

Optic'Jeune

Santé de la reproduction
et VIH/SIDA

Programmes d'éducation en santé de la reproduction et en VIH basés dans les établissements scolaires – une intervention efficace

L'analyse des programmes évalués révèle que ceux qui sont bien conçus réussissent, mais des questions d'exécution demeurent complexes.

Les recherches récentes ont confirmé et amplifié les résultats antérieurs concernant l'impact positif des programmes d'éducation en santé de la reproduction (SR) et en prévention du VIH. Des recommandations supplémentaires concernant l'élaboration et l'adaptation des programmes à des situations diverses se sont également dégagées de l'échange des expériences de mise en œuvre sur le terrain. Malgré tout, l'application de ces recommandations au niveau national demeure difficile en raison de l'insuffisance de formation des enseignants, du montant variable des fonds disponibles et des complexités culturelles concernant les discussions de la sexualité.

Un nouvelle analyse confirme et élargit les résultats antérieurs

En 2005, Family Health International (FHI)/YouthNet a parrainé la première revue exhaustive des programmes d'éducation sexuelle et en VIH à l'intention des jeunes mis en œuvre tant dans les pays en développement que dans les pays développés ; cette revue a couvert les programmes qui avaient été mis en œuvre parmi des groupes de jeunes en s'appuyant sur un curriculum écrit et qui ont fait l'objet d'une évaluation.¹ Douglas Kirby, d'ETR Associates, a dirigé l'étude, en se fondant sur les méthodologies appliquées dans les revues précédentes.² Cette nouvelle revue a identifié 83 évaluations de programme qui correspondaient aux critères d'étude, dont 18 concernaient des pays en développement, notamment : le Belize, le Brésil, le Chili, la Jamaïque, le Kenya, le Mexique, la Namibie, le Nigeria, l'Afrique du Sud, la Tanzanie, la Thaïlande et la Zambie.

Les 83 évaluations examinaient l'impact du programme sur le début de l'activité sexuelle, la fréquence des rapports sexuels, le nombre de partenaires sexuels, l'utilisation du préservatif et autres comportements sexuels. Globalement, deux tiers des programmes avaient exercé l'impact désiré sur un ou plusieurs des comportements sexuels mesurés. Sur les 18 programmes menés dans les pays en développement, 13 avaient exercé un impact positif ; aucun d'entre eux n'avait eu un impact négatif, à savoir un début d'activité sexuelle plus précoce ou une activité sexuelle plus fréquente chez les jeunes qui étaient déjà sexuellement actifs. Les résultats d'évaluation étaient notamment :

- 22 programmes sur 52 indiquaient un report marqué du début de l'activité sexuelle
- 12 programmes sur 34 révélaient un nombre réduit de partenaires sexuels
- 26 programmes sur 54 révélaient une augmentation de l'usage du préservatif

Les programmes ont été positifs dans tous les types de situations et de pays, chez les hommes et les femmes, pour les différentes tranches d'âge et à des niveaux de revenu différents. Egalement, de nombreux programmes avaient des effets positifs sur les facteurs qui déterminent des comportements sexuels à risque, y compris sur la connaissance des infections sexuellement transmissibles (IST) et la grossesse, la prise de conscience du risque, les valeurs et les attitudes à l'égard des thèmes sexuels, la connaissance de ses propres capacités (savoir demander le recours au préservatif ou refuser des rapports non désirés) et l'intention de s'abstenir ou





Globalement, deux tiers des programmes ont exercé l'impact désiré sur un ou plusieurs des comportements sexuels mesurés.

de réduire le nombre de partenaires sexuels. La revue a repéré 17 caractéristiques que presque tous les programmes positifs avaient incluses. Les programmes qui avaient inclus ces caractéristiques tendaient davantage à changer de manière positive le comportement que les programmes qui ne comportaient pas la plupart d'entre elles. Ces caractéristiques se répartissaient dans l'élaboration, le contenu et la mise en œuvre du curriculum.

Dans une revue analogue effectuée par le Groupe de travail interorganismes des Nations Unies sur les jeunes dans le cadre d'un plus grand projet, Kirby et ses collègues ont recommandé que les autorités responsables mettent en œuvre des interventions d'éducation revêtant des caractéristiques efficaces, basées sur un curriculum et mises en œuvre par des adultes. Cette approche n'était qu'une des quelques stratégies d'intervention recommandées par le groupe de travail des Nations Unies aux autorités concernées pour prendre des mesures immédiates à grande échelle, en s'appuyant sur une analyse de deux ans sur les résultats des divers types d'interventions mises en œuvre dans les pays en développement.³

Les études effectuées pour FHI et pour les Nations Unies ont reconnu que rares étaient les évaluations qui incorporaient des marqueurs biologiques, faisant ressortir le besoin de compter sur les autoévaluations des étudiants. Les études recommandaient des analyses plus rigoureuses comportant des plans d'échantillonnage aléatoire et des indicateurs de grossesse et d'IST pour compléter les données de comportement des autoévaluations.

