

Au Service de L'Avenir



Une Mise à Jour des Programmes de Santé Reproductive et Sexuelle
Pour les Adolescents Dans les Pays en développement.



Servir l'avenir

Une mise à jour des programmes de santé reproductive et sexuelle des adolescents dans les pays en développement

2^e édition

Par Cristina S. Herdman

Avec des contributions spéciales de
Renee DeMarco
et
Ammie Feijoo

Division internationale
Advocates for Youth
Washington, DC
1999

© 1999

Advocates for Youth

James Wagoner, Président

Suite 200

1025 Vermont Avenue N.W.

Washington, DC 20005 U.S.A

202/347-5700 ; fax : 202/347-2263

www.advocatesforyouth.org

Advocates for Youth a pour mandat de créer des programmes et de promouvoir des politiques qui aident les jeunes à prendre des décisions informées et responsables sur leur santé sexuelle et reproductive. Nous fournissons des services d'information, de formation et de plaidoyer aux organisations travaillant avec les jeunes, aux décideurs et aux médias aux Etats-Unis et à l'échelle internationale.

La Division internationale

Depuis sa création en 1978, la Division internationale d'Advocates collecte, synthétise et diffuse des informations sur les programmes de santé reproductive pour les adolescents dans les pays en développement et fournit assistance technique et formation à des pays choisis de l'Amérique latine et de l'Afrique.

Renee DeMarco, Directrice de la Division internationale

Analyse de données : Mary Owenga Gwayi-Chore, Ph.D. et Ammie Feijoo

L'auteur tient à faire mention de Debra Hauser, Sue Alford, Thomas G. Crawford, Sabrina Freeman et Michelle Gilliam pour leur assistance fort utile. L'auteur tient également à remercier les personnes suivantes qui ont concouru à la réalisation de l'enquête : Lisa Howard-Grabman, Catharine McKaig, Waverly Rennie, Joellen Lambiotte de Family Planning International Assistance et Association for Reproductive and Family Health à Ibadan, Nigéria. Enfin, Advocates for Youth tient à faire mention du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dont le soutien généreux a rendu ce projet possible. Le FNUAP ne souscrit pas forcément aux vues exprimées ou impliquées ici. Le FNUAP ne fournit aucun soutien pour la prestation de services d'avortement.

Cette publication est une mise à jour élargie de *Servir l'avenir : Une mise à jour sur les programmes de prévention des grossesses chez l'adolescent dans les pays en développement*, Centre international sur la fécondité des adolescents, 1990.

Conception de la page de garde : Jennifer Hurley

Conception : Monique Henderson

ISBN : 0-913843-13-X

Table des matières

1. Réalités rencontrées par les jeunes	1
2. Enquêtes des programmes internationaux de santé sexuelle et reproductive des adolescents	3
3. Quel est l'objectif des programmes et comment cherchent-ils à atteindre cet objectif ? Un récapitulatif de l'enquête	5
4. Observations et réflexions sur le changement	23
Conclusions et recommandations	33
Clé de l'Enquête	37

Chapitre 1

Réalités rencontrées par les jeunes

De nos jours, les jeunes font face à des défis de taille sociaux, économiques et psychologiques. Par exemple, une jeune femme enceinte au Botswana court un risque sur trois d'être infectée par le VIH. Les jeunes femmes et leurs bébés dans les pays en développement sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes de santé ou même de mourir suite aux complications d'une grossesse et d'un accouchement précoces. Dans les pays en développement, seuls 22% des garçons et 13% des filles sont en mesure de continuer leur instruction au-delà du niveau primaire, ce qui limite gravement leur capacité à devenir indépendants du point de vue économique.⁽¹⁾ La croissance rapide de la population dans les zones urbaines entrave l'accès des jeunes à des services médicaux, éducatifs et sociaux de base.

Infection par le VIH/SIDA et son impact sur les jeunes

Dans un grand nombre de pays en développement, le VIH/SIDA explique la priorité accordée à la santé reproductive et sexuelle des jeunes. A la fin de 1997, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquait que l'épidémie du VIH/SIDA était pire qu'on ne l'avait pensé. De fait, les statistiques sont alarmantes. Dans le monde entier, environ 16 000 personnes sont infectées par le VIH chaque jour et la majorité de toutes les nouvelles infections frappent ceux âgés de 15 à 24 ans. Trente millions de personnes, dont 90% vivant dans des pays en développement, ont contracté le VIH/SIDA.⁽²⁾ En Afrique du Sud, le pourcentage de femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans qui sont infectées par le VIH a atteint 13% en 1996 alors que, deux ans auparavant, ce pourcentage n'était que de la moitié.⁽¹⁾ En Asie du Sud-Est, une femme enceinte sur 20, un soldat et policier sur 16 et une prostituée sur deux sont séropositifs, tel que l'indique l'enquête la plus récente faite au Cambodge sur la séroprévalence.⁽²⁾

Certains pays cherchent à relever le défi que représente la pandémie du VIH/SIDA. Par exemple, l'Ouganda s'est rapidement mobilisé pour lutter contre l'épidémie et a récemment obtenu des preuves encourageantes puisque, dans certaines régions, les taux d'infection ont été réduits de moitié parmi les adolescents depuis 1990. Toutefois, les Ougandais indiquent que les taux restent trop élevés puisqu'une adolescente sur 10 est séropositive, un taux d'infection six fois plus élevé que chez les hommes du même âge.⁽¹⁾

Baisse de la fécondité chez les adolescents dans les pays en développement

Le nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans a diminué ces 25 dernières années dans les pays en développement et continue à baisser.⁽³⁾ Toutefois, les grossesses non souhaitées et les grossesses précoces restent très courantes, surtout dans les pays pauvres, et peuvent avoir un impact grave et durable sur les jeunes mères et leurs enfants. De nombreuses cultures dans le monde entier accordent une grande valeur à la maternité précoce mais les conséquences peuvent être graves, surtout pour les jeunes femmes qui ne sont pas mariées.



Un grand nombre des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes qui comptaient les taux de fécondité des adolescents les plus faibles dans le monde en développement au début des années 70 ont à présent des taux plus élevés que certains pays de l'Asie, du Proche-Orient et de l'Afrique du Nord.⁽²⁾ La plupart des pays en développement pour lesquels on dispose de données d'enquête ont réussi à diminuer la fécondité des adolescents ces 10 à 15 dernières années. Les baisses les plus importantes sont notées en Asie, au Proche-Orient et en Afrique du Nord et la plus faible en Afrique subsaharienne.⁽³⁾

Les implications sociales, sanitaires et économiques d'une grossesse précoce peuvent être profondes. Dans certains pays en développement, les taux de mortalité infantile peuvent être 80% plus élevés pour les bébés dont la mère est adolescente que pour ceux de femmes âgées de 20 à 29 ans. De même, les taux de mortalité maternelle sont nettement plus élevés chez les adolescentes que chez les femmes âgées de 20 à 29 ans.⁽³⁾ La fécondité des adolescents est souvent liée à un faible niveau d'instruction et à la pauvreté. Les cultures qui n'accordent pas une grande importance à l'instruction des femmes limitent souvent l'accès de ces dernières à la planification familiale. Des jeunes femmes peu instruites et dont la situation économique est précaire n'ont guère la capacité ou la motivation nécessaires pour contrôler leur fécondité, d'où des taux plus élevés de maternité précoce. Dans un grand nombre de pays, les jeunes femmes qui fréquentent l'école doivent arrêter leur éducation lorsqu'elles tombent enceintes, ce qui limite grandement leurs possibilités économiques. Par contre, les jeunes femmes plus instruites sont plus susceptibles de remettre à plus tard le mariage et la maternité.

