport, veuillez nous contacter à l'adresse suivante :

### **Population Reference Bureau**

1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 520  
Washington, DC 20009 USA  
Téléphone : 1-202-483-1100  
Télécopie : 1-202-328-3937  
E-mail : [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org)  
Site Internet : [www.prb.org](http://www.prb.org)

Pour de plus amples informations sur les programmes de recherche ou de marketing social décrits dans ce rapport, veuillez vous adresser au :

### **Population Services International**

1120 Nineteenth St., NW, Suite 600  
Washington, DC 20036 USA  
Téléphone : 1-202-785-0072  
Télécopie : 1-202-785-0120  
E-mail: [info@psi.org](mailto:info@psi.org)  
Site Internet : [www.psi.org](http://www.psi.org)

### **Population Services International/Europe**

Douglas House  
16-18 Douglas St.  
Londres SW1P 4PB UK  
Téléphone : 44 (0)20-7834-3400  
Télécopie : 44 (0)20-7834-4433  
E-mail: [info@psieurope.org.uk](mailto:info@psieurope.org.uk)

Le présent rapport est disponible en anglais et en français. La version anglaise est également disponible sur les sites suivants : [www.prb.org](http://www.prb.org) et [www.psi.org](http://www.psi.org). La version française peut être consultée sur les sites suivants : [www.prb.org/francais](http://www.prb.org/francais) et [www.psi.org](http://www.psi.org).



# Le marketing social : au service de la transformation du comportement des jeunes

Résultats des programmes et conclusions des recherches  
au Cameroun, à Madagascar et au Rwanda

## Table des matières

Résumé .....	3
Contexte : Défis en matière de santé reproductive pour la jeunesse africaine .....	4
Les programmes .....	4
Tableau 1. Caractéristiques des jeunes de 15 à 24 ans dans les régions des trois programmes .....	4
Cadre des programmes et méthodes d'évaluation .....	5
Encadré 1. Théorie de l'apprentissage social .....	5
Tableau 2. Plan d'évaluation du programme : sondage des hommes et femmes âgés de 15 à 24 ans .....	6
Interventions de marketing social .....	7
Encadré 2. Cameroun : le Programme 100% Jeune .....	7
Encadré 3. Rwanda : le Centre Dushishoze .....	8
Encadré 4. Madagascar : Franchise du TOP Réseau .....	9
Recours aux pairs éducateurs et promoteurs .....	10
Encadré 5. Stratégies efficaces d'éducation par les pairs .....	11
Participation des parents et autres « portiers » .....	12
Impact sur le comportement des jeunes .....	13
Tableau 3. Pourcentage de jeunes de 15 à 24 qui se souviennent de leur exposition aux éléments du Programme 100% Jeune du Cameroun .....	13
Tableau 4. Effets de l'exposition au programme sur les perceptions et les comportements des jeunes au Cameroun .....	13
Figure 1. Cameroun : Changements dans les attitudes et les comportements des jeunes hommes .....	14
Figure 2. Cameroun : Changements dans les attitudes et les comportements des jeunes femmes .....	14
Tableau 5. Pourcentage des jeunes de 15 à 24 ans qui se souviennent de leur exposition aux éléments du Programme du Centre Dushishoze au Rwanda .....	15
Tableau 6. Effets de l'exposition au programme sur les perceptions et les comportements des jeunes au Rwanda .....	15
Figure 3. Rwanda : Changements dans les attitudes et les comportements des jeunes hommes .....	16
Figure 4. Rwanda : Changements dans les attitudes et les comportements des jeunes femmes .....	16
Figure 5. Madagascar : Jeunes de 15 à 24 ans en visite dans les cliniques du TOP Réseau .....	17
Enseignements découlant des programmes .....	18
Encadré 6. Perceptions communes relatives au marketing social et aux programmes pour la jeunesse et comparaison avec l'expérience du PSI .....	18
Références .....	20



## Résumé

Grâce aux toutes dernières innovations en matière de marketing social, le Population Services International (PSI), une organisation à but non lucratif basée aux États-Unis, a mis sur pied et lancé des programmes ciblant les jeunes au Cameroun, à Madagascar et au Rwanda pour contribuer à la prévention des grossesses non souhaitées et des maladies à transmission sexuelle, notamment le VIH-SIDA, au sein des populations âgées de 15 à 24 ans. Les recherches réalisées ont joué un rôle essentiel dans l'élaboration des stratégies et des principaux messages composant ces programmes. Outre la promotion de produits, ces programmes ont combiné de manière créative le marketing commercial et les approches interpersonnelles pour encourager les jeunes soit à utiliser un préservatif de manière systématique, soit à pratiquer l'abstinence sexuelle, à se soumettre aux tests de dépistage du VIH et à se faire traiter pour toute autre infection à transmission sexuelle.

En collaboration avec le secteur privé, les programmes ont renforcé la disponibilité et la « convivialité » des préservatifs et autres produits et services de santé de la reproduction autrement inaccessibles pour les jeunes célibataires. Par ailleurs, les programmes ont combiné diverses caractéristiques qui les distinguent des autres programmes de santé de la reproduction s'adressant aux adolescents :

- Les programmes reliaient directement les campagnes de sensibilisation aux sources de préservatifs et de services de santé de la reproduction s'adressant aux jeunes.
- Ils étaient fondés sur la recherche relative aux questions et aux obstacles affectant de manière spécifique les publics ciblés et sur les théories les plus récentes en matière de changement des comportements.
- Ils assuraient une communication intensive et fréquente avec les jeunes, diffusaient des messages de motivation par le biais de la télévision, de la radio, de la presse écrite et des pairs éducateurs et promoteurs (PEP).
- Au lieu de prôner la sagesse aux jeunes, les campagnes médiatiques les traitent comme des consommateurs éduqués et présentent les comportements sans risque comme étant positifs et socialement acceptables.
- Les programmes identifiaient leurs activités de communication et leurs produits et services à l'aide de marques et d'emblèmes communs.

Un évaluateur externe a décrit le programme comme étant « une intervention remarquable, bien conçue et bien gérée dans le domaine de la santé reproductive, offrant maintes occasions de développer le portefeuille croissant d'expériences du PSI concernant la jeunesse ». <sup>1</sup> Les programmes ont permis la réalisation de changements sensibles des perceptions et des comportements des jeunes gens.

- Au Cameroun, les jeunes des deux sexes exposés au programme étaient plus susceptibles de savoir se servir correctement du préservatif et de s'en procurer sans timidité. Au bout de 18 mois d'activités, 69 % des jeunes hommes ayant bénéficié d'une exposition intensive au programme ont déclaré s'être servi d'un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec leur partenaire régulière, contre 56 % seulement de ceux moins touchés par le programme.
- Au Rwanda, les jeunes exposés au programme étaient plus susceptibles de considérer que les préservatifs étaient un instrument efficace de prévention du VIH-SIDA, de croire que leurs amis et familles étaient en faveur de l'utilisation du préservatif et de savoir où s'en procurer et comment s'en servir.
- À Madagascar, le nombre de jeunes de 15 à 24 ans sollicitant le traitement d'IST et d'autres services de santé de la reproduction dans des cliniques ouvertes aux jeunes a augmenté de manière impressionnante, passant de 122 au cours du 1er mois à 716 (essentiellement des femmes) lors du 24e mois d'activités du programme.

Ces programmes ont obtenu leurs résultats en rendant la discussion des questions sexuelles plus acceptable et plus communes, en mettant en place de nouvelles normes sociales de comportement sans risque, et en encourageant les jeunes à faire usage des services de santé de la reproduction. Ce nonobstant, certains des objectifs des programmes n'ont toujours pas été atteints. Les trois programmes doivent redoubler d'efforts pour encourager davantage de jeunes soit à pratiquer l'abstinence sexuelle, soit à utiliser systématiquement le préservatif (c'est-à-dire lors de chaque rapport sexuel). Une troisième série d'enquêtes et une analyse supplémentaire réalisés en 2003 nous en diront davantage sur les changements des comportements des jeunes et les implications de ces tendances pour les futurs programmes.



Un travailleur du secteur de la santé assure des services de dépistage du VIH et de conseil volontaire dans un centre rwandais du PSI pour la jeunesse.

TABLEAU 1  
**Caractéristiques des jeunes de 15 à 24 ans des trois sites de programme\***

Program site	Cameroun	Madagascar	Rwanda
	Douala et Yaounde (zone urbaine)	Province de Tamatave (zone périurbaine)	Province de Butaré (zone périurbaine)
Nombre estimé de jeunes au site du programme	600.000	73.000	150.000
Pourcentage des jeunes actuellement scolarisés	64	20	10
Pourcentage de jeunes qui ont regardé la télévision la semaine dernière	81	32	6
Pourcentage de jeunes déclarant avoir une expérience sexuelle (mâle/femelle)	69/66	78/79	14/16
Pourcentage de jeunes sexuellement actifs qui déclarent avoir eu au moins deux partenaires au cours de l'année écoulée (M/F)	35/16	43/11	16/4
Pourcentage de jeunes séropositifs ** (M/F)	6/13	0,07/0,2	5/11
Pourcentage de jeunes femmes ayant recours à des méthodes modernes de contraception***	39	37	4

\*Sauf indication contraire, les données reflètent les résultats de l'enquête sur les ménages réalisée en 2000 dans chacune des régions d'application du programme au début des activités.

\*\*Estimations nationales au mois de décembre 2001 (Programme conjoint des Nations Unies de lutte contre le VIH SIDA - ONUSIDA).

\*\*\*Estimations nationales provenant des enquêtes démographiques et de santé (EDS) (ORC Macro).

« Dans certains cas, on a vu certaines filles qui, parce qu'elle aime un garçon, elle veut le préserver, elle se soumet à ses désirs, pour que le garçon ne la quitte pas »

— Étudiante camerounaise

## Contexte : Défis pour la jeunesse africaine en matière de santé de la reproduction

Bien qu'un cinquième à peine du milliard de jeunes gens de 15 à 24 ans de notre monde vit en Afrique sub-saharienne, ils représentent pourtant la grande majorité de la population séropositive de cette tranche d'âge à l'échelle mondiale. Chaque année, près d'1,7 millions de jeunes Africains contractent le VIH. Qui plus est, les jeunes femmes de la région sont deux fois plus susceptibles de devenir séropositives que les jeunes hommes, et elles se heurtent à des risques accrus de problèmes reproducteurs. En effet, 10 à 18 % des jeunes Africaines âgées de 15 à 24 ans ont un enfant chaque année. La plupart des grossesses des femmes non mariées ne sont pas souhaitées, et nombreuses sont celles qui se terminent par des avortements pratiqués dans l'illégalité et dans des conditions risquées.

Nombreux sont les facteurs qui contribuent aux taux extrêmement élevés de séro-

positivité et de grossesses non souhaitées en Afrique sub-saharienne. Il s'agit notamment d'un démarrage précoce de l'activité sexuelle, du report de l'âge au mariage, de la pauvreté, des déséquilibres entre les pouvoirs des hommes et des femmes, et des diverses pratiques culturelles. Les jeunes femmes sont particulièrement vulnérables au VIH pour des raisons à la fois biologiques et sociales. Leur appareil génital immature est plus sensible aux infections, et elles ont fréquemment des rapports sexuels avec des hommes plus âgés susceptibles d'avoir déjà contracté le VIH. Par ailleurs, les taux élevés d'infections à transmission sexuelle (IST), notamment la gonorrhée et la chlamydia, contribuent à la transmission du VIH car les personnes souffrant déjà d'IST sont plus sensibles à l'infection au VIH.