Défis de mise en œuvre

Dans le but de faire part de ces résultats et autres données de recherche concernant l'éducation en santé sexuelle et en prévention du VIH basée sur un curriculum, ainsi que des expériences de mise en œuvre sur le terrain, FHI/YouthNet et l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) ont parrainé en janvier 2006 une réunion à Washington. Les directeurs des programmes mis en œuvre à l'échelle nationale ont abordé des thèmes comme la formation des enseignants, l'amplification des programmes, l'assurance de la qualité et les questions sur les rôles de genre. Pendant une consultation technique complémentaire, les participants ont procuré le contexte local pour les caractéristiques de

cours identifiées par les efforts de recherche de Kirby, ont examiné les suggestions et les leçons tirées de l'exécution de ces cours et ont également proposé des caractéristiques supplémentaires fondées sur leur expérience qui devraient aussi être considérées comme de bonnes pratiques.

A partir de ces réunions, un manuel de 24 normes a été publié, comprenant des exemples et leçons tirés de la mise en œuvre. Les concepteurs de programmes, les rédacteurs de cours, les éducateurs, les directeurs, les évaluateurs et autres peuvent utiliser le manuel pour évaluer la qualité des programmes existants et pour orienter l'adaptation ou l'élaboration et la mise en œuvre d'un nouveau cours (voir encadré).⁴ Par exemple, l'UNICEF applique à l'heure actuelle ces normes pour orienter ses programmes dans plus d'une douzaine de pays.

De nombreux défis de mise en œuvre ne se bornent pas aux points couverts par ces normes, notamment la formation adéquate des enseignants. Un document de synthèse publié auparavant par FHI/YouthNet évalue les cours de formation des enseignants, comprend une liste de contrôle sur les critères de sélection des instructeurs et formule des recommandations pour tirer parti des succès décrits dans plusieurs études de cas brèves.⁵

Même les enseignants qui reçoivent une formation ne sont pas toujours disposés à couvrir les points les plus délicats du cours, comme les informations et les aptitudes concernant l'emploi du préservatif. Une étude de 11 programmes africains d'éducation sexuelle basés en établissement scolaire, qui a été réalisée par Gallant et Maticka-Tyndale, concluait que « les programmes doivent prévoir de faire face à une certaine hostilité à l'intégration du thème du préservatif. Tous les programmes sauf deux essayant d'aborder l'emploi du préservatif comme méthode pour réduire le risque de transmission du VIH ont rencontré des objections de la part des communautés et des instructeurs. »⁶ L'étude constatait que certains instructeurs étaient hostiles à enseigner l'emploi du préservatif parce qu'ils craignaient d'être alors renvoyés ou parce que cette section du programme était contraire à leurs valeurs personnelles. Les stratégies qui ont été appliquées pour aborder ce problème d'instruction sélective dans différentes situations sont notamment : l'incorporation de modules de clarification des valeurs à la formation des instructeurs, la collaboration avec les parties

prenantes de la communauté et la visite dans les écoles de professionnels de la santé ou autres membres du personnel d'organisations non gouvernementales (ONG) pour enseigner les thèmes plus délicats si nécessaire. Les prestataires de soins de santé peuvent également aider à changer les attitudes des membres communautaires influents, qui à leur tour peuvent contribuer à apporter leur appui aux instructeurs.

Un autre défi important consiste à ne pas se limiter aux petits projets pilotes et d'amplifier leur mise en œuvre à l'ensemble du pays. Au Kenya, le projet PSABH (Action des écoles primaires pour une meilleure santé) s'efforce d'élargir rapidement l'éducation en VIH à l'échelon national. En 1999, un essai pilote a débuté dans un tiers environ des 3.800 écoles primaires d'une région du Kenya en collaboration avec le Ministère de l'Éducation. En 2001, PSABH a commencé à s'étendre à d'autres régions, date à laquelle le Ministère de l'Éducation a ordonné une leçon d'éducation en VIH par semaine. En 2002, des questions sur le VIH et le sida ont été ajoutées aux examens nationaux, apportant ainsi un plus grand soutien aux programmes. Vers la fin de juin 2006, le projet PSABH avait été mis en œuvre dans 11.000 des 18.500 écoles primaires du Kenya. Le projet s'est appuyé sur l'expertise du Ministère de l'Éducation et du Ministère de la Santé, a utilisé la recherche des évaluations formatives sur les attitudes des jeunes personnes, a insisté sur la capacité de formation des instructeurs au sein du Ministère de l'Éducation et a recherché des moyens de réduire l'opposition à l'enseignement des questions délicates.