Impact de la croissance de la population et de l'urbanisation sur la santé reproductive et sexuelle des adolescents

Les adolescents qui ont des projets positifs pour l'avenir sont souvent motivés à adopter des comportements sains. Ces projets positifs tiennent en grande partie de l'accès qu'ont les jeunes à l'éducation, aux soins de santé et à l'emploi, les mêmes services qui, par ailleurs, sont entravés par une croissance rapide de la population et de l'urbanisation. D'ici 2025, la population de jeunes citadins âgés de 10 à 19 ans dans les pays en développement pourrait s'accroître de 600% par rapport aux chiffres de 1970.⁽¹⁾ L'explosion démographique que connaissent de nos jours un grand nombre des régions en développement obère littéralement les ressources sociales et économiques cruciales. Et les infrastructures éducatives, médicales, sociales et économiques plient encore davantage sous la charge alors qu'un nombre croissant de personnes viennent s'installer dans les zones urbaines ou naissent dans ces zones. Les jeunes qui manquent de bonnes possibilités d'éducation, de soins de santé et d'emploi auront de plus en plus de mal à réaliser tout leur potentiel personnel, social et économique. En outre, les jeunes qui manquent de qualifications professionnelles, d'emploi, de domicile ou de nutrition adéquate sont moins susceptibles d'adopter des comportements sexuels sains alors qu'ils ont d'autres besoins plus pressants.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. *Les jeunes et les maladies sexuellement transmissibles*. Geneva: OMS, 1997.
2. United Nations Programme on HIV/AIDS. *New UN World AIDS Day Report Warns HIV Epidemic Is Far Worse than Previously Thought*. [Press Release] New York: UNAIDS, 1997.
3. McDevitt TM, Adlakha A, Fowler TB, *et al.* *Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World*. [IPC/95-1] Washington, DC: U.S. Bureau of the Census, 1996.



Chapitre 2

Enquêtes des programmes internationaux de santé sexuelle et reproductive des adolescents

Les jeunes doivent avoir accès à l'information et aux services de santé reproductive et sexuelle et doivent recevoir une assistance permettant de renforcer leurs compétences de sorte à ce qu'ils puissent prendre des décisions concernant leurs propres santé et bien-être. Depuis 20 ans, Advocates for Youth collecte et partage des informations sur les programmes servant les jeunes essayant de voir quelles sont les meilleures manières de répondre aux besoins des jeunes en matière de santé reproductive et sexuelle. L'annuaire avec les informations sur les contacts au sein des programmes inclus dans cette publication facilitera le partage d'information et d'expérience entre organisations ayant des objectifs analogues.

En 1985, Advocates (qui s'appelait à cette époque le Centre pour les options de population) a compilé un inventaire des programmes internationaux traitant de la fécondité des adolescents, *Une analyse de la nature et du niveau des programmes de fécondité des adolescents dans les pays en développement*. Cette ressource présentait 36 programmes d'éducation sexuelle ou à la vie familiale et autres programmes de santé reproductive se concentrant essentiellement ou exclusivement sur les adolescents.

L'enquête de 1989 de l'organisation continuait à esquisser les programmes et à identifier les tendances. La publication qui en résulte, *Servir l'avenir*, analyse les services de prévention des grossesses chez les adolescentes dans les pays en développement en fonction des réponses de 103 programmes de l'Amérique latine, de l'Afrique et de l'Asie. Tout en se concentrant essentiellement sur la prévention de la grossesse de l'adolescente, un grand nombre de programmes ont également commencé à intégrer l'éducation pour la prévention du VIH/SIDA à leurs services en réponse à la pandémie croissante. Les réponses fournissent également une information utile sur les sources de financement, les types de services offerts, les groupes ciblés et la composition du personnel.

En 1997, Advocates réalisait une enquête de suivi pour voir quels étaient les nouveaux développements dans le cadre des programmes de santé reproductive et sexuelle des adolescents et élargir les domaines retenus dans le premier *Servir l'avenir*. Le personnel a travaillé avec des collègues du monde entier pour élaborer une enquête de six pages sur les buts, objectifs, stratégies, financement, groupes cibles, informations et services, élaboration de matériel et évaluation des programmes. La plupart des questions étaient des questions à choix multiples où le répondant pouvait cocher tous les éléments s'appliquant et quelques-unes étaient des questions ouvertes. Avec l'aide des organisations partenaires, Advocates a fait un test pilote de l'enquête en anglais, en français et en espagnol et l'a revue par la suite.



L'enquête a été distribuée par courrier régulier et électronique à presque 5 000 contacts dans plus de 180 pays. Advocates for Youth a reçu 482 enquêtes remplies de programmes dans 78 pays. Tous les répondants de l'enquête se sont montrés intéressés par les questions de santé reproductive et sexuelle des adolescents mais tous ne réalisaient pas des programmes. Le nombre d'enquêtes renvoyées pourrait refléter cette situation. Onze répondants ont demandé qu'une partie ou l'intégralité de l'information sur le programme reste confidentielle. Ceux qui ont demandé que soit entièrement respecté le caractère confidentiel ne sont pas mentionnés dans cet annuaire.

Servir l'avenir décrit les réponses par variable, telle que la région et le pays, les groupes d'âge desservis ainsi que les sources et quantités de financement. Le nombre de répondants (n) est noté avec chaque tableau ou graphique. Vu que certains programmes n'ont pas répondu à toutes les questions, le nombre de répondants varie avec chaque question.

La Division internationale travaille généralement en Amérique latine, aux Caraïbes et en Afrique subsaharienne mais son réseau s'étend au-delà de ces régions. Les répondants des enquêtes ont été retenus de la base de données de la Division internationale et, partant, les réponses mises en exergue dans cette analyse ne sont peut-être pas forcément représentatives de tous les programmes intervenant au niveau de la santé reproductive et sexuelle des adolescents dans le monde en développement. Toutefois, Advocates pense que cette enquête dégage une information utile concernant les programmes visant à améliorer la santé reproductive et sexuelle des jeunes dans le monde en développement.

Chapitre 3

Quel est l'objectif des programmes et comment cherchent-ils à atteindre cet objectif ? Un récapitulatif de l'enquête

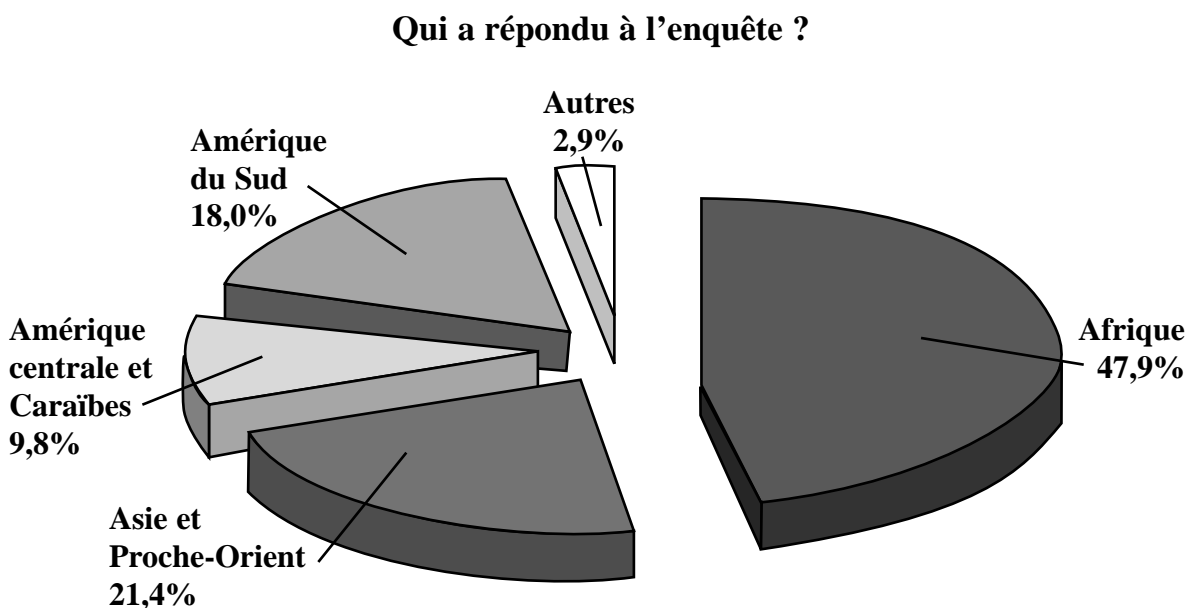


Figure 1

n = 482

Advocates a reçu des enquêtes de programmes de 78 pays. Les programmes du Nigéria (45), du Kenya (38) et de l'Inde (37) ont renvoyé le plus grand nombre d'enquêtes, représentant 9,5%, 8% et 7,8%, respectivement, de toutes les réponses de l'enquête. La majorité des répondants se situaient en Afrique (47,9%), suivis de l'Asie et du Proche-Orient (21,4%), de l'Amérique du Sud (18%) et de l'Amérique centrale et des Caraïbes (9,8%). (Figure 1)



Quels étaient les principaux objectifs des programmes ?