Les jeunes gens ont souvent un accès limité aux informations sur la santé de la reproduction, et les produits et les services auxquels ils doivent faire appel pour se protéger. Les programmes conçus les jeunes en Afrique sub-saharienne se heurtent souvent à maints obstacles de nature sociale, culturelle et économique. À titre d'exemple, les valeurs sociales traditionnelles et les adultes trop protecteurs empêchent souvent les jeunes—et notamment les jeunes femmes—de se rendre dans des centres de planning familial ou de se procurer des préservatifs. Un sens d'invincibilité, en particulier chez les jeunes hommes, et le caractère imprévu des rencontres sexuelles sont autant d'obstacles aux efforts de prévention chez les jeunes.

## Les programmes

En 1999, le PSI, une organisation internationale à but non lucratif basée à Washington, D.C., a reçu un don de la Fondation Bill & Melinda Gates pour renforcer les services de santé de la reproduction offerts aux jeunes en Afrique sub-saharienne grâce aux techniques de marketing social. Le marketing social permet en effet d'améliorer la santé des personnes à faible niveau de revenu en mettant à leur disposi-

tion des produits et des services de santé à des prix abordables et en encourageant les gens à adopter des pratiques sans risque, notamment l'utilisation correcte des produits vendus. Généralement, les produits du marketing social bénéficient de donations notamment de préservatifs et les revendent, avec un conditionnement attrayant sous un nom de marque, dans de petits magasins et d'autres échoppes fréquentées quotidiennement par les personnes à faible niveau de revenu. Par ailleurs, les programmes font appel à des campagnes promotionnelles et éducatives dans tous les médias, encourageant les gens à adopter des comportements sans risques.

Pour ce programme, le PSI a concentré ses efforts sur trois pays de manière à optimiser l'influence potentielle sur le comportement des jeunes. PSI/Washington a procédé à la sélection compétitive d'approches novatrices proposées par des membres du PSI basés au Cameroun, à Madagascar et au Rwanda. Chaque programme était conçu en réponse à une série de défis différents, variant selon la gravité de l'épidémie de VIH-SIDA, les niveaux d'activité sexuelle des jeunes et leur exposition aux mass médias et au système scolaire (voir le tableau 1).

La conception et l'évaluation de chacun des programmes nationaux étaient fondées sur la recherche. Des discussions au sein de groupes de réflexion et une première série de sondages ont révélé certains des obstacles au comportement sans risque chez les jeunes, et ces conclusions ont ensuite servi de base à l'élaboration des activités des programmes. Ensemble, le personnel de PSI/Washington et de ses membres affiliés ont déployé des efforts considérables à l'élaboration, la supervision et l'évaluation des programmes. Le PSI a délégué la responsabilité de l'exécution des programmes à ses bureaux dans les divers pays afin de garantir la prise de décisions relatives aux programmes sur la base d'une connaissance approfondie des possibilités et des contraintes au niveau local. Chacun des programmes était inscrit

dans des programmes nationaux de marketing social des contraceptifs déjà en place.

Les activités au titre des programmes ont commencé en 1999-2000, grâce au soutien d'un financement de 5 millions de dollars US sur quatre ans. Chacun des trois membres affiliés était chargé de la gestion d'un budget d'environ 1,1 millions de dollars US pour ses activités sur le terrain, et le solde d'environ 1,7 millions était consacré aux dépenses de recherche, à l'assistance technique fournie par le bureau du PSI à Washington, et aux services de consultants recrutés pour l'analyse des résultats des enquêtes et l'élaboration et le suivi des stratégies des programmes. La collecte des informations, leur analyse et l'utilisation de données de haute qualité ont exigé des ressources considérables, mais ces activités ont permis une amélioration marquée de la qualité du programme.

## Cadre applicable aux programmes et méthodes d'évaluation

L'élaboration, l'exécution et l'évaluation des programmes pour la jeunesse étaient déterminées par le cadre de modification des comportements du PSI, qui comporte des éléments des théories de changement du comportement les mieux connues, notamment la théorie de l'apprentissage social (voir l'encadré 1), le modèle de croyance à la santé et la théorie de l'action fondée sur la raison. De récents travaux de recherche ont révélé qu'en fait de nombreux facteurs avaient un impact modeste sur les comportements sexuels et l'usage du préservatif, plutôt que quelques facteurs limités qui aient un impact important.<sup>2</sup> Les activités des programmes du PSI—de même que les indicateurs choisis pour évaluer les résultats des programmes—étaient fondés sur l'hypothèse selon laquelle un comportement sain dépend d'une combinaison de facteurs individuels, environnementaux et sociaux, notamment :

### ENCADRÉ 1

#### Théorie de l'apprentissage social

La théorie de l'apprentissage social explique le comportement des êtres humains en termes de l'interaction dynamique entre les facteurs personnels (savoir, attentes et attitudes), les facteurs de comportement (aptitudes et auto efficacité) et les facteurs environnementaux (normes sociales, accès à l'information, produits et services, et capacité d'influencer autrui). Fondée sur les recherches d'Albert Bandura, la théorie de l'apprentissage social—ou théorie de l'apprentissage par l'observation—déclare que les individus apprennent non seulement de leurs propres expériences, mais aussi de leur observation des actions d'autrui et des conséquences de ces actions. Selon cette théorie, s'ils veulent parvenir à ce que les jeunes modifient leurs comportements, les programmes pour la jeunesse doivent offrir aux jeunes les opportunités suivantes :

- Observer et imiter leurs pairs qui pratiquent des comportements sans risque (par exemple comment négocier l'abstinence) ;
- Pratique de nouveaux comportements permettent de renforcer les aptitudes et la confiance nécessaire pour maintenir le nouveau comportement (par exemple, le placement du préservatif sur un modèle en bois) ; et
- Recevoir un renforcement affirmatif et des encouragements pour continuer à pratiquer les comportements sans danger.

*« Le boutiquier, quand vous lui dites que vous voulez un préservatif, il commence à vous faire la morale, il vous rappelle qu'à votre jeune âge vous ne devez pas faire ça »*

—Étudiant camerounais

TABLEAU 2

**Plan d'évaluation du programme : enquêtes auprès des jeunes gens des deux sexes âgés de 15 à 24 ans**

	Cameroun	Madagascar	Rwanda	
	Yaoundé et Douala	Province de Tamatave	Province de Butaré	
<b>Enquête I</b>	Enquête auprès des ménages juin-juillet 2000 2.097 jeunes	Enquête auprès des ménages nov.-déc. 2000 2.439 jeunes	Enquête auprès des ménages oct.-déc. 2000 3.111 jeunes	Enquête en milieu scolaire oct.-nov. 2000 1.530 étudiants(a)
<b>Enquête II</b>	Enquête auprès des ménages janvier 2002 3.536 jeunes	Enquête auprès des ménages novembre 2002 2.526 jeunes	Enquête auprès des ménages mars 2002 3.109 jeunes	Enquête en milieu scolaire avril 2002 1.555 étudiants(b)
<b>Enquête III</b>	<i>Collecte de données prévue pour juillet 2003</i>	<i>Enquête reportée en raison de difficultés locales</i>	<i>Collecte de données prévue pour septembre 2003</i>	<i>Collecte de données prévue pour octobre 2003</i>

(a) Groupe de contrôle : 1.464 étudiants de la ville de Gitarama.

(b) Groupe de contrôle : 1.592 étudiants de la ville de Gitarama.

*« Pour ceux qui connaissent vraiment son organisme elles peuvent déterminer un certain nombre de jours où elle pourra faire avec le préservatif et les autres jours elle fait comme ça sans préservatifs. »*

– Jeune Camerounaise

- l'appréciation par l'individu de la gravité des maladies à transmission sexuelle et du VIH ;
- la perception par l'individu de son exposition au risque ;
- l'auto efficacité – c'est à dire la confiance placée dans la prise de mesures par l'individu pour se protéger ;
- les inquiétudes liées à l'utilisation des produits (par exemple, le préservatif sera t'il efficace et réduira t'il le degré du plaisir éprouvé) ; et
- le soutien fourni par les autres membres de la famille, les amis et la communauté.

Ces facteurs peuvent se combiner pour exercer une influence sur le comportement sexuel d'un jeune, et l'utilisation du préservatif ou des services connexes. Côté « offre », d'autres facteurs ont un impact sur les pratiques sexuelles sans danger :

- la disponibilité de préservatifs et de services de santé de la reproduction de qualité, d'un coût modique et d'un accès pratique ; et
- l'existence de boutiques ou de centres de distribution ouverts aux jeunes, où ces derniers peuvent se procurer les produits et les services qu'ils souhaitent.

Les programmes du PSI traitent tant des contraintes du côté de l'offre que de celles du côté de la demande au changement des

comportements, et de manière plus spécifique des contraintes révélées par la recherche locale comme étant de nature critique. Au début de chacun des programmes nationaux, les services ont utilisé les résultats de la première série des enquêtes (évoqués dans la section suivante), ainsi que d'autres recherches, pour mettre sur pied un cadre opérationnel logique pour les activités prévues. Ces cadres opérationnels présentent les grandes lignes des objectifs prioritaires de chaque programme et les indicateurs d'évaluation y afférents, notamment les valeurs de référence et les valeurs ciblées, afin de mesurer l'impact de chaque programme national.

### **Méthodes d'évaluation**

L'instrument principal pour évaluer le programme pour la jeunesse dans chaque pays était une enquête sur les comportements sexuels et la santé de la reproduction, organisée en trois fois à 18 mois d'intervalles—au début de chaque programme, à mi-parcours et à la fin. (Au moment de la rédaction du présent rapport, nous disposons des deux premières séries de résultats des enquêtes pour le Cameroun et le Rwanda.)

Chacune de ces enquêtes portait sur un échantillon aléatoire de jeunes gens, hommes et femmes, de 15 à 24 ans vivant dans les zones couvertes par le projet (voir le tableau 2). Au Rwanda, où nombreux sont les jeunes envoyés en pension, une enquête dans les écoles est venue compléter le sondage sur les ménages. Cette enquête en milieu scolaire a été réalisée à la fois dans un emplacement témoin (c'est à dire une zone dans laquelle aucune activité d'était entreprise par les programmes) et dans un site d'intervention (où des activités de programme étaient réalisées), de manière à pouvoir procéder à une comparaison entre les réponses des jeunes exposés aux messages du programmes et celles des jeunes qui ne l'ont pas été.

L'évaluation comportait deux éléments :

- un examen des tendances ressortant des réponses à l'enquête, une fois prises en



considération les différences entre les échantillons et d'autres variables confusionnelles, notamment le niveau d'éducation et le statut socio-économique ; et

■ Le recours aux « analyses dose-effet » pour déterminer si les jeunes exposés davantage au programme étaient plus susceptibles de pratiquer des comportements moins dangereux que ceux ayant bénéficié d'une moindre exposition, une fois pris en considération les autres facteurs éventuels.