D'après les résultats d'une évaluation de 2004 sur le début de la mise en œuvre du projet, PSABH a eu « un effet direct et statistiquement significatif sur l'adoption des programmes d'éducation en matière de VIH et de sida dans les écoles. »⁷ Un grand nombre d'enseignants ont été formés et des messages de changements de comportement concrets étaient évidents dans les écoles. En général, le projet a réussi jusqu'à présent à appliquer un processus de formation en cascade pour former le nombre d'instructeurs requis afin d'amplifier rapidement le programme d'éducation en VIH, permettant ainsi au programme d'être assimilé et intégré dans les disciplines scolaires et les activités extrascolaires. Les défis rencontrés concernent pour l'essentiel la nature délicate des informations sur le VIH/sida et le contrôle de la qualité quand on travaille avec un grand nombre

d'instructeurs et de systèmes scolaires.

Le projet PSABH a cherché davantage à atteindre le plus grand nombre d'étudiants possible qu'à se concentrer sur la qualité de mise en œuvre, comme il a souvent été constaté dans les petits projets pilotes.

NORMES DU COURS D'ÉDUCATION SR/VIH À L'INTENTION DES JEUNES

Les normes d'élaboration ou d'adaptation d'un cours d'éducation en santé de la reproduction ou en prévention du VIH à l'intention des jeunes dans les pays en développement sont présentées ci-après, basées sur une étude exhaustive des programmes évalués et des expériences de mise en œuvre sur le terrain. Pour des conseils, des exemples et un cadre contextuel, consulter *Standards for Curriculum-Based Reproductive Health and HIV Education Programs* sur le site www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/otherpubs.htm.

Elaboration et adaptation

1. Faire participer des professionnels, des parties prenantes et autres.
2. Conduire des évaluations des besoins et des atouts du (ou des) groupe(s) cible(s)
3. Appliquer un cadre de planification qui relie les buts en matière de santé, les changements de comportement désirés et les activités.
4. Considérer les normes et les valeurs communautaires dans l'effort de conception des activités.
5. Considérer les ressources disponibles.
6. Piloter un cours expérimental et y apporter des révisions en fonction des besoins.

Contenu et approche

1. Prévoir un moyen d'assurer un environnement protégé.
2. Dégager des buts de santé clairs pendant la préparation du contenu du cours, son approche et ses activités.
3. Insister sur des comportements spécifiques qui facilitent ou préviennent une grossesse non désirée, des IST et le VIH.
4. Aborder des facteurs de risque ou de prévention qui affectent les comportements sexuels.
5. Incorporer de multiples activités pour changer chacun des facteurs de risque et de prévention ciblés.
6. Incorporer des approches d'instruction sérieuses et participatives.
7. Utiliser des activités, des messages et des méthodes qui correspondent à la culture, à l'âge et à l'expérience sexuelle des populations ciblées.
8. Aborder les questions sur les rôles de genre sous l'angle tant du contenu que de l'enseignement.
9. Couvrir les thèmes en succession logique.
10. Présenter des informations qui sont exactes du point de vue scientifique et médical.

Mise en œuvre

1. Informer les autorités et les responsables du contenu et du calendrier du programme, les tenir au courant et les encourager à soutenir le programme.
2. Établir un processus de sélection pour des éducateurs compétents et motivés.
3. Dispenser une formation de qualité aux éducateurs.
4. Mettre en place la gestion et l'encadrement nécessaires à l'exécution et à la surveillance.
5. Mettre en œuvre des activités pour retenir et suivre les jeunes participants.
7. Établir des systèmes de suivi et évaluation pour améliorer régulièrement l'efficacité.
8. Prévoir des activités qui abordent tous les thèmes clés évoqués dans le cours et les mettre en œuvre dans l'ordre présenté.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :