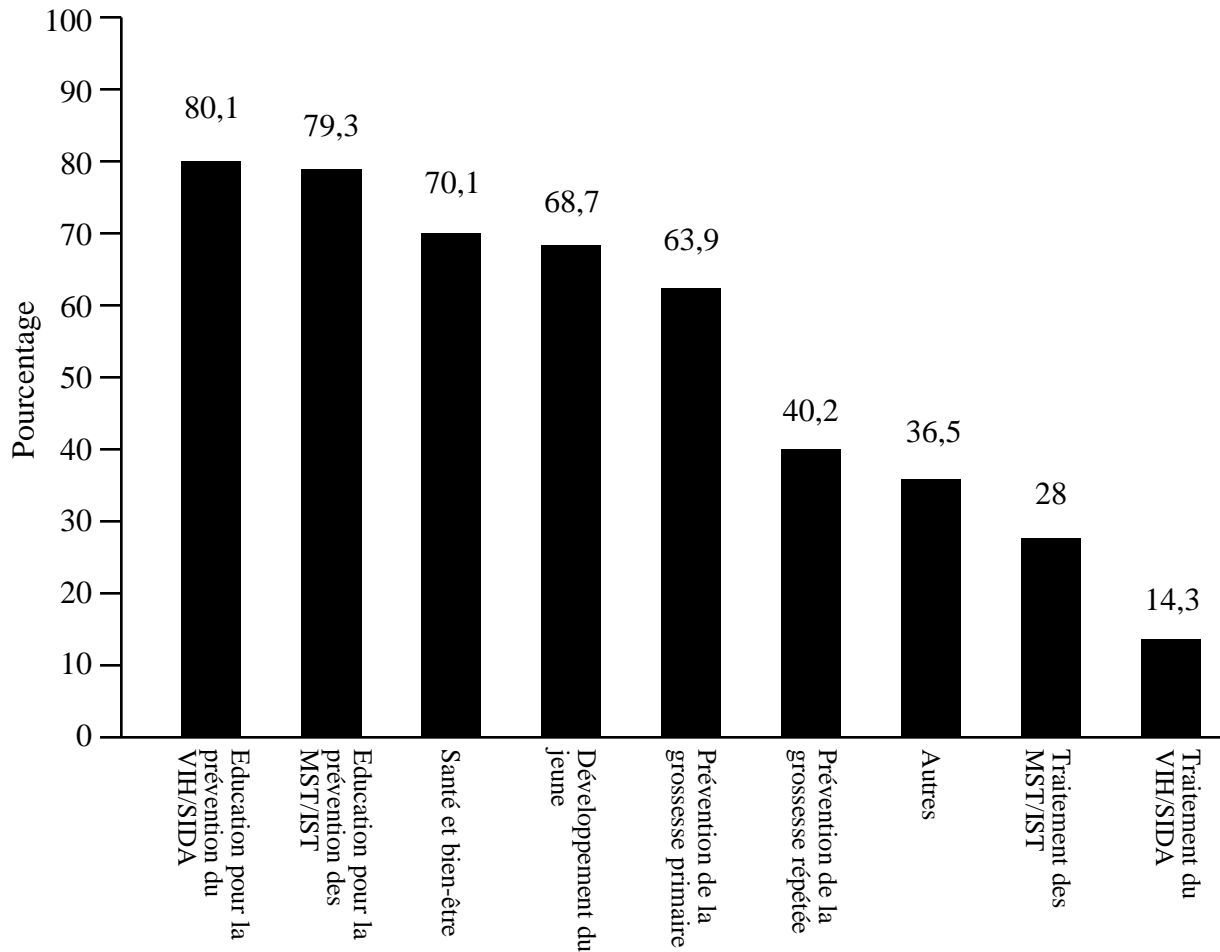


Figure 2

n = 482

Un peu plus de 80% des programmes ont indiqué que leur objectif principal était l'éducation pour la prévention du VIH/SIDA. L'éducation pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST/IST) a été citée presque aussi souvent (79,3%). Environ 70% des programmes ont indiqué comme objectifs principaux la santé et le bien-être en général des adolescents ainsi que le développement/leadership des jeunes (68,7%). La prévention des premières grossesses et la prévention de secondes grossesses ou grossesses ultérieures chez l'adolescente ont été indiquées par 63,9% et 40,2% des répondants, respectivement. (Figure 2)



Quelles sont les stratégies qu'utilisent les programmes pour atteindre leurs objectifs ?

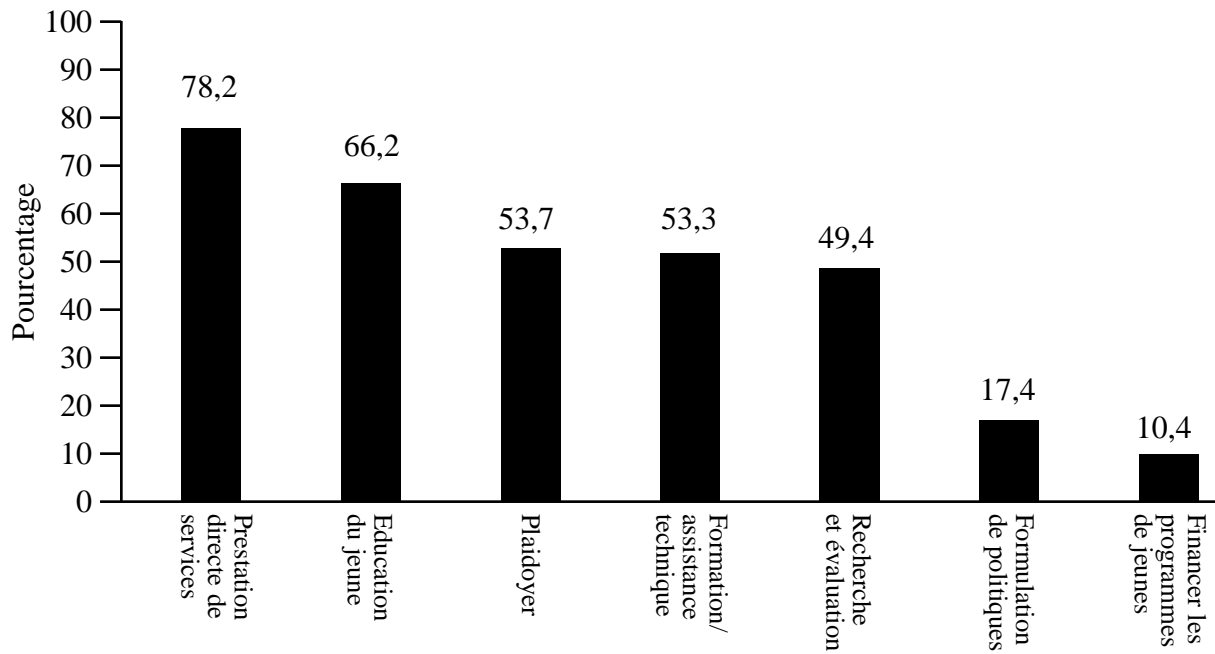


Figure 3

n = 482

Les programmes ont mentionné le plus souvent les stratégies suivantes pour atteindre les objectifs : prestation de services directement aux jeunes (78,2%), encourager les jeunes à se rendre dans les services par le biais d'activités d'éducation (66,2%), participation au plaidoyer (53,7%), formation ou assistance technique à d'autres organisations (53,3%) ainsi que recherche et évaluation (49,4%). (Figure 3)

Quels sont les types d'organisations qui interviennent au niveau de la santé reproductive et sexuelle des adolescents ?

Type d'organisation	
ONG à but non lucratif	72,6%
Gouvernement/public	15,8%
Affiliation religieuse	6,0%
ONG à but lucratif	3,1%
Autres	11,4%

Tableau 1

n = 482

Note : La colonne n'a pas un total de 100% car les répondants pouvaient s'identifier comme plusieurs types d'organisations.