Qui plus est, outre les enquêtes de grande envergure, le PSI a réalisé des études à une échelle plus modeste pour renforcer certains des aspects du programme et approfondir l'examen de défis particuliers, notamment la raison pour laquelle les jeunes hommes sont moins susceptibles de se rendre dans les cliniques que les jeunes femmes. Le membre affilié du PSI au Cameroun a procédé à des interviews en profondeur pour déterminer l'impact des campagnes médiatiques sur la jeunesse camerounaise. PSI/Madagascar a fait appel aux études basées sur le principe du « client mystère » pour évaluer la qualité des services assurés par les cliniques pour les jeunes appuyées par le programme.

## Interventions de marketing social

Les programmes de marketing social tournés vers les jeunes organisés au Cameroun, à Madagascar et au Rwanda se sont servi de techniques de marketing commercial pour inciter les jeunes de 15 à 24 ans à pratiquer des comportements sans risque, notamment l'usage systématique du préservatif ou l'abstinence, le recours aux services de dépistage du VIH et de conseil volontaire, et le traitement des IST. Les activités des programmes se fondaient sur des concepts de marketing social, mais ils allaient bien au-delà de la promotion de produits : ils renforçaient la motivation des jeunes à pratiquer des comportements sans danger, leur aptitude à le faire et leur intention de le faire.

Chaque programme national présentait des dimensions légèrement différentes :

■ Au Cameroun, le programme 100% Jeune a lancé une campagne multi médiatique exhaustive ciblant les jeunes sexuel-



Un éducateur pair a un recours au théâtre pour expliquer les risques d'IST et de grossesses non souhaitées au Cameroun.

### ENCADRÉ 2

#### Cameroun : Le Programme 100% Jeune

Le membre affilié du PSI au Cameroun, le Programme de marketing social au Cameroun (PMSC), a mis en place un programme de communication à plusieurs canaux pour encourager les jeunes citoyens sexuellement actifs soit à se servir systématiquement des préservatifs, soit à pratiquer l'abstinence. Ce programme avait pour population cible environ 600.000 jeunes âgés de 15 à 24 ans vivant dans les deux plus grandes villes du pays, Douala et Yaoundé.

Au niveau du Programme 100% Jeune, les PEPs, les journalistes, les dessinateurs de bandes dessinées, les animateurs radio et les auteurs des scripts étaient tous de jeunes Camerounais qui comprennent les préoccupations typiques des adolescents et les défis auxquels ils sont confrontés. En décrivant leurs expériences personnelles à leur manière, les PEPs et d'autres jeunes ont aidé le PMSC à mettre au point des messages et des activités audibles pour les jeunes des zones urbaines, et proposé des solutions pratiques aux problèmes de santé de la reproduction les plus fréquents. Reliées par la marque 100% Jeune, l'ensemble des activités de communication avaient pour objet de promouvoir des exemples de jeunes remettant en cause les normes sociales pour protéger leur santé.

**Des spots télévisés et radiophoniques** ont été mis au point par des agences locales de publicité, puis pré-testés pour veiller à ce qu'ils soient compréhensibles et culturellement acceptables. Ces spots, d'une durée de 60 secondes, et diffusés de manière fréquente pendant une période de quatre à six semaines, présentaient des exemples constructifs de comportements, comme par exemple des jeunes femmes en train d'acheter des préservatifs sans le moindre embarras.

**Des émissions-débats radiophoniques**, organisées de manière hebdomadaire par des jeunes Camerounais, comprenaient des entretiens avec des invités spéciaux, des interviews de jeunes ordinaires dans les rues, des questions de jeunes auditeurs (par téléphone et par courrier), et beaucoup de musique populaire.

**Vingt PEPs** réussissent à toucher environ 10.000 jeunes scolarisés ou non chaque mois à Douala et à Yaoundé. Leurs séances face à face avec des jeunes comportaient des jeux de rôle et d'autres techniques interactives permettant de renforcer diverses aptitudes dont la négociation de l'abstinence ou le bon usage des préservatifs.

**Un radio feuilleton dramatique** intitulé « Solange : parlons sexe », s'est attaqué à des questions difficiles telles que les rapports sexuels entre personnes de générations différentes (entre des hommes plus âgés et des femmes plus jeunes), les tests de dépistage du VIH et les relations entre parents et enfants, lors de 18 épisodes diffusés par des chaînes de radio publiques et privées.

**Un mensuel pour les jeunes**, Le Journal de 100% Jeune, publie des articles sur la santé reproductive, des lettres de lecteurs et les réponses d'éducateur pairs, des articles sur les sports et la musique, des bandes dessinées et des posters couleur à découper. Des équipes de vendeurs à la criée indépendants ont vendu jusqu'à 80.000 exemplaires de ce journal de 12 pages chaque mois, générant des recettes qui ont contribué à appuyer le programme.

**Des vendeurs de préservatifs « amis des jeunes »** ont bénéficié de cours de formation et de promotion du PMSC afin de pouvoir se présenter comme des échoppes 100% Jeune. Plus de 40.000 préservatifs ont été vendus à des jeunes par des échoppes 100% Jeune en 2002.

ENDADRÉ 3

**Rwanda: le Centre Dushishoze**

Le Centre Dushishoze (« dushishoze » signifie « réfléchis à ce que tu fais » dans le dialecte local) était le premier centre du Rwanda à fournir aux jeunes des services de santé reproductive de qualité et à un coût modique dans un environnement intégré et ouvert aux jeunes. Ce centre, situé à Butaré, était l'une des premières cliniques à se servir de la technologie de dépistage rapide du VIH. Ce centre polyvalent est un lieu apprécié des jeunes qui peuvent y passer leur temps libre et se procurer des informations et des services de santé de la reproduction dans un contexte sûr et discret.

Le programme inclut en outre toute une série de campagnes médiatiques créatives et d'activités de communication interpersonnelle visant à encourager les jeunes à adopter des comportements sans danger. Dans la mesure où plus de 90 % des jeunes de 15 à 24 ans de cette province vivent dans des régions rurales et où rares sont ceux qui poursuivent des études secondaires, ce site offrait une occasion de tester l'efficacité des techniques de marketing social pour toucher les jeunes déscolarisés et les enfants des zones rurales.

**Produits et services de santé de la reproduction**

Le Centre Dushishoze propose des services de santé de la reproduction et des opportunités de renforcement des capacités dans un cadre distrayant et éducatif. Cinq professionnels des services médicaux travaillant à plein temps fournissent des services de dépistage du VIH et de conseil volontaire, de traitement des IST, de contraception d'urgence, de tests de grossesse, et des services de conseil en matière de reproduction entre 8 h et 20 h, six jours par semaine. Les honoraires facturés aux jeunes par le centre pour ces services sont inférieurs à ceux facturés par d'autres cliniques et dispensaires de la région.

Tous les jeunes qui se rendent au Centre Dushishoze—même ceux qui au départ viennent uniquement pour jouer à des jeux ou regarder un film—participent

aux programmes d'éducation sur la santé et aux exercices d'évaluation du niveau de risque organisés par les PEPs. Des matchs de basket-ball et de volley-ball, des parties de ping-pong, des films, une bibliothèque bien fournie et des manifestations spéciales telles que des cours de jonglage et des compétitions de danse encouragent les jeunes à venir au centre. Ce dernier propose en outre des cours de quatre mois en coiffure, broderie, mécanique et anglais, ce qui a permis d'augmenter le nombre de jeunes femmes venues demander des services de santé de la reproduction au centre.

Les PEPs du Centre Dushishoze travaillent en étroite collaboration avec les agents de vente de préservatifs Prudence Plus de PSI/Rwanda, installés dans la communauté, pour identifier et promouvoir des revendeurs de préservatifs amis des jeunes dans les zones rurales. PSI/Rwanda assure en outre le transport des jeunes des zones rurales jusqu'au centre lorsqu'ils souhaitent se procurer des services de santé de la reproduction ou participer à des manifestations spéciales.

**Publicité et communication sur les changements de comportement**

Le programme ne fait pas appel aux mass médias simplement parce qu'à Butaré les jeunes n'ont qu'un accès limité à la télévision et à la radio. Par contre, les PEPs, la documentation sur papier et les unités vidéos mobiles sont utilisés pour encourager les jeunes à se rendre au centre, à se procurer des services de dépistage du VIH et de conseil volontaire et des soins pour le traitement des IST, ainsi que pour s'informer sur les comportements sans danger. Les PEPs et les professionnels des services médicaux du programme organisent des séances de conseil particulières ou en petits groupes pour les jeunes au centre, ainsi que dans les églises, dans les clubs, dans les écoles et dans les centres communautaires des zones rurales.



Un éducateur pair remet un prix à un jeune Malgache ayant participé à un sketch sur la négociation de l'abstinence sexuelle.

lement actifs dans deux grandes villes et mis sur pied un réseau de distributeurs pro-jeunes opérant à proximité des écoles et d'autres endroits fréquentés par les jeunes (voir l'encadré 2, page 7).

■ Au Rwanda, un centre de jeunesse polyvalent, le Centre Dushishoze, proposait des services volontaires de conseil et de dépistage du VIH, de diagnostics des IST et divers autres services de santé de la reproduction, offerts pour la première fois sous un même toit (voir l'encadré 3).

■ À Madagascar, le PSI a développé et renforcé le TOP Réseau de cliniques privées ouvertes aux jeunes offrant des services de dépistage et de traitement des IST ainsi que d'autres services de santé de la reproduction (voir l'encadré 4).

Chaque programme a renforcé la disponibilité et l'accessibilité des services et des produits de santé de la reproduction pour les jeunes, et la motivation de ces derniers à les utiliser. Outre cette dimension importante de recherche, les programmes du PSI ont combiné différentes caractéristiques les distinguant des autres interventions dans le domaine de la santé des adolescents :

téristiques les distinguant des autres interventions dans le domaine de la santé des adolescents :

**Utilisation de toute une gamme de méthodes de communication.**

Les trois pays concernés par le programme ont eu recours à toute une gamme de méthodes de communication pour encourager les jeunes à se servir de ces produits et services mis à leur disposition et à adopter des comportements sans danger. Le programme 100% Jeune du Cameroun a fait appel à des services d'éducation par des membres des mêmes groupes, à des spots à la télévision et à la radio, à la publication d'un magazine mensuel, à des émissions-débats à la radio et à des feuilletons dramatiques radiodiffusés pour créer tout un mouvement social encourageant l'utilisation du préservatif par les jeunes sexuellement actifs. Ces systèmes de communication à renforcement mutuel ont permis une couverture quasi-complète des jeunes, bombardés ainsi de messages et d'images

## ENCADRÉ 4

**Madagascar : Les franchises du TOP Réseau**

Le *TOP Réseau*, l'une des premières franchises de cliniques amies des jeunes créées dans un pays en développement, offre des services de santé de la reproduction qui sont confidentiels, pratique et d'un coût modique aux 73.000 jeunes de 15 à 24 ans qui vivent dans la province de Tamatave. Les services offerts par le réseau et les activités de communication y afférentes ont pour objet de prévenir la transmission du VIH SIDA et les grossesses non souhaitées en encourageant les jeunes sexuellement actifs à se faire soigner s'ils souffrent d'IST et à se servir systématiquement des préservatifs ou à pratiquer l'abstinence sexuelle.