Interagency Youth Working Group

s/c Family Health International
Youth Information
P.O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
USA

téléphone
(919) 544-7040

courriel
youthwg@fhi.org

site web
www.youthwg.org



Le projet utilise un cadre appelé « recherche-action », où les résultats de la recherche opérationnelle sont intégrés aux mesures d'expansion. Une évaluation du projet effectuée après 30 mois auprès de 6.700 garçons et 6.300 filles de 11 à 17 ans a constaté des résultats importants concernant les garçons et les filles qui restaient vierges et les filles ayant employé un préservatif lors du dernier rapport sexuel par rapport aux groupes de comparaison.⁸

Un autre modèle consistait à ce que des ONG forment des pairs-éducateurs à travailler avec les écoles locales, souvent dans le cadre d'activités à base communautaire plus générales. Par exemple, en Zambie, SPW (Students Partnership Worldwide) a formé et aidé 120 pairs-éducateurs à fournir des informations en SR et en prévention du VIH à 70.000 élèves de 150 écoles rurales. Le projet associe des activités communautaires et en salle de classe, faisant appel à des jeunes récemment diplômés de l'enseignement secondaire qui reçoivent une formation de plusieurs mois, après quoi ils vivent et travaillent dans un village. Un diagnostic rapide basé sur des interviews menées dans 10 écoles a dégagé un certain nombre de points forts, comme la capacité à atteindre un public fort nombreux et à diffuser des informations factuelles correctes. Les défis rencontrés ont été le besoin de renforcer davantage la capacité des écoles, d'accroître la participation communautaire, d'amplifier davantage le programme, ainsi que le besoin d'obtenir plus de données sur les résultats et les répercussions du programme.⁹

La recherche récente et les expériences de mise en œuvre font preuve de progrès énormes dans les programmes d'éducation SR et VIH en milieu scolaire. La preuve est claire : les communautés devraient mettre en œuvre, dans leurs écoles, leurs dispensaires et leurs organisations, des programmes d'éducation SR et VIH au service des jeunes qui reposent sur un curriculum bien conçu. Cependant, les pays ne devront pas compter uniquement sur ces programmes pour résoudre les problèmes liés au VIH,

aux autres IST et à la grossesse ; ils devront aussi les intégrer dans un effort plus vaste pour prévenir les comportements sexuels à risque.

— Chris Parker et William Finger

Chris Parker est consultant et a écrit pour Family Health International (FHI) et pour d'autres organisations sur de nombreux thèmes de santé de la reproduction. William Finger est directeur adjoint du service d'information concernant les jeunes à FHI.

RÉFÉRENCES

1. Kirby D, Laris B, Roller L. *Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries. Youth Research Working Paper No. 2.* Research Triangle Park, NC: Family Health International (FHI), 2005.
2. *FOCUS on Young Adults, Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade.* Washington, DC: Pathfinder, 2001; Kirby D. *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy.* Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001.
3. Kirby D, Obasi A, Laris BA. The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. En Ross D, Dick B, Ferguson, eds. *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systemic Review of the Evidence from Developing Countries.* (Geneva: World Health Organization, 2006)103-50.
4. Senderowitz J, Kirby D. *Standards for Curriculum-Based Reproductive Health and HIV Education Programs.* Arlington, VA: FHI, 2006.
5. James-Traore JA, Finger W, Ruland CD, et al. *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education: Focus on Sub-Saharan Africa. Youth Issues Paper No. 3.* Arlington, VA: FHI/YouthNet, 2004.
6. Gallant M, Maticka-Tyndale E. School-based HIV prevention programmes for African youth. *Soc Sci Med* 2004;58(7):1337-51.
7. Maticka-Tyndale E, Wildish J, Gichuru M. HIV/AIDS and education: experience in changing behaviour: a Kenyan example. En *Commonwealth Education Partnerships.* (London: Commonwealth Secretariat, 2004)172-75.
8. Maticka-Tyndale E. HIV prevention in Kenyan primary schools: real world experiences in research; Wildish J. HIV prevention in Kenyan primary schools: real world experiences in implementation. Présentations au *New Evidence on Curriculum-Based Reproductive Health and HIV Education for Youth: Global Research and Local Action* (parrainé par l'USAID et FHI/YouthNet), Washington, DC, 9 janvier, 2006.
9. *Rapid Appraisal: Students Partnership Worldwide/Zambia.* Research Triangle Park, NC: FHI, 2006.

Optic'Jeune est une activité de l'Interagency Youth Working Group (IYWG), un réseau d'agences de coopération, d'organismes donateurs et d'organisations non gouvernementales qui s'efforcent d'améliorer la santé de la reproduction et de prévenir le VIH chez les jeunes de 10 à 24 ans. L'IYWG est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international. La série de publications *Optic'Jeune* est produite par Family Health International.