Les types d'organisations qui intervenaient au niveau de la santé reproductive et sexuelle des adolescents en 1997 ne changeaient pas grandement de celles de 1989. La plupart étaient des organisations non gouvernementales à but non lucratif (ONG) (72,6% en 1997). (Tableau 1) Le pourcentage des ONG est passé de 66% en 1989 alors que le pourcentage des organisations gouvernementales a diminué, passant de 21% en 1989 à 15,8% en 1997.



Quels sont les types d'organisations les plus répandues dans chaque région ?

Région	ONG à but non lucratif	Gouvernement/ public	Affiliation religieuse	ONG à but lucratif	Autres
Afrique (n=231)	75,6%	11,1%	8,4%	3,6%	15,6%
Asie/Proche-Orient (n=103)	82,4%	12,7%	2,9%	2,0%	6,9%
Amérique centrale/ Caraïbes (n=47)	60,0%	35,6%	2,2%	4,4%	8,9%
Amérique du Sud (n=87)	69,0%	23,0%	4,6%	3,4%	9,2%

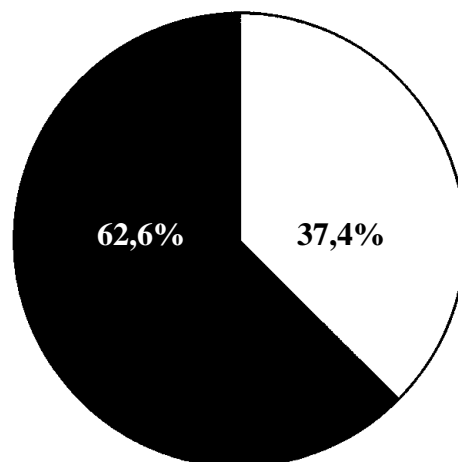
Tableau 2

Note : Les rangées n'ont pas un total de 100% car les répondants pouvaient s'identifier comme plusieurs types d'organisations.

Les types d'organisations ne changeaient pas beaucoup par région. Les ONG à but non lucratif étaient le type le plus courant d'organisation dans chaque région. Les ONG à affiliation religieuse et à but lucratif étaient les types d'organisations les moins courantes. (Tableau 2)

Depuis quand les programmes existent ?

Age du programme



- Inférieur ou égal à 5 ans
- Supérieur à 5 ans

Figure 4

n = 482

Plus d'un tiers de tous les programmes qui ont répondu avaient plus de cinq ans. La plupart des programmes avaient démarré lors des cinq dernières années. (Figure 4)



Quel est l'âge des programmes par région ?

Région	Programmes de plus de 5 ans	Programmes de 5 ans ou moins
Afrique (n=231)	25,2%	74,8%
Asie/Proche-Orient (n=103)	44,0%	56,0%
Amérique centrale/Caraïbes (n=47)	51,1%	48,9%
Amérique du Sud (n=87)	51,8%	48,2%

Tableau 3

Sur tous les programmes en Afrique, seuls 25,2% avaient plus de cinq ans alors qu'en Amérique du Sud ainsi qu'en Amérique centrale et aux Caraïbes, un peu plus de la moitié des programmes avaient plus de cinq ans (51,8% et 51,1%, respectivement). En Asie et au Proche-Orient, 44% des programmes avaient plus de cinq ans. (Tableau 3)

Quelle est l'importance des budgets des programmes ?

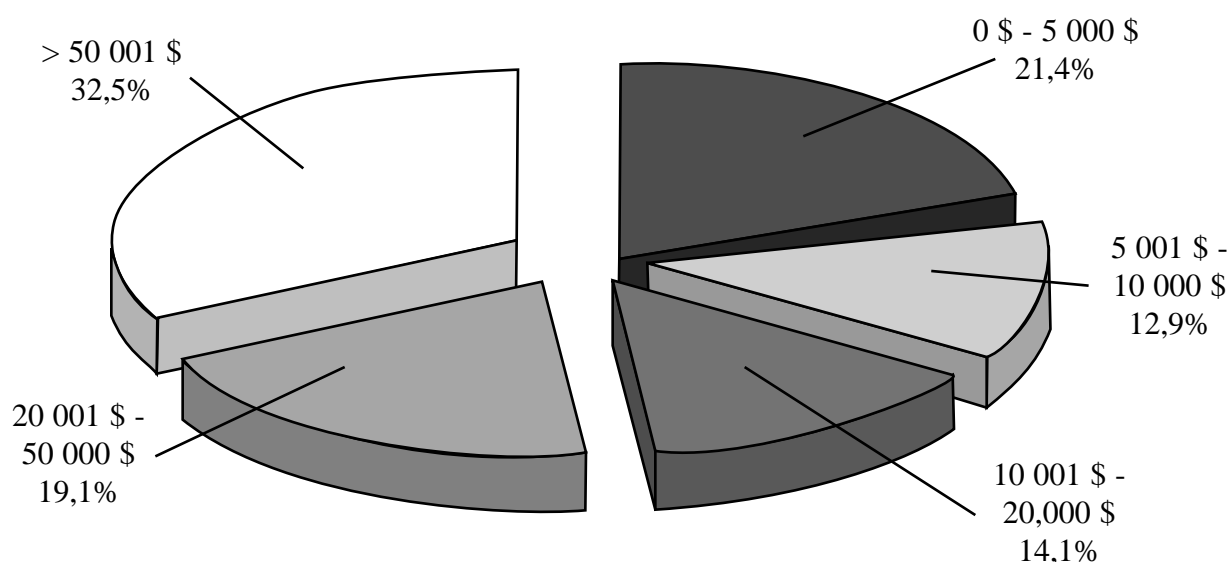


Figure 5

Note : Les programmes ont indiqué les chiffres en dollars US.

Les contraintes financières étaient souvent citées par les répondants comme un des grands problèmes. Plus de 34% des programmes fonctionnaient avec un budget annuel de 10 000 \$(US) ou moins. Plus de 67% des programmes avaient des budgets annuels de moins de 50 000 \$(US) et 32,6% des programmes avaient des budgets supérieurs à 50 000 \$(US). (Figure 5)



Qui finance ces programmes ?