Les franchises du *TOP Réseau* sont composées de 13 cliniques à but lucratif et deux à but non lucratif, disposant de 27 prestataires de services médicaux qui offrent des services de diagnostic des IST et de conseil en matière de santé de la reproduction.

L'ensemble des cliniques du groupe doivent respecter une série minimum de normes d'ouverture vis-à-vis des jeunes, avec notamment la présence de prestataires de services bien formés et non critiques, des horaires souples pendant les soirées et les fins de semaine, un décor accueillant et des emplacements physiques discrets. Les cliniques du *TOP Réseau* facturent aux jeunes des honoraires conventionnés de 1,45 \$US pour le diagnostic d'IST et d'autres services de santé de la reproduction.

**Formation, supervision et soutien**

PSI/Madagascar offre aux membres des franchises des services de formation, de supervision et de soutien, de promotion des cliniques et de la documentation pour l'organisation des séances de conseil. Des réunions régulières sont organisées pour les médecins, un bulletin technique est publié tous les mois, et les options d'éducation continue encouragent les prestataires de services à respecter les conditions de fonctionnement de la franchise. Le PSI emploie un superviseur médical à plein temps qui se rend dans chaque clinique deux fois par mois, et a recours aux études basées sur les « clientes mystères » et sur les

entretiens de fin de service avec les clients pour vérifier le respect des normes pour la prestation des services.

Par ailleurs, PSI/Madagascar a mis au point une « Boîte à images », qui est un tableau à feuilles mobiles permettant de standardiser les séances de conseil en matière de santé de la reproduction avec les jeunes. Ces instruments permettent d'orienter les séances de conseil et rappellent aux prestataires qu'il faut souligner les messages principaux, notamment l'importance d'effectuer jusqu'au bout les traitements des IST. Chaque client présentant des symptômes d'IST reçoit une trousse de prévention des IST contenant des préservatifs, des instructions, et des cartes de recommandation pour ses partenaires.

**Publicité et promotion de la santé**

Les mass médias et les activités de communication face à face font la promotion des cliniques du *TOP Réseau* et encouragent les jeunes à adopter des comportements sans danger :

- Dix PEPs parviennent à toucher environ 2.000 jeunes chaque mois, en offrant des services de conseil individuels et en petits groupes à plusieurs endroits au sein de la communauté.
- Les spots télévisés et radiophoniques mettent l'accent sur les facteurs de risque pour les IST et les conséquences des traitements insuffisants.
- Une émission-débat télévisée avec des jeunes, « Ahy Ny Safidy » (« C'est à moi de décider »), parle de la manière d'éviter les grossesses non souhaitées, de négocier l'usage du préservatif, et des mesures à prendre si vous ou votre partenaire souffrez d'une IST.
- Les PEPs qui travaillent avec des unités vidéos mobiles proposent des films sur la santé, des discussions et des démonstrations de l'usage correct des préservatifs dans les régions rurales.

En mai 2003, PSI/Madagascar a reçu un prix du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour intensifier et reproduire le *TOP Réseau* dans trois nouvelles provinces, dont Antananarivo et Tuléar.

positifs et stimulants. Au Rwanda, où les jeunes bénéficient de beaucoup moins d'exposition aux mass médias, le programme a complété les cours d'éducation par les jeunes avec des enregistrements vidéo mobiles, des publications et des panneaux d'affichage.

**De l'information à l'action.** Conscient du fait que l'information ne suffit pas toujours à déclencher une action, des activités de communication sont organisées pour encourager les jeunes à reconnaître et à comprendre le risque de contracter des IST ou le VIH, à se doter des aptitudes et de la confiance nécessaires pour négocier des pratiques sexuelles moins dangereuses, et rendre les comportements plus sûrs plus acceptables par la société. Le programme mettait l'accent sur les avantages multiples du préservatif, notamment la protection contre les grossesses, les IST et

le VIH SIDA. Au Rwanda, où les niveaux d'activité sexuelle déclarés étaient inférieurs, les jeunes qui n'avaient pas encore commencé à avoir des rapports sexuels étaient encouragés à reporter leur initiation aussi longtemps que possible.

**Promotion de marques connues avec des productions médiatiques de haut niveau.**

Les programmes ont décidé de traiter les jeunes comme des consommateurs informés, en utilisant notamment des magazines tout en couleurs et une terminologie à la page, et en préparant des campagnes publicitaires attrayantes avec des agences locales de publicité. Les productions par les mass médias, les émissions de radio téléphoniques, des prestataires de services de santé amis des jeunes, des distributeurs de préservatifs et des activités organisées par des groupes affinitaires utilisaient tous un sigle commun et une marque commune.

*« ... Elle m'a présenté un préservatif, j'ai dit que je ne l'utilisais pas. Si elle avait insisté, je l'aurai utilisé »*

– Jeune Camerounais



Des jeunes femmes parlent de leurs préoccupations en matière de santé de la reproduction avec un éducateur pair au Rwanda.

*« Voyez-vous, les jeunes s'informent le plus souvent auprès des jeunes de leur âge pour ce qui concerne les problèmes de sexualité, parce qu'ils sont plus à l'aise de communiquer entre eux. Mais il arrive très souvent qu'ils n'obtiennent pas des informations justes auprès de leurs amis parce que ces derniers n'en savent pas plus »*

— Étudiante rwandaise

### **Prise en considération des stéréotypes sexospécifiques et d'autres questions délicates.**

Les spots diffusés à la télévision et à la radio ont traité de questions complexes telles que les stéréotypes masculins et féminins et les attentes correspondantes (comme par exemple le fait que les hommes doivent être forts et les femmes doivent être soumises). Ces spots présentaient des exemples positifs de femmes modernes défiant les stéréotypes pour protéger leur santé reproductive et d'hommes qui acceptent et respectent ces jeunes femmes. Les brochures discutaient de questions délicates telles que les rapports sexuels forcés et les conséquences des IST non traitées. Les médias interactifs tels que les émissions-débats à la télévision et à la radio, encourageaient les jeunes à parler ouvertement de questions relatives à la santé sexuelle, normalement considérées comme étant taboues.

### **Intégration de la santé de la reproduction aux autres préoccupations des jeunes.**

Les programmes ont refusé de considérer les jeunes comme étant unidimensionnels, préférant adopter une approche plus exhaustive orientée vers le consommateur, et reconnaissant les aspirations socio-économiques de la jeunesse. Divers articles décrivant les conséquences d'un traitement incomplet des IST ont été combinés à des entretiens avec des musiciens locaux

populaires dans le journal de la jeunesse publié au Cameroun. Des PEPs ont discuté des questions relatives aux risques de grossesse avec des jeunes femmes participant à des cours de broderie et de mécanique au Centre Dushishoze au Rwanda.

## **Recours aux pairs éducateurs et promoteurs**

Les PEPs—des jeunes formés à la discussion de questions délicates avec des gens de leur groupe d'âge—ont joué un rôle crucial dans les programmes pour la jeunesse organisés au Cameroun, au Rwanda et à Madagascar. Ces PEPs avaient deux objectifs : renforcer le degré de confiance en eux des jeunes, ainsi que leurs aptitudes et leur engagement aux comportements sexuels sans danger, et veiller à ce que les différents éléments des programmes répondent bien aux préoccupations traditionnelles des jeunes. Ces PEPs étaient rémunérés et travaillaient tant avec des jeunes scolarisés qu'avec d'autres qui ne l'étaient pas.

Leur principale fonction était de faciliter les discussions en petits groupes, mais ils contribuaient également à la bonne compréhension des messages et des activités du programme par les jeunes. Ils déterminaient si les vendeurs de préservatifs et les cliniques étaient accessibles aux jeunes, ils répondaient aux questions de jeunes lors d'émissions radiodiffusées en direct et passaient en revue les scripts d'émissions de télévision et de radio.

Ces PEPs complétaient les activités des mass médias en donnant l'exemple de solutions pratiques—et en aidant d'autres jeunes à en mettre au point—pour résoudre les défis les plus communs en matière de santé de la reproduction. En se servant de leurs propres expériences, ils organisaient des discussions en petits groupes sur les problèmes et les inquiétudes les plus fréquents chez les jeunes. Ils réalisaient

## ENCADRÉ 5

**Stratégies efficaces d'éducation par les pairs**

L'éducation par les pairs est une approche fréquente pour aider les jeunes à adopter des comportements responsables, mais un grand nombre de programmes ont encore du mal à toucher un nombre important de jeunes. Conscient de l'ampleur de ce défi, le PSI a organisé une évaluation externe des activités d'éducation par les pairs menées à bien au Cameroun, au Rwanda et à Madagascar en 2001.<sup>1</sup> Cette évaluation s'est appuyée sur les visites effectuées aux sites du programme au Cameroun et au Rwanda et sur un examen de la documentation internationale en la matière pour suggérer les lignes directrices suivantes à l'éducation par les pairs :

**Travailler avec des petits groupes de jeunes de manière répétée.**

Le travail en groupes de 20 jeunes de manière constante, pour un minimum de 15 à 30 heures, peut être essentiel pour parvenir à des changements radicaux et soutenus des comportements. Bien que de vastes auditoires de composition diverse puissent être parfaits pour renforcer la sensibilisation aux questions de santé de la reproduction, ils ne sont pas toujours les meilleurs pour les activités interpersonnelles intensives. Les techniques participatives conçues pour encourager les membres de l'auditoire à personnaliser les informations fournies, à acquérir une certaine confiance et à pratiquer de nouvelles aptitudes de comportements semblent d'autant plus efficaces qu'elles sont utilisées sur un petit nombre de participants partageant des caractéristiques démographiques et socioéconomiques communes.

**Maximiser l'utilisation des exercices participatifs structurés.** Ces exercices doivent être conçus de manière à encourager les participants à intérioriser les risques et à s'engager à pratiquer des comportements sans danger. Selon la théorie de l'apprentissage social, les jeunes apprennent par l'observation et l'imitation des comportements et par le soutien qu'ils reçoivent pour maintenir le comportement en question. Selon cette théorie confirmée par la science, les activités d'éducation par les pairs doivent éviter les présentations didactiques et se concentrer plutôt sur les éléments ci-après :

- Enseigner aux jeunes des aptitudes de comportement, notamment la communication et les négociations, et comment dire non, ainsi que l'usage correct du préservatif ;
- Avoir recours à des exemples influents et respectés ;
- Fournir aux jeunes gens l'opportunité de pratiquer leurs aptitudes et de recevoir un feedback ;
- S'assurer que les jeunes disposent de la confiance et de l'auto efficacité nécessaire pour adopter de nouveaux comportements ;
- Motiver les jeunes gens à appliquer de manière immédiate les aptitudes qu'ils ont appris et qu'ils se sont entraînés à appliquer ;
- Féliciter les jeunes gens qui appliquent ces nouvelles aptitudes correctement.<sup>2</sup>

**Redoubler d'efforts pour toucher les jeunes les plus vulnérables.**

Les jeunes déscolarisés, les orphelins, les enfants des rues et les prostitués sont plus susceptibles de pratiquer des comportements à haut niveau de risque ; c'est pourquoi ils ont encore plus besoin de programmes de prévention du VIH, en particulier des services d'éducation par les pairs.

**Toucher davantage de jeunes en s'associant avec d'autres organisations.** Il est impossible, tant au plan logistique qu'au plan économique, d'appliquer à grande échelle des programmes disposant de quelques PEPs bien formés et rémunérés. Pour toucher un nombre suffisant de jeunes par des contacts directs et répétés, il faut établir une collaboration entre de nombreuses organisations. L'une des options permettant d'étendre la couverture des programmes consiste à employer des PEPs bien formés

comme formateurs et comme superviseurs d'un réseau plus vaste de PEPs bénévoles travaillant avec des écoles, des clubs de jeunesse et d'autres organisations.

**Utilisation d'instruments de gestion au service de la systématisation et de l'efficacité des activités.** Des manuels de formations comportant des programmes de leçons progressifs et des listes de pointage pour la supervision peuvent servir à renforcer les exercices de formation et à améliorer la qualité de l'éducation assurée par les pairs. Par exemple, une liste de pointage peut aider les superviseurs à évaluer les éléments ci-après des séances d'éducation par les pairs :

- Les informations sexuelles fournies lors de la séance étaient-elles simples, précises et pertinentes pour l'auditoire concerné ?
- Le lieu de la réunion et les sièges étaient-ils acceptables ?
- L'auditoire pouvait-il entendre et comprendre les animateurs de ces cours d'éducation par les pairs ?
- Dans quelle mesure est-ce que les PEPs ont recouru à une approche d'animation plutôt qu'une approche didactique ?
- La séance a-t-elle inclus au moins une activité d'apprentissage expérientielle (jeux de rôle, analyse dramatique de processus, ou exercice pratique d'utilisation du préservatif) ?
- Les PEPs ont-ils accordé à leur auditoire suffisamment d'occasions de participer à la discussion et aux activités d'apprentissage expérientiel ?
- La participation de l'auditoire était-elle étendue et équilibrée (c'est-à-dire avec une participation égale des hommes et des femmes), et authentique (c'est-à-dire avec des questions sur des expériences personnelles plutôt que des détails scientifiques) ?
- Quels étaient les messages essentiels —ont-ils été suffisamment mis en exergue ?
- Les membres de l'auditoire ont-ils été encouragés à personnaliser les risques liés à la santé sexuelle ?
- Les PEPs ont-ils expliqué comment se procurer des produits et services de santé ?

**Recruter des personnes qui appartiennent vraiment aux mêmes groupes.** Pour être crédibles, les jeunes PEPs doivent vraiment appartenir aux mêmes groupes —être du même groupe d'âge, du même sexe, de la même situation de famille et avoir eu les mêmes expériences sexuelles— que l'auditoire ciblé par le programme. Le recrutement et la formation doivent mettre l'accent sur la capacité d'écoute, d'orientation des discussions, et de discussion de questions délicates. Un bon éducateur pair ne doit pas prêcher, il doit écouter et répondre à son auditoire. Il doit être perçu comme étant sincère et plein de compassion—mais pas comme étant parfait. Un des grands défis consiste à recruter et à former des PEPs qui sont directs et confiants, et à même de s'en remettre aux experts le cas échéant.

**Références**

1. David Wilson, "PSI Youth Sexual Health Programme: Cameroon, Rwanda, Madagascar," [*Programme PSI de santé sexuelle pour la jeunesse : Cameroun, Rwanda, Madagascar*] rapport non publié, 25 avril 2002.
2. David Wilson, Liste de pointage de la théorie de l'apprentissage social du « Programme PSI de santé sexuelle pour la jeunesse : Cameroun, Rwanda, Madagascar ».

*Consiste à travailler en collaboration avec quelques « champions » comprenant les questions relatives à la santé reproductive des adolescents.*



De jeunes Malgaches non scolarisés s'entraînent à l'emploi correct du préservatif.

des exercices pratiques pour aider les jeunes à renforcer leur confiance en eux et les aptitudes nécessaires pour négocier des pratiques sexuelles moins dangereuses. Leur principal objectif n'était pas la fourniture d'informations, mais la motivation des jeunes pour leur faire adopter des normes et des comportements à la fois nouveaux et plus sûrs.

Le PSI a assuré le maintien de la qualité des programmes d'éducation grâce au recrutement judicieux de PEPs des mêmes groupes, à leur formation intensive et au suivi régulier de leur performance. Ces programmes payaient ces PEPs comme personnel contractuel, à un niveau de salaire généralement équivalent à celui d'un travailleur non qualifié, soit environ 150 US\$ à 200 US\$ par mois. Les nouvelles recrues devaient participer à des séances de formation de groupe d'une durée de quatre ou cinq jours, traitant de questions telles que les aptitudes de communication et la santé de la reproduction, suivies d'exercices pratiques en matière de facilitation des discussions de groupe.

Chaque programme national a procédé au recrutement d'un superviseur de la formation par les pairs, chargé du suivi du contenu et de la qualité des séances d'éducation par les pairs et d'organiser la mise au point de nouvelles activités. Pour leur part, les PEPs devaient remplir des formulaires écrits pour chacune de leurs séances en précisant quel était leur auditoire et en évaluant la participation. En outre, le programme faisait régulièrement appel à des « audits des consommateurs », qui sont des entretiens ou des sondages écrits confidentiels avec les jeunes membres de leur auditoire conçus pour évaluer la clarté et l'attrait des séances d'éducation par les pairs. Ces efforts de suivi, accompagnés d'une évaluation externe du programme, étaient ensuite utilisés par les managers pour sélectionner des stratégies de renforcement de la qualité de l'éducation (voir l'encadré 5, page 11).

## **Participation des parents et autres « portiers »**

La promotion de l'usage du préservatif et la discussion des questions relatives à la santé sexuelle chez les jeunes demeurent sujettes à controverse dans la plupart des pays ; c'est pourquoi les programmes pour la jeunesse organisés par le PSI ont tenté de mobiliser le soutien des parents, des enseignants, des responsables communautaires et des professionnels du secteur de la santé. (Ces groupes sont souvent qualifiés de « portiers » parce que leur soutien permet de poursuivre les activités des programmes.) À l'origine, les trois programmes se sont heurtés à une certaine réticence de la part des parents, des éducateurs et des professionnels du secteur de la santé qui hésitaient à disséminer des informations sur la santé de la reproduction aux jeunes célibataires et à leur fournir les services y afférents. L'identification de quelques personnes prêtes à appuyer le programme, leur information et leur présentation comme exemples au sein de la communauté ont permis une plus grande acceptation du programme.

À Madagascar et au Rwanda, les coordinateurs communautaires ont organisé des séances de diffusion de l'information auxquelles étaient conviés les parents, les dirigeants religieux et d'autres chefs de file dans les communautés afin de promouvoir le dialogue entre parents et enfants sur les questions relatives à la santé de la reproduction. Les séances auxquelles participaient les parents faisaient appel à des jeux de rôle et à d'autres exercices participatifs pour aider les parents à apprendre comment évoquer les questions délicates avec leurs enfants. Au Cameroun et à Madagascar, les membres affiliés ont assuré la formation d'un groupe choisi de vendeurs de préservatifs et de personnel des cliniques à la constitution de réseaux de prestataires de services accessibles aux jeunes. Au Cameroun en 2002, le membre affilié du PSI a réalisé un spot de 60 secondes diffu-

sé à la télévision pour exhorter les parents à parler du VIH SIDA avec leurs enfants. Qui plus est, les trois pays ont mobilisé la participation de responsables des pouvoirs publics et de dirigeants communautaires pour l'élaboration et le suivi des activités organisées dans le cadre des programmes.

Les efforts intensifs développés pour mobiliser le soutien des « portiers » semblent avoir porté leurs fruits. Une fois informé sur les niveaux d'activité sexuelle des 15 à 24 ans, le Ministre de la Santé du Cameroun s'est fait le défenseur des spots télévisés de PSI/Cameroun présentant des jeunes négociant l'utilisation du préservatif lorsque les critiques se sont plaints de la promotion publique du préservatif chez les jeunes célibataires. Au Rwanda, les représentants des gouvernements provinciaux ont siégé au sein d'un comité directeur pour le centre de la jeunesse et fait don d'un terrain pour la construction de ce centre. À Madagascar, les enseignants et les administrateurs scolaires informés par les médecins du TOP Réseau des risques relatifs à la santé de la reproduction ont ensuite ouvert les portes de leurs établissements scolaires aux PEPs. Au Cameroun et à Madagascar, les premiers efforts de formation et de promotion incluant un petit nombre de vendeurs de préservatifs et de professionnels du secteur de la santé ont donné lieu à maintes demandes d'autres personnes souhaitant elles aussi faire partie de ces réseaux ouverts aux jeunes.

## Impact sur le comportement des jeunes

Après dix-huit mois d'activités dans le cadre des programmes, des chercheurs ont réalisé des enquêtes de suivi au Rwanda et au Cameroun pour mesurer l'impact de ces interventions sur le comportement de jeunes gens. (Madagascar fait l'objet d'une discussion à part en page 16.) Dans la mesure où deux échantillons aléatoires différents de jeu-

TABLEAU 3

### Pourcentage de jeunes de 15 à 24 ans qui se souviennent de leur exposition aux éléments du programme 100% Jeune au Cameroun

	Pour cent
Ont lu au moins une fois le magazine <i>100% Jeune</i>	74
Ont vu l'un des spots télévisés de <i>100% Jeune</i> au cours des trois derniers mois	71
Ont entendu un spot radio de <i>100% Jeune</i> au cours des trois derniers mois	65
Ont entendu une des émissions débats radio de <i>100% Jeune</i>	47
Ont entendu parler des boutiques de préservatifs des « Vendeurs Amis des Jeunes » au cours des trois derniers mois	32
Ont écouté le feuilleton radiophonique « Solange » au cours des trois derniers mois	26
Ont assisté au moins une fois à une session d'éducation par les pairs organisée par <i>100% Jeune</i>	12