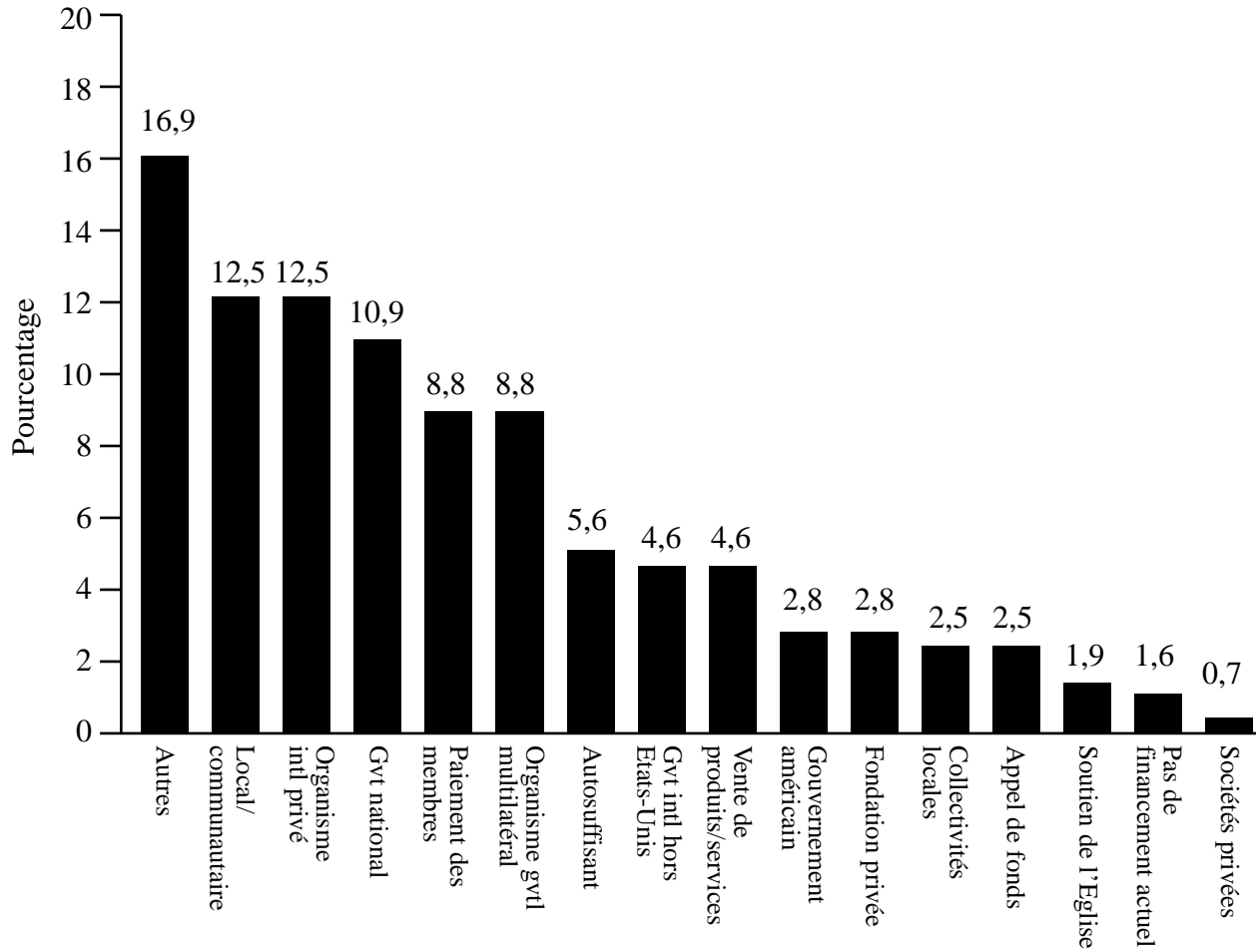


Figure 6

n = 310

Après “autres”, les sources principales de financement citées le plus souvent par les programmes étaient les suivantes : donations locales ou communautaires et organismes internationaux privés (12,5% chacun), gouvernements nationaux (10,9%) et paiements des membres ainsi qu’organismes gouvernementaux multilatéraux (8,8 chacun). (Figure 6)

Note : La question était ouverte et les répondants pouvaient mentionner trois sources qu’ils jugeaient être les plus importantes. Aussi, est-ce la catégorie “autres” qui est la plus importante dans cette figure. Il existe plusieurs autres raisons possibles. Un grand nombre de répondants ont utilisé des sigles et des mots vagues et peu définis tels que “international” et “local”. Ce problème méthodologique sera traité par des enquêtes futures.

Comment les sources de financement divergent par région ?

Source de financement	Afrique n=231	Asie/Proche- Orient n=103	Amérique centrale et Caraïbes n=47	Amérique du Sud n=87
Autres	11,3%	25,0%	24,4%	19,7%
Donations locales/ communautaires	15,1%	17,4%	4,9%	3,9%
Organismes intl privés	10,4%	18,5%	2,4%	15,8%
Gvt national	7,5%	5,4%	29,3%	18,4%
Paiement des membres	14,6%	4,3%	0%	2,6%
Organisme gvtl multilatéral	10,8%	7,6%	9,8%	1,3%
Autosuffisant	7,5%	1,1%	0%	9,2%
Gvt intl hors Etats-Unis	3,8%	6,5%	7,3%	3,9%
Vente des produits ou des services	6,1%	3,3%	4,9%	2,6%
Gouvernement américain	1,9%	0%	9,8%	3,9%
Fondations privées	3,3%	1,1%	0%	5,3%
Collectivités locales	.9%	2,2%	2,4%	7,9%
Appel de fonds	3,3%	3,3%	0%	0%
Soutien de l'Eglise	1,9%	0%	0%	3,9%
Pas de financement actuel	1,4%	2,2%	2,4%	1,3%
Entreprises privées	0%	2,2%	2,4%	0%

Tableau 4

Les programmes en Afrique citaient le plus souvent, dans leurs sources principales de financement, les donations locales/communautaires, les paiements des membres, les organisations gouvernementales multilatérales et les organisations internationales privées (15,1%, 14,6%, 10,8% et 10,4%). En Asie et au Proche-Orient, les sources de financement les plus courantes étaient les organisations internationales privées, les donations locales/communautaires et les organismes gouvernementaux multilatéraux (18,5%, 17,4% et 7,6%). En Amérique centrale et aux Caraïbes, les sources principales étaient les gouvernements nationaux, le Gouvernement des Etats-Unis, les organismes gouvernementaux multilatéraux et les organismes internationaux (hors Etats-Unis) (29,3%, 9,8%, 9,8% et 7,3%). En Amérique du Sud, les sources de financement principales qui ont été citées le plus souvent étaient les suivantes : le gouvernement national ou les organismes nationaux privés (18,4% et 15,8%) et légèrement plus de 9% étaient autosuffisants. (Tableau 4)

Quelle est la composition du personnel des programmes ?

Type d'employé	Nombre d'employés				None
	1-10	11-20	21-50	>=51	
A plein temps (n=482)	55,8%	7,1%	5,7%	2,2%	29,2%
A temps partiel (n=482)	36,6%	4,7%	3,2%	3,0%	52,5%
Volontaire (n=482)	10,4%	10,4%	11,7%	10,8%	56,7%

Tableau 5

La majorité des organisations (55,8%) avaient 10 employés à plein temps ou moins. Plus d'un tiers emploient 10 membres ou moins à temps partiel. La plupart (56,7%) n'avaient pas de volontaires et environ 10% avaient 10 volontaires ou moins. (Tableau 5)

Où les services sont-ils fournis ?

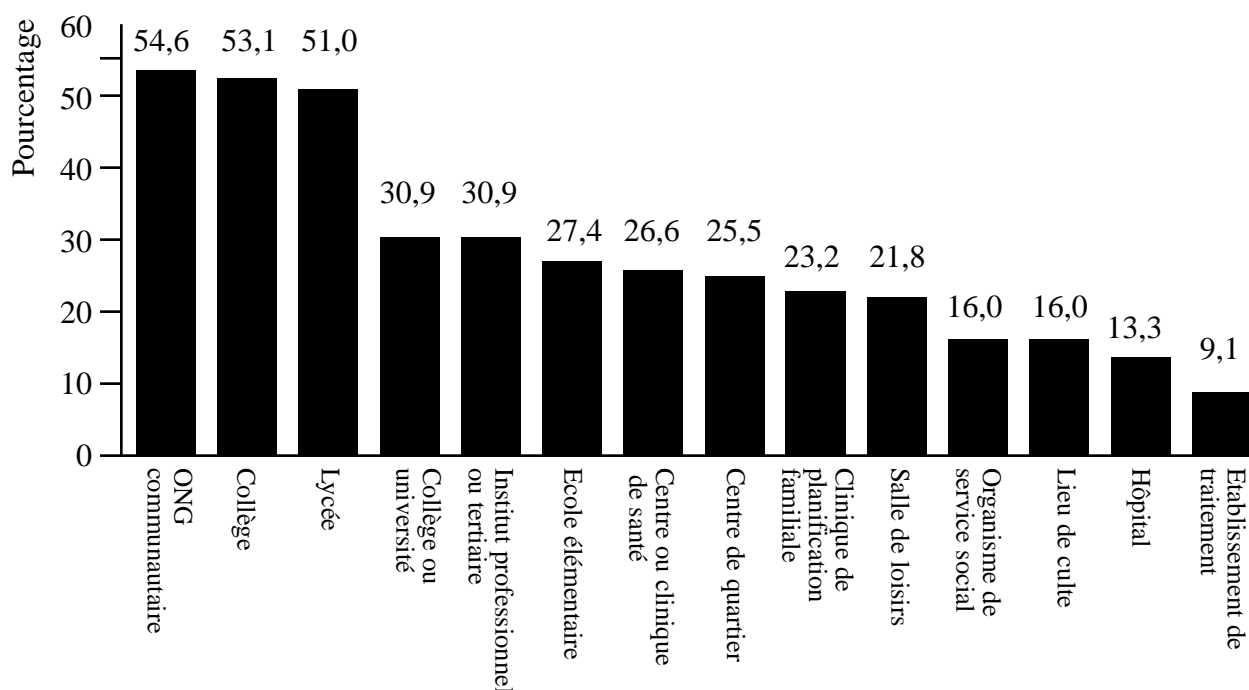


Figure 7

n = 482

La plupart des programmes de santé reproductive et sexuelle des adolescents répondant à l'enquête fournissaient des informations et/ou des services aux jeunes dans plus d'un endroit et la plupart étaient situés dans des organisations non gouvernementales à base communautaire (54,6%). Un grand nombre de programmes essayaient également d'atteindre les jeunes dans les écoles, surtout les lycées, les collèges professionnels ainsi que dans les universités (53,1%, 51%, 30,9% et 30,9%, respectivement). Apparemment, les programmes fournissaient des services aux jeunes dans les endroits où ils avaient le plus de chance de rencontrer les jeunes. (Figure 7).