TABLEAU 4

### Effets de l'exposition au programme au Cameroun sur les perceptions et les comportements des jeunes

Indicateur	Relation avec l'exposition au programme	
	Hommes	Femmes
<b>Auto efficacité</b>		
Pas de réticence à aller acheter des préservatifs	Affirmatif	Affirmatif
Sait utiliser correctement un préservatif	Affirmatif	Affirmatif
<b>Soutien social perçu</b>		
Croit avoir le soutien des parents pour l'utilisation du préservatif par les jeunes	Aucun	Aucun
A parlé de la prévention des IST ou du VIH SIDA avec des amis	Affirmatif	Affirmatif
<b>Accès perçu au préservatif</b>		
Sait où trouver des préservatifs dans un rayon maximum de 10 minutes de son domicile	Affirmatif	Affirmatif
<b>Risques sanitaires perçus</b>		
Désir de retarder les grossesses d'au moins deux ans	Aucun	Affirmatif
Perçoit un risque modéré à élevé de contracter le VIH SIDA	Affirmatif	Aucun
<b>Achat de préservatifs</b>		
A acheté des préservatifs au cours de l'année écoulée	Aucun	Affirmatif
<b>Utilisation du préservatif</b>		
Souvent/toujours avec une partenaire régulière	Affirmatif	Aucun
Lors des derniers rapports avec une partenaire régulière	Affirmatif	Aucun
Lors des derniers rapports avec une partenaire occasionnelle	Aucun	Aucun
<b>Comportement sexuel</b>		
Sexuellement expérimenté (a déjà eu des rapports sexuels)	Aucun	Aucun
<b>Recours à la planification familiale</b>		
Utilise à l'heure actuelle une méthode moderne de planification familiale (uniquement chez les jeunes sexuellement actifs)	Affirmatif	Aucun

Note : Analyse pondérée en fonction des différences au sein de la population interrogée, notamment l'âge, la scolarisation, le statut socioéconomique et la zone de résidence.

nes gens ont répondu à ces enquêtes pré et post-interventions, les résultats révèlent les changements enregistrés dans la communauté dans son ensemble et non au niveau de personnes spécifiques. Les chercheurs du PSI ont procédé en outre à des analyses statistiques supplémentaires des résultats des enquêtes

FIGURE 1

### Cameroun : modifications des attitudes et des comportements chez les jeunes hommes

Pourcentage de jeunes hommes célibataires de 15 à 24 ans qui :

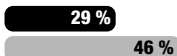
**Sont certains de savoir comment correctement utiliser le préservatif**



**Ne sont pas gênés à l'idée d'aller acheter des préservatifs**



**Ont discuté des IST et du SIDA avec quelqu'un d'autre au cours de l'année écoulée**



**Ont utilisé un préservatif au moins une fois**



**Ont utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec leur partenaire régulière**



■ Faible exposition au programme du PSI  
■ Forte exposition au programme du PSI\*

FIGURE 2

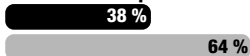
### Cameroun : modifications des attitudes et des comportements chez les jeunes femmes

Pourcentage de jeunes femmes célibataires de 15 à 24 ans qui :

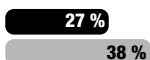
**Veulent attendre avant d'avoir des enfants**



**Sont certaines de savoir comment utiliser correctement le préservatif**



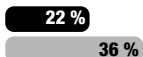
**Ont discuté des IST et du SIDA avec quelqu'un d'autre au cours de l'année écoulée**



**N'éprouvent pas de timidité pour aller acheter des préservatifs dans un magasin proche**



**Ont acheté des préservatifs au cours de l'année écoulée**



■ Faible exposition au programme du PSI  
■ Forte exposition au programme du PSI\*

Note : Les modifications indiquées sont statistiquement significatives à  $p \leq 0,05$ . Les analyses sont pondérées en fonction de l'âge, de la zone de résidence, du niveau d'éducation, de la scolarisation, du niveau socio-économique et du nombre de partenaires sexuels.

\* Une forte exposition au programme *100% Jeune* est définie comme comportant au moins deux des éléments ci-après : a) écoute fréquemment ou systématiquement le programme radiophonique en direct de *100% Jeune* ; b) a suivi au moins dix épisodes du feuilleton radio dramatique « Solange » ; c) lit souvent ou systématiquement le journal de *100% Jeune* ; d) a assisté à une séance d'éducation par les pairs organisée par *100% Jeune*. Les jeunes bénéficiant d'une exposition moyenne répondent par l'affirmative à l'un des ces critères, et tous les autres sont considérés comme bénéficiant d'une faible exposition.

afin d'isoler l'impact des programmes du PSI des autres changements éventuels enregistrés au sein des communautés. Si bien des résultats soulèvent des questions exigeant une étude plus approfondie, un certain nombre de conclusions positives sont apparues, et leurs résultats ont influencé la phase suivante des programmes PSI pour la jeunesse.

### Résultats du programme au Cameroun

Les résultats des enquêtes réalisées au Cameroun ont révélé l'impact considérable du programme multi médiatique *100% Jeune* dans les deux zones urbaines où il a été mis en œuvre. En 2002, 26 % des jeunes se sont spontanément rappelé qu'ils avaient entendu parler de *100% Jeune*. La même année, la plupart des autres programmes sur la santé reproductive lancés au Cameroun avaient marqué moins de 5 % de la population, indiquant ainsi leur portée limitée. Le tableau 3 (page 13) indique les rappels guidés (d'un taux supérieur à celui des rappels spontanés) d'éléments spécifiques des programmes. Environ un jeune sur huit avait assisté à au moins une séance d'éducation par un de ses pairs ; plus d'un jeune sur 20 avait eu une discussion personnelle avec un éducateur pair ; et l'exposition aux programmes des mass médias était particulièrement élevée, allant de la moitié aux deux tiers des jeunes, sinon plus. Trois jeunes sur quatre avaient lu au moins un numéro du Journal de *100% Jeune*— un chiffre très élevé correspondant bien aux chiffres de vente tout aussi élevés indiqués par le magazine.

Une fois prises en considération les différences existant entre les différents échantillons étudiés, une comparaison des deux premières enquêtes organisées au Cameroun a révélé des modifications importantes tant au niveau des variables descriptives de l'usage du préservatif qu'à celui des chiffres donnés quant à l'utilisation du préservatif par les jeunes gens des deux sexes au sein de la communauté dans son ensemble. Les principaux changements (pour les deux sexes) comprenaient notamment :

- une connaissance renforcée d'une source proche de distribution de préservatifs ;
- une réduction de la réticence face à l'achat de préservatifs ;
- une plus grande confiance dans la connaissance personnelle de l'utilisation correcte du préservatif ;
- une perception renforcée du soutien parental pour l'emploi du préservatif ;
- une discussion plus fréquente du VIH et d'autres IST avec des amis ; et
- chez les femmes uniquement, une perception renforcée du risque personnel couru et du soutien perçu de la part de membres de leurs groupes pour l'utilisation du préservatif. (Données non présentées.)

Dans le droit fil de ces changements, les jeunes sexuellement actifs ont déclaré utiliser davantage le préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels et son utilisation plus systématique pendant la même période. Ces augmentations ont été enregistrées dans l'ensemble de la population jeune des zones urbaines où le programme de PSI était en vigueur.

Il semble logique que les jeunes les plus exposés au programme soient les plus susceptibles d'adopter des comportements sans risque. Une analyse statistique plus poussée des données émanant de l'enquête au Cameroun, notamment une analyse « dose-effet », révèle dans quelle mesure l'exposition au programme *100% Jeune* affecte les perceptions des jeunes et leurs comportements (voir le tableau 4, page 13).

Les données concernant tant les jeunes hommes que les jeunes femmes révèlent une corrélation entre des niveaux importants d'exposition au programme *100% Jeune* et une moindre réticence à l'achat des préservatifs, une plus grande certitude de savoir comment les utiliser correctement, un meilleur accès au préservatif et des discussions plus fréquentes du SIDA et d'autres IST avec des amis (voir les figures 1 et 2). Qui plus est, le programme encourageait les jeunes hommes à intérioriser leur risque de contracter le VIH SIDA. Par contre, d'autres influences potentielles sur l'usage du préservatif, dont le soutien parental perçu pour l'u-



utilisation du préservatif par les adolescents, ne semblent pas liées à l'exposition au programme au Cameroun.

L'impact du programme au Cameroun se présente de différentes manières chez les jeunes hommes et les jeunes femmes. Parmi les hommes sexuellement actifs, l'exposition au programme était associée à une utilisation renforcée du préservatif et des méthodes modernes de planification familiale. Les jeunes femmes sexuellement actives exposées au programme étaient plus susceptibles d'acheter des préservatifs que celles qui n'étaient pas exposées au programme, mais moins susceptibles de le déclarer. Bien que le programme implique des jeunes gens des deux sexes dans la gestion des activités et la transmission des messages, ces derniers ont peut-être porté davantage chez les hommes. Ces résultats indiquent peut-être qu'il est important de créer et de pré-tester des messages distincts pour les hommes et les femmes. Ils indiquent peut-être également que les jeunes femmes ont des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, ce qui leur complique la tâche lorsqu'elles veulent négocier l'usage du préservatif.

Au Cameroun, l'exposition au programme n'a pas été liée à des changements du niveau de l'activité sexuelle, du nombre de partenaires ou du traitement des IST, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. Ces résultats confirment bien la concentration du programme sur la motivation des jeunes sexuellement actifs à se servir du préservatif. Dans la mesure où les niveaux d'activité sexuelle sont déjà très élevés chez les jeunes Camerounais des zones urbaines, le programme 100% Jeune continue à mettre l'accent sur une meilleure compréhension des risques associés aux IST et au VIH et sur l'importance d'une utilisation systématique de l'utilisation du préservatif.

## Résultats du programme au Rwanda

Les résultats des enquêtes menées au Rwanda ont permis de mesurer la portée de divers éléments du programme, notamment

TABLEAU 5

### Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui se souviennent avoir été exposés aux éléments du programme du Centre Dushishoze au Rwanda

	Pour cent
Ont vu au moins une fois des panneaux d'affichage pour le Centre Dushishoze	24
Ont assisté à au moins une séance d'éducation par les pairs organisée par le PSI	8
Ont lu au moins une fois le magazine Indatwa Z'ejo au cours des trois derniers mois	3
Ont vu une des vidéos publicitaires mobiles du Centre Dushishoze au cours des trois derniers mois	3

TABLEAU 6

### Effets de l'exposition au programme au Rwanda sur les perceptions des jeunes et leurs comportements

Indicateur	Relation avec l'exposition au programme	
	Hommes	Femmes
<b>Efficacité du préservatif</b>		
Pense que le préservatif protège efficacement contre le VIH SIDA	Affirmatif	Affirmatif
<b>Auto-efficacité</b>		
N'éprouve pas de réticence à aller acheter des préservatifs	Aucune	Affirmatif
Sait comment utiliser correctement un préservatif	Affirmatif	Affirmatif
<b>Soutien social perçu</b>		
Croit que ses amis appuient l'usage du préservatif	Affirmatif	Affirmatif
Croit que ses parents appuient l'usage du préservatif par les jeunes	Affirmatif	Affirmatif
A discuté des IST, du VIH et du SIDA au cours de l'année écoulée	Affirmatif	Affirmatif
<b>Accès perçu au préservatif</b>		
Sait où se procurer des préservatifs dans un rayon de 10 minutes de son domicile	Affirmatif	Aucun
<b>Risques sanitaires perçus</b>		
Désir de retarder les grossesses d'au moins deux ans	Aucun	Affirmatif
Perçoit un risque modéré à élevé de contracter le VIH SIDA	Aucun	Affirmatif
<b>Test de dépistage du VIH</b>		
S'est fait tester au cours de l'année écoulée	Affirmatif	Affirmatif
<b>Utilisation du préservatif</b>		
A utilisé un préservatif au moins une fois	Mauvaise direction	Aucune
Utilise souvent/toujours un préservatif avec sa partenaire régulière	Aucune	Aucune
A utilisé un préservatif lors de ses derniers rapports sexuels avec sa partenaire régulière	Aucune	N/A*
<b>Comportement sexuel</b>		
Sexuellement expérimenté (a déjà eu des rapports sexuels)	Mauvaise direction	Aucune

\*Résultats omis en raison du nombre limité de cas.

Notes : Analyse pondérée en fonction des différences au sein de la population interrogée, notamment en termes d'âge, de scolarisation et de zone de résidence. Les données concernant l'utilisation du préservatif et les comportements sexuels se fondent sur un nombre modéré de cas (uniquement les jeunes sexuellement actifs) et doivent donc être interprétées avec prudence.

les programmes d'éducation par les pairs, le journal mensuel et les annonces publicitaires pour le Centre Dushishoze. En 2002, 18 % des jeunes interrogés se sont spontanément souvenus d'avoir entendu parler du Centre Dushishoze, contre moins de 8 % pour la plupart des autres programmes de santé de la reproduction au Rwanda. Le tableau 5 indique les rappels guidés de certains des éléments spécifiques du programme. Par rapport aux sites pour les programmes urbains au Cameroun, les sites du programme rwan-

FIGURE 3

### Rwanda : modifications des attitudes et des comportements chez les jeunes hommes

Considèrent le préservatif comme un moyen efficace de prévention du VIH-SIDA

73 %

92 %

Sont certains qu'ils savent comment utiliser correctement le préservatif

17 %

30 %

Ont discuté des IST et du SIDA avec quelqu'un au cours de l'année écoulée

9 %

29 %

S'est soumis d'un test de dépistage du VIH au cours de l'année écoulée

2 %

9 %

● Faible exposition au programme du PSI  
● Forte exposition au programme du PSI\*

FIGURE 4

### Rwanda : modifications des attitudes et des comportements chez les jeunes femmes

Estiment qu'elles courent un risque modéré à élevé de contracter le VIH-SIDA

32 %

61 %

Considèrent le préservatif comme un moyen efficace de prévention du VIH-SIDA

64 %

81 %

Ne sont pas gênées à l'idée d'aller acheter des préservatifs

21 %

44 %

Ont discuté des IST et du SIDA avec quelqu'un au cours de l'année écoulée

10 %

27 %

S'est soumis d'un test de dépistage du VIH au cours de l'année écoulée

2 %

7 %

● Faible exposition au programme du PSI  
● Forte exposition au programme du PSI\*

Note : Les modifications indiquées sont statistiquement significatives à  $p \leq 0,05$ . Les analyses sont pondérées en fonction de l'âge, de la zone de résidence, du niveau d'éducation, de la scolarisation, du niveau socio-économique et du nombre de partenaires sexuels.

\*Une forte exposition est définie comme une exposition à au moins deux des activités de programme ci-après : 1) avoir vu au moins une fois un panneau d'affichage pour le Centre Dushishoze ; 2) ont assisté au moins une séance d'éducation par les pairs ou parlé avec un éducateur pair ; 3) ont entendu des amis parler du Centre Dushishoze ; 4) ont lu le journal « Indatwa Z'ejo » au cours des trois derniers mois ; ou 4) ont vu la vidéo ou les spots publicitaires du Centre Dushishoze au cours des trois derniers mois.

deux étaient d'une portée plus limitée en raison de leur moindre accès aux médias, de la faiblesse des taux d'alphabétisation et de leur moindre densité de population.

Après pondération pour les différences entre les échantillons des personnes interrogées, une comparaison des deux enquêtes réalisées au Rwanda a révélé des modifications statistiquement significatives au niveau des variables explicatives de l'usage du préservatif dans la communauté où est appliqué le programme. Les changements les plus frappants (pour les deux sexes) comprenaient notamment :

- plus de chance de connaître quelqu'un mort du VIH SIDA ;
- davantage de discussion des IST et du SIDA au cours de l'année écoulée ;
- confiance accrue dans l'efficacité du préservatif pour prévenir le VIH SIDA ;
- plus grande connaissance d'une source proche d'obtention de préservatifs ; et
- connaissance accrue des endroits où se procurer des services de dépistage du VIH et de conseil volontaire. (Données non présentées.)

Dans le droit fil de ces changements, les niveaux déclarés de l'activité sexuelle de l'ensemble de la jeunesse ont diminué entre 2000 et 2002. Par ailleurs, les acquisitions et l'utilisation déclarées du préservatif ont également augmenté chez les jeunes des deux sexes, et les jeunes hommes étaient plus à même de déclarer faire appel aux contraceptifs modernes. Malgré ces résultats positifs, nous ne pouvons négliger le risque que les rapports sur l'activité sexuelle déclarée soient inférieurs à la réalité : les chercheurs craignent que ce niveau insuffisant des déclarations n'existe dans la plupart des enquêtes réalisées au Rwanda. Selon le programme conjoint des Nations Unies contre le VIH SIDA, le taux estimé de séroprévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans au Rwanda est de 8 à 13 %, ce qui semble indiquer qu'un pourcentage plus élevé de jeunes gens (et surtout de jeunes femmes) est sexuellement actif que les statistiques ne l'indiquent, et qu'il

existe des problèmes de viol et de rapports sexuels non consentis.

L'enquête menée au Rwanda en 2002 n'a pas mis au jour de changements statistiquement significatifs quant à l'usage du préservatif lors des derniers rapports sexuels, à l'usage systématique du préservatif ou au pourcentage de jeunes soumis à un test de dépistage du VIH. Et si les jeunes exposés au programme étaient nettement plus susceptibles d'avoir subi un test de dépistage du VIH (voir ci-dessous), ces augmentations n'étaient pas suffisantes pour avoir un impact sur l'ensemble de la population de la région.

Une analyse statistique plus poussée des données de l'enquête menée au Rwanda, y compris l'« analyse dose-effet », révèle la mesure dans laquelle l'exposition aux éléments du programme du PSI affecte les changements décrits ci-dessus (voir le tableau 6, page 15). Les données concernant les jeunes gens des deux sexes révèlent une amélioration des perceptions relatives à l'efficacité du préservatif, aux connaissances pour son utilisation correcte et au soutien social perçu pour les comportements préventifs à la suite d'un degré élevé d'exposition au programme (voir les figures 3 et 4). Qui plus est, les jeunes des deux sexes exposés au programme étaient plus susceptibles d'avoir subi un test de dépistage du VIH. Chez les jeunes femmes, l'exposition au programme était associée à une augmentation de la perception des risques concernant la santé de la reproduction et à une réduction de la réticence à l'achat de préservatifs. Chez les hommes, le programme a également amélioré l'accès aux préservatifs.

L'un des résultats les plus surprenants est sans doute la corrélation enregistrée entre l'exposition au programme, le renforcement des niveaux d'activité sexuelle et la réduction du niveau d'utilisation du préservatif par les jeunes hommes (voir le tableau 6, page 15). Les raisons n'en sont pas évidentes. Malheureusement, les faibles niveaux d'activité sexuelle déclarés ont dans l'ensemble donné trop peu de cas pour permettre une

analyse de l'usage du préservatif chez les jeunes sexuellement actifs bénéficiant d'une exposition au programme. Pendant le reste de la période couverte par le don, le programme rwandais se concentrera sur la motivation des jeunes à pratiquer l'abstinence ou à faire usage de préservatifs, l'amélioration de la perception du risque de contracter le VIH par les jeunes gens et le renforcement de l'auto-efficacité pour la négociation de comportements moins dangereux—en particulier chez les jeunes femmes.

FIGURE 5

### Madagascar : jeunes âgés de 15 à 24 ans se rendant dans des cliniques du TOP Réseau

janvier-mars 2001

389 — 138

avril-juin 2001

581 — 142

juillet-septembre 2001

742 — 160

octobre-décembre 2001

836 — 177

janvier-mars 2002

984 — 183

avril-juin 2002

1 114 — 204

juillet-septembre 2002

1 569 — 257

octobre-décembre 2002

1 959 — 250

● Femmes ● Hommes

### Résultats préliminaires du programme à Madagascar

À Madagascar, en raison de l'instabilité politique et des conditions climatiques peu clémentes, les services ont décidé de reporter la deuxième enquête qui devait être effectuée au bout de 18 mois d'activité du programme. C'est la raison pour

laquelle nous ne disposons pas des résultats de cette enquête au moment de la préparation de la présente publication. Ce nonobstant, les données disponibles sur les visites de clients sur les sites des services révèlent une augmentation des activités à la suite du programme axé sur la jeunesse. Le nombre de jeunes de 15 à 24 ans tentant d'obtenir un traitement des IST et d'autres services de santé de la reproduction auprès du *TOP Réseau* a augmenté de manière spectaculaire au cours des deux premières années (voir la figure 5), passant de 527 au cours du premier trimestre 2001 à 2.202 pendant le quatrième trimestre 2002. Il s'agissait avant tout de jeunes femmes : 11 % seulement de ces clients en décembre 2002 étaient des hommes. Les données tirées du programme concernant les rapports médicaux de symptômes identifiés et des traitements prescrits ont révélé en outre que le pourcentage de symptômes d'IST traités avec succès par les médecins du réseau est passé de 50 % à 90 %.

Les efforts de communication qui seront développés à l'avenir à Madagascar auront avant tout pour objet de motiver un plus grand nombre de hommes à fort niveau de risque et leurs partenaires à se faire traiter pour leurs IST et à utiliser le préservatif de



manière systématique. Une deuxième enquête, réalisée chez les jeunes de 15 à 24 ans dans la province de Tamatave en novembre 2002, sera utilisée pour évaluer l'impact du programme sur le comportement des jeunes.

## Enseignements tirés du programme

Les enseignements du programme et les conclusions des travaux de recherches des deux premières années des programmes de marketing social axés sur les jeunes, réalisés au Cameroun, au Rwanda et à Madagascar fourniront des leçons précieuses sur la manière d'encourager les jeunes à pratiquer des comportements sans risque.

**1. Les programmes de marketing social sont susceptibles de modifier les normes et les comportements sociaux.** Avec l'utilisation d'images positives de jeunes femmes sûres d'elles en train d'acheter des préservatifs ou d'en parler—et de jeunes hommes

qui acceptent ces femmes et font montre de respect à leur égard—le programme camerounais *100% Jeune* a remis en cause les stéréotypes sexospécifiques néfastes qui empêchent les femmes d'exiger de leurs partenaires qu'ils se servent de préservatifs. Les jeunes hommes sexuellement actifs qui ont bénéficié d'une exposition fréquente et répétée au programme étaient nettement plus susceptibles que les autres de déclarer s'être servis de préservatifs lors de leurs derniers rapports sexuels. Les jeunes femmes exposées au programme étaient moins réticentes que les autres quand il s'agissait d'aller acheter des préservatifs et en savaient davantage quant à leur utilisation.