Qui étaient les jeunes couverts par les programmes ?

L'enquête de 1997 analysait les programmes ciblant les jeunes âgés de 10 à 24 ans. On a demandé aux répondants de remplir l'enquête uniquement en fonction de l'information et/ou des services fournis aux jeunes de ces âges, même si le programme sert également d'autres groupes d'âge.

Quel âge avaient les participants du programme ?

Âges 1-12	Âges 13-15	Âges 16-19	Âges 20-24
41,9%	67,0%	81,1%	64,7%

Tableau 6

n = 482

* Les chiffres n'arrivent pas à un total de 100% car les programmes ont indiqué tous les âges qu'ils servaient.

Un grand nombre de programmes ont indiqué qu'ils servaient les jeunes dans tous les groupes d'âge. Les programmes étaient le plus susceptibles de viser les jeunes âgés de 16 à 19 ans avec 81,1% des programmes servant ce groupe d'âge. Soixante-sept pour cent des répondants servaient des jeunes âgés de 13 à 15 ans ; plus de 64% servaient des jeunes âgés de 20 à 24 ans et 41,9% servaient des jeunes âgés de 10 à 12 ans. (Tableau 6)

Quelles étaient les populations ciblées le plus souvent par les programmes ?

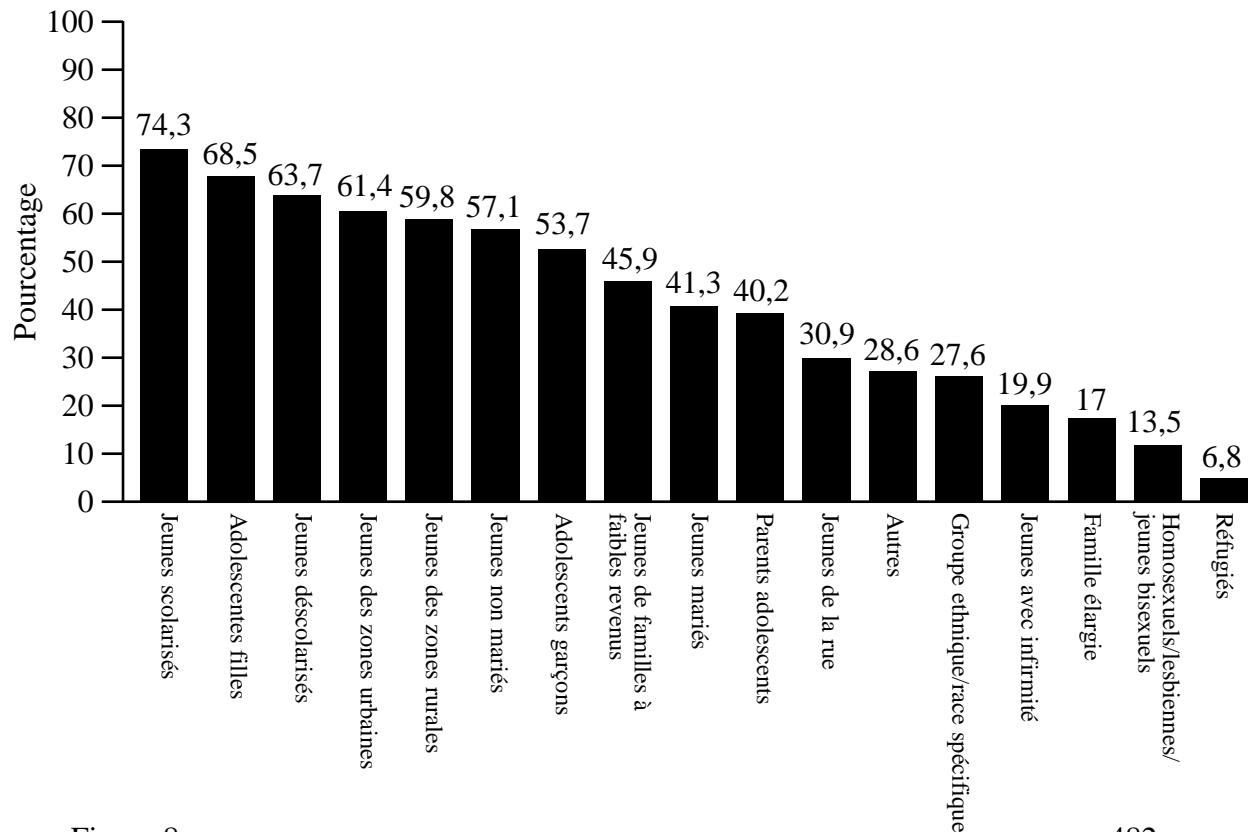


Figure 8

n = 482



Les programmes citaient le plus souvent les jeunes scolarisés, les filles et les jeunes déscolarisés comme leur public cible. Plus de 74% des programmes ciblaient les jeunes scolarisés, 68,5% ciblaient les adolescentes et 63,7% les jeunes déscolarisés. Les adolescents des zones urbaines, des zones rurales, les adolescents célibataires et les garçons ont été identifiés comme les groupes cibles par 61,4%, 59,8%, 57,1% et 53,7%, respectivement, des répondants. Les lesbiennes, les homosexuels et les bisexuels ainsi que les réfugiés faisaient partie des groupes ciblés le plus rarement puisque seulement 13,5% et 6,8% des répondants, respectivement, les ont identifiés comme les groupes cibles de leurs programmes. (Figure 8) Certains programmes ont indiqué qu'ils ciblaient les populations raciales ou ethniques minoritaires, par exemple, un programme en Bolivie qui cible les Aymarans.

Quels sont les types d'informations et de services que fournissent les programmes ?

Ces résultats offrent une indication générale des types de services fournis par les programmes de santé reproductive et sexuelle des adolescents. Le plan de l'enquête ne renseigne pas sur les différents services fournis selon les groupes d'âge. Par exemple, le personnel de la Division internationale n'a pas pu déterminer si les participants plus âgés recevaient d'autres informations et services que les participants plus jeunes.

Quelles sont les activités réalisées dans le domaine de l'éducation sexuelle ?

Type d'éducation	% de programmes
Education pour la prévention du VIH/SIDA	83,0
Education pour la prévention des MST/IST	80,5
Education en compétences de la vie	68,9
Education sur l'abstinence et la contraception	65,8
Education sur les rôles hommes/femme	63,7
Education sur l'anatomie et la physiologie	62,9
Education contraceptive	61,4
Education en pratiques traditionnelles	48,1
Education uniquement pour l'abstinence	38,4
Education sexuelle pour les jeunes hommes	33,4
Orientations pour éducation sur l'abstinence et la contraception	21,0

Tableau 7

n = 482

La plupart des programmes (83%) offraient une éducation en matière de prévention du VIH/SIDA. Plus de 80% des programmes offraient une éducation pour la prévention des MST/IST. Plus de 65% des répondants ont indiqué qu'ils fournissaient une éducation sur la contraception ainsi que sur l'abstinence et 21% orientaient vers d'autres services pour ce type d'éducation (Tableau 7). Plus de 38% des répondants ont indiqué qu'ils fournissaient une éducation sexuelle se concentrant exclusivement sur l'abstinence et 61,4% offraient une éducation en matière de contraception (pouvant inclure éventuellement un volet sur l'abstinence). Plusieurs programmes offraient les deux types d'éducation. Certains programmes ont indiqué qu'ils offraient plus d'un type d'éducation sexuelle, par exemple, sur l'abstinence uniquement et une éducation en matière de contraception. Il peut s'agir de services ciblant différents groupes ou des âges différents ou alors cela pourrait refléter une certaine confusion parmi certains répondants.