**2. Il n'existe pas de « formule magique » pour pousser les jeunes à adopter des comportements sans danger.** Les facteurs qui encouragent les jeunes gens à se servir de préservatifs semblent varier d'un groupe à l'autre. Au Cameroun, les principales variables explicatives de l'usage des préservatifs par les jeunes sexuellement actifs des deux

### ENDADRÉ 6

#### Perceptions communes sur les programmes de marketing social et les programmes pour la jeunesse, et comparaison avec l'expérience du PSI

Perceptions communes	Expérience du PSI
1. Il est socialement inacceptable que les jeunes femmes demandent à leur partenaire d'utiliser un préservatif—et il n'est pas réaliste que les programmes s'y attendent.	1. Les programmes peuvent créer de nouvelles normes sociales en appuyant et en encourageant les « comportements déviants positifs », c'est-à-dire les jeunes qui sont prêts à remettre en cause les comportements traditionnels dans le but de protéger leur santé.
2. Les centres pour la jeunesse ne touchent pas beaucoup de jeunes, ce qui fait qu'ils n'ont qu'un impact limité sur leur vie sexuelle et leur santé reproductive.	2. Le succès des centres pour les jeunes exige qu'ils répondent aux préférences et aux besoins de la jeunesse—notamment en mettant à leur disposition les services de santé qu'ils recherchent et des possibilités de développer des aptitudes applicables, et en fonctionnant le soir et le week-end.
3. Les jeunes doivent participer à l'élaboration, à la mise en application et l'évaluation des programmes pour la jeunesse ainsi qu'à leur gestion.	3. Les adultes ont besoin d'aider les jeunes dans des environnements dans lesquels ils ne disposent ni des aptitudes ni de l'expérience requises pour la gestion et l'évaluation des programmes.
4. L'éducation par les pairs est une stratégie pratique et efficace pour les programmes pour la jeunesse.	4. C'est une approche pratique et efficace, mais toujours difficile. Pour contacter un grand nombre de jeunes dans le cadre de communications face à face de grande qualité, il faut non seulement des efforts concertés de la part de plusieurs organisations mais aussi une gestion et une évaluation intensives. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'un grand nombre de jeunes sont déscolarisés.
5. Les mass médias ne peuvent que renforcer la sensibilité à une question ou à un produit social, mais ils ne peuvent initier les interventions.	5. Les activités créatives des médias fondées sur les travaux de recherche peuvent contribuer à modifier les normes sociales et les comportements. <sup>1</sup>

1. Dominique Meekers, Sohail Agha et Megan Klein, "The Impact of the 100% Jeune Youth-Centered Social Marketing Campaign in Cameroon," [L'impact de la campagne de marketing 100% Jeune organisée au Cameroun] à publier (Washington, DC : PSI).

sexes étaient leur perception du risque de contracter des IST et leur auto efficacité (degré de confiance dans les mesures qu'ils prennent).<sup>3</sup> Qui plus est, à Madagascar, où le taux de séroprévalence est nettement plus faible, la conviction du fait que le préservatif constitue une méthode efficace de planification familiale était le principal facteur influant sur la décision de jeunes hommes de s'en servir, alors que chez les jeunes femmes, le facteur décisif pour l'usage du préservatif était l'auto efficacité. Les programmes souhaitant en apprendre davantage sur les facteurs susceptibles d'influencer les comportements ont intérêt à étudier les perceptions et les besoins des publics ciblés avant de commencer l'élaboration des messages et des activités.

**3. Une exposition répétée à des moyens de communication variés (télévision, radio, presse écrite, éducation par les pairs) peut être nécessaire pour modifier le comportement des jeunes.** Une exposition ponctuelle ou unique à un programme ne suffit généralement pas à encourager les jeunes à procéder à une évaluation critique de leur niveau de risque sanitaire ou à considérer un changement de comportement. Au Cameroun, les jeunes hommes ayant bénéficié d'une forte exposition à un ou plusieurs éléments du programme 100% Jeune étaient plus susceptibles de déclarer se servir de préservatifs que les jeunes gens moins exposés. À l'avenir les programmes devront tenter de mieux cibler leurs publics grâce à des messages et à des images se renforçant mutuellement—de manière répétitive—et ce grâce à toute une gamme de moyens de communication.

**4. Lors de l'élaboration des programmes, il convient de prendre en considération les facteurs environnementaux et contextuels.**

Les taux de scolarisation et l'accès aux mass médias affectent la capacité d'un programme à communiquer des messages se renforçant mutuellement par le biais de divers canaux de communication. L'emploi de la

télévision et de la radio pour la diffusion des messages et des images à des auditoires nombreux, combiné à la communication en personne dans les écoles—ou d'un autre réseau organisé—est l'approche idéale. Qui plus est, une infrastructure commerciale bien au point permet aux programmes de diffuser des produits, des informations et des services aux jeunes de manière pratique et à des coûts modiques. Les travaux du PSI ont confirmé qu'en présence de taux de scolarisation élevés, les mass médias et un secteur commercial dynamique permettent de renforcer la portée du programme.

**5. La promotion du préservatif tant pour la planification familiale que pour la prévention des IST est un élément positif, mais les jeunes ont besoin que l'on insiste particulièrement sur les risques de contracter des IST.**

Au cours des dernières années, les programmes pour la jeunesse ont mis en exergue le fait que les préservatifs permettent d'éviter les grossesses de même que les IST et le VIH SIDA, de sorte que les jeunes qui veulent utiliser le préservatif peuvent parler à leur partenaire de sa fonction de prévention de la grossesse pour éviter le stigmate associé aux IST et au VIH. Ce nonobstant, des groupes de réflexion comprenant des jeunes organisés dans les régions urbaines du Cameroun ont révélé que les jeunes qui veulent avant tout éviter les grossesses ne se servent des préservatifs que de manière sporadique—pendant ce qu'ils déterminent comme étant leur « période fertile ». Par suite, pour veiller à ce que les préservatifs fassent l'objet d'une utilisation systématique il faut avoir recours à des messages qui se renforcent mutuellement pour aider les jeunes sexuellement actifs à comprendre et à intérioriser le risque de contracter une IST ou le VIH.

**6. Si l'on veut améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé de la reproduction offerts aux jeunes, il est nécessaire d'organiser de fréquentes séances de formations et d'imposer une supervision rigoureuse.** Une étude de client mystère



Un panneau d'affichage qui présente les cliniques du TOP Réseau de Madagascar comme sources de services de santé de la reproduction ouvertes aux jeunes et confidentielles.

menée au sein du réseau des cliniques du TOP Réseau à Madagascar a révélé que des cours de formation annuels, des visites de supervision tous les deux mois et un bulletin technique ne suffisaient pas pour normaliser la qualité des soins fournis. Si l'on veut garantir le respect systématique des protocoles de diagnostics et de traitements des IST axés sur les jeunes, il est nécessaire d'organiser régulièrement des cours de recyclage et de distribuer des instruments pratiques (PSI/Madagascar a mis au point un tableau à feuilles mobiles auquel les prestataires de services peuvent se référer). Les programmes ont besoin de séances de formation récurrentes—sur une base trimestrielle ou semestrielle—pour améliorer l'harmonisation des services offerts aux jeunes, notamment lors des contacts avec des prestataires de services indépendants.

**7. Grâce à l'intégration des programmes de santé à des opportunités de développement personnel, il est possible d'attirer les jeunes femmes dans les centres pour la jeunesse.**

Au Rwanda, le nombre des jeunes femmes en quête de services de dépistage du VIH et de conseil volontaire et d'autres services de la santé de la reproduction au Centre Dushishoze, le centre polyvalent pour la jeunesse, a augmenté de manière spectaculaire lorsque des cours de broderie, de mécanique, de coiffure et d'autres qualifications ont été proposés. Après le lancement de ces cours, le nombre de jeunes femmes se rendant au centre est passé de 10 % à 40 % de l'ensemble des jeunes visiteurs.

**8. La mise en application de lignes directrices normalisées pour l'élaboration des programmes, leur marketing et la recherche exigent des qualifications hautement spécialisées.** Les programmes de changement des comportements fondés sur des modèles empiriques ont besoin de personnel susceptible de diriger des programmes de recherche et

d'en analyser les résultats, de communiquer des concepts complexes de comportement aux agences de recherche et de publicité et d'appliquer les pratiques modèles aux programmes axés sur les jeunes. Ces qualifications spécialisées sont difficiles à trouver dans les pays en développement. À l'avenir, les programmes ont intérêt à consacrer des ressources au renforcement des capacités locales dans ce domaine.

**9. Bien que la coopération des parents et d'autres adultes influents soit d'importance critique, il convient de mettre sur pieds les activités des programmes à l'aide de contributions des jeunes si l'on veut obtenir des résultats.** Il existe une distinction subtile mais non moins importante entre demander le soutien d'adultes et fonder les programmes pour la jeunesse sur les perceptions et les valeurs d'adultes. Il est nécessaire d'obtenir davantage d'informations sur le degré d'influence des parents et autres adultes sur les comportements des adolescents, et sur la manière la plus efficace de promouvoir le dialogue entre adultes et adolescents en matière de santé de la reproduction.

## Références

- 1 David Wilson, "PSI Youth Sexual Health Programme: Cameroon, Rwanda, Madagascar" [*Programme PSI pour la santé sexuelle des jeunes : Cameroun, Rwanda, Madagascar*], rapport non publié, 25 avril 2002.
- 2 Douglas Kirby, *Antecedents of Adolescent Sexual Risk-Taking, Pregnancy, and Childbearing: Implications for Research and Programs* [*Antécédents des adolescents en matière de prise de risque sexuel, de grossesse et d'accouchement : Implications pour la recherche et les programmes*] (Washington, DC : Campagne nationale de prévention des grossesses chez les adolescentes, 1999).
- 3 Dominique Meekers et Megan Klein, "Determinants of Condom Use Among Young People in Urban Cameroon," [*Facteurs déterminants de l'utilisation du préservatif par les jeunes Camerounais des régions urbaines*], *Études sur la planification familiale* 33, no 4 (2002) : 335–46.

*Pour réussir à changer les comportements, les programmes ont besoin de toucher leur audience cible de manière répétée, par le biais de toute une gamme de méthodes de communication.*

## **Remerciements**

Josselyn Neukom est un Chargé d'analyse de programme au Population Services International (PSI) et Lori Ashford est un Chargé d'analyse politique au Population Reference Bureau (PRB). Dominique Meekers et Andrea Plautz, du PSI, ont assuré la supervision de la collecte et de l'analyse des données présentées dans le présent rapport. Brian Smith, Daniel Crapper, Dana Ward et Lisa Simutami, du PSI, ont également contribué à différentes sections du rapport. Tara Hall, du PRB, en a assuré la conception.

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude aux réviseurs qui ont bien voulu examiner les versions antérieures de ce dossier : Dara Carr, du PRB ; Steven Chapman et Peter Clancy, du PSI ; Mayowa Joel, du groupe *Nigerian Youth Action Rangers* ; Kent Klindera, du groupe *Advocates for Youth* ; Faith Oteng, de la *Youth Health Organization* du Botswana ; et Linda Sussman, de l'Agence des États-Unis pour le Développement international.

Le financement des programmes et du présent rapport est une contribution de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Photographe : Piers Benatar/Panos Pictures UK

© **Septembre 2003**

**Population Reference Bureau**