Parmi les autres services éducatifs fournis directement aux jeunes, on a les compétences de la vie qui comprennent les compétences de communication, la prise de décisions et la fixation de buts (68,9%), l'éducation sur les différents rôles de l'homme et de la femme (63,7%) et l'éducation sur les pratiques traditionnelles (48,1%). (Tableau 7)

Quels sont les différents types d'éducation sexuelle fournis par les programmes par région ?

Type d'éducation sexuelle	Afrique n=231	Asie/Proche-Orient n=103	Amérique centrale et Caraïbes n=47	Amérique du Sud n=87
Abstinence seulement	55,4%	30,1%	21,3%	14,9%
Abstinence et contraception	71,4%	56,3%	55,3%	71,3%
Anatomie/physiologie	60,6%	60,2%	68,1%	73,6%
VIH/SIDA	90,5%	80,6%	76,6%	75,9%
Contraception	63,6%	55,3%	55,3%	69,0%
Rôles homme/femme	63,6%	63,1%	66,0%	66,7%
Pratiques traditionnelles	64,5%	43,7%	37,8%	21,8%

Tableau 8

L'éducation pour la prévention du VIH/SIDA est le sujet qui a reçu le plus d'attention dans toutes les régions. Les programmes en Afrique tendent à insister sur l'éducation sexuelle se concentrant sur l'abstinence, la prévention du VIH/SIDA et les pratiques traditionnelles davantage que les programmes en Asie et au Proche-Orient, en Amérique centrale et dans les Caraïbes ou en Amérique du Sud. Les programmes en Amérique du Sud étaient les plus susceptibles de toutes les régions d'offrir une éducation en matière de contraception alors que les programmes en Amérique centrale et aux Caraïbes étaient plus susceptibles que les programmes des autres régions de fournir une éducation en anatomie et en physiologie. Les programmes de toutes les régions étaient aussi susceptibles les uns que les autres d'offrir une éducation portant sur les rôles de l'homme et de la femme. (Tableau 8)

Quelle est la relation entre le niveau de financement et les objectifs du programme ?

Objectif	0-	5 001-	10 001-	20 001-	>50 001 \$
	5 000 \$ n=41	10 000 \$ n=27	20 000 \$ n=21	50 000 \$ n=42	
Education prévention VIH/SIDA	65,9%	63,0%	81,0%	76,2%	84,2%
Education prévention MST/IST	63,4%	63,0%	71,4%	76,2%	77,6%
Développement du jeune	73,2%	55,6%	76,2%	69,0%	64,5%
Santé et bien-être	53,7%	55,6%	38,1%	81,0%	78,9%

Tableau 9

Les trois objectifs cités le plus souvent parmi les programmes disposant d'un budget supérieur à 50 000 \$ par an étaient l'éducation pour la prévention du VIH/SIDA (84,2%), la santé et le bien-être en général des adolescents (78,9%) et l'éducation pour la prévention des MST/IST (77,6%). Les programmes avec un budget entre zéro et 5 000 \$ se concentraient le plus sur le développement/leadership des jeunes (73,2%), l'éducation pour la prévention du VIH/SIDA (65,9%) et l'éducation pour la prévention des MST/IST (63,4%). (Tableau 9)

Quelle était la relation entre le niveau de financement et les stratégies des programmes ?

Stratégie	0 \$-5 000 \$	5 001 \$-10 000 \$	10 001 \$-20 000 \$	20 001 \$-50 000 \$	>50 000 \$
	Plaidoyer	40,5%	48,1%	28,6%	53,7%
Formulation de politiques	9,5%	14,8%	19,0%	19,5%	21,1%
Recherche/évaluation	42,9%	33,3%	42,9%	58,5%	60,5%
Service direct	81,0%	77,8%	85,7%	78,0%	84,2%
Formation/assistance technique	33,3%	48,1%	57,1%	68,3%	60,5%
Financement des organisations travaillant avec les jeunes (OTJ)	9,5%	11,1%	4,8%	2,4%	13,2%
Education des jeunes	54,8%	70,4%	57,1%	61,0%	65,8%

Tableau 10

Note : Les programmes ont indiqué les chiffres en dollars U.S.

Dans chaque fourchette budgétaire, la stratégie citée le plus souvent consistait à fournir directement des services aux jeunes. Après le service direct, les stratégies les plus courantes nommées par les programmes avec des budgets inférieurs à 5 000\$ (U.S.) par an étaient les suivantes : éducation des jeunes (54,8%), recherche/évaluation (42,9%) et plaidoyer (40,5%). Après le service direct, les stratégies utilisées le plus souvent par les programmes avec des budgets de plus de 50 000\$ (U.S.) étaient les suivantes : éducation des jeunes (65,8%), formation ou assistance technique à d'autres organisations (60,5%), recherche/évaluation (60,5%) et plaidoyer (55,3%). La formulation de politiques et le financement des OTJ étaient les stratégies les moins courantes. (Tableau 10)

Quelles étaient les activités réalisées dans le domaine de la grossesse/contraception ?

Type de service	% de programmes offrant le service
Counseling en contraception	53,9
Distribution de contraceptifs	41,9
Counseling à la maternité/paternité	32,0
Soins prénatals	30,5
Soins postnatals	28,2
Counseling pour l'avortement	12,7
Counseling pour l'adoption	11,8
Services d'adoption	5,4
Services d'avortement	3,5

Tableau 11

n = 482

Presque 54% des programmes offraient un counseling en contraception aux jeunes et 41,9% des programmes distribuait des contraceptifs. Le counseling pour la maternité/paternité était fourni par 32% des programmes et les soins prénatals et postnatals par 30,5% et 28,2% des programmes, respectivement. Le counseling pour l'avortement était fourni plus souvent que le counseling pour l'adoption (12,7% et 11,8%, respectivement) et les services d'adoption étaient offerts plus couramment par les programmes que les services d'avortement (5,4% et 3,5%, respectivement). (Tableau 11)

Comment peut-on comparer les régions en ce qui concerne les services d'avortement ou les orientations vers les services d'avortement ?

	Afrique n=231	Asie/Proche- Orient n=103	Amérique centrale et Caraïbes n=47	Amérique du Sud n=87
Fournit des services d'avortement	2,6%	20,8%	15,8%	—
Fournit des orientations vers les services d'avortement	28,7%	30,2%	26,3%	25,8%
Ni l'un ni l'autre	68,7%	50,9%	57,9%	74,2%

Tableau 12

Parmi les programmes réalisés en Afrique, 2,6% fournissaient des services d'avortement aux jeunes, 28,7% orientaient les jeunes vers les services d'avortement et presque 69% n'offraient ni l'un ni l'autre de ces services. En Asie et au Proche-Orient, les chiffres étaient respectivement de 20,8%, 30,2% et 50,9%. En Amérique centrale et aux Caraïbes, 15,8% des programmes offraient des services d'avortement, 26,3% orientaient les jeunes vers les services d'avortement et 57,9% des programmes n'offraient ni l'un ni l'autre de ces services alors qu'en Amérique du Sud, aucun programme n'indiquait fournir des services d'avortement, 25,8% offraient des orientations pour avortement et 74,2% n'offraient ni l'un ni l'autre. (Tableau 12)

Quelles étaient les activités réalisées se rapportant aux soins de santé ?

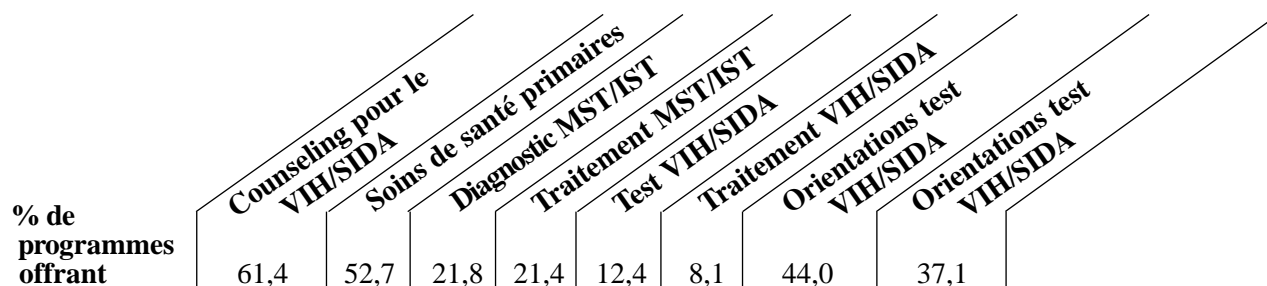


Tableau 13

n = 482

La plupart des programmes ont indiqué fournir un counseling pour le VIH/SIDA (61,4%) en tant qu'activité de soins de santé. Plus de 52% offraient des soins de santé primaires et le diagnostic et traitement pour les MST/IST était offert par 21,8% et 21,4%, respectivement. Les tests et le traitement pour le VIH/SIDA étaient offerts par 12,4% et 8,1% des répondants, respectivement, et 44% des programmes fournissaient des orientations pour les tests du VIH/SIDA et 37,1% fournissaient des orientations pour traitement. (Tableau 13)

Quelles étaient les activités réalisées concernant le développement des jeunes ?

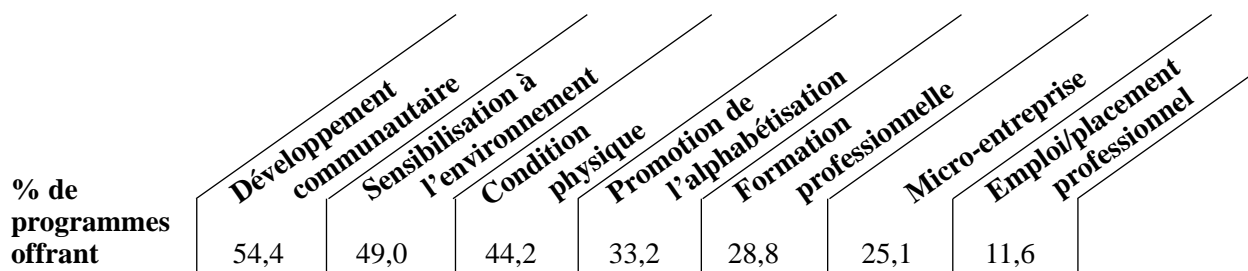
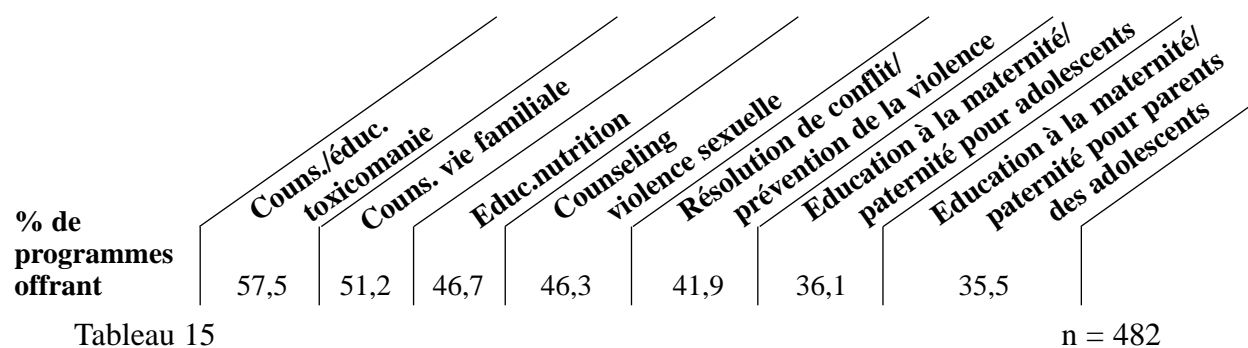


Tableau 14

n = 482

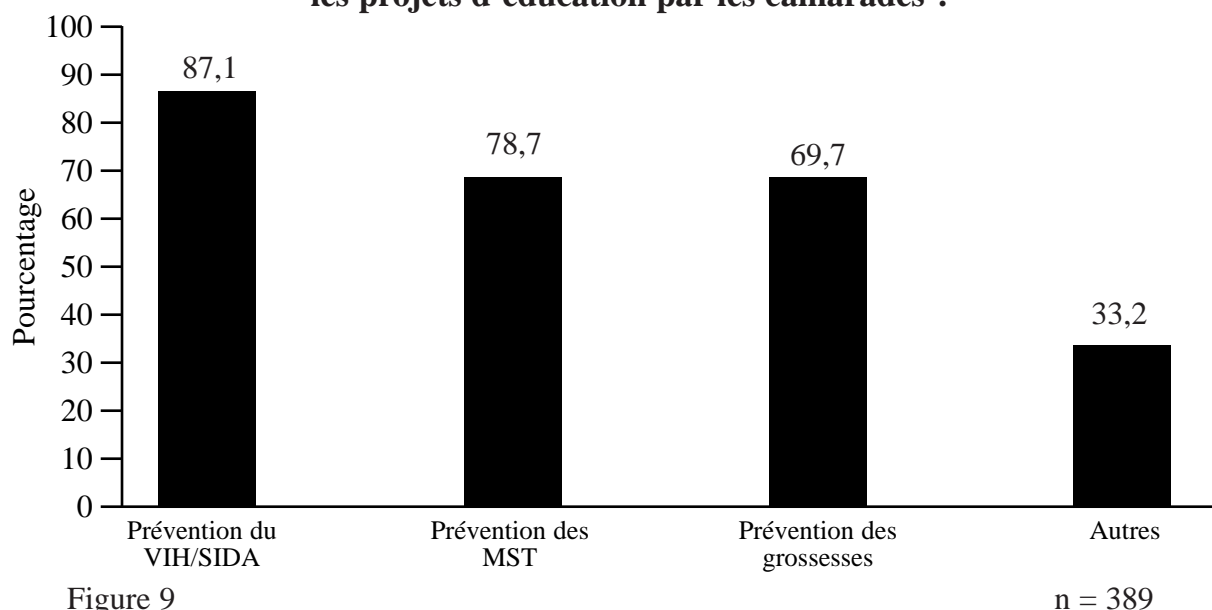
Les services de développement des jeunes sont courants. Plus de 54% des programmes fournissaient des services liés au développement communautaire et 49% réalisaient des activités pour les jeunes se concentrant sur la sensibilisation aux problèmes de l'environnement. Les activités de condition physique étaient réalisées par 44,2% des répondants et un grand nombre de programmes organisaient des activités d'alphabétisation, de formation professionnelle ou de micro-entreprise (33,2%, 28,8% et 25,1%, respectivement). L'emploi/placement professionnel était l'activité la moins courante (11,6%). (Tableau 14)

Quelles sont les autres activités éducatives ou de counseling réalisées ?



Un grand nombre d'autres types d'activités de counseling ou d'éducation étaient répandues, notamment l'éducation/counseling pour la toxicomanie, le counseling pour la vie familiale, l'éducation nutritionnelle et le counseling pour la violence sexuelle se rapportant au viol ou à l'inceste (57,5%, 51,2%, 46,7% et 46,3%, respectivement). La prévention de la violence et la résolution des conflits, l'éducation à la maternité/paternité pour les parents adolescents et la même éducation pour les parents des adolescents étaient les activités réalisées par 41,9%, 36,1% et 35,5% des répondants, respectivement. (Tableau 15)

Dans quelle mesure et comment les programmes réalisent les projets d'éducation par les camarades ?



Presque 85% des programmes ont utilisé les éducateurs-camarades pour apporter une information aux jeunes et parfois, pour leur distribuer des contraceptifs. Soixante-quinze pour cent des programmes en Amérique latine et en Asie fournissaient une éducation par le biais des camarades et plus de 90% en Afrique le faisaient également. La prévention du VIH/SIDA était citée comme le but de l'éducation par le biais des camarades de la part de 87,1% des programmes. Plus de 78% ont indiqué que la prévention des MST était le but et 69,7% ont indiqué la prévention des grossesses. (Figure 9)

D'autres buts cités souvent pour l'éducation par les camarades : l'habilitation des jeunes concernant la santé reproductive et sexuelle, la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme et la prévention de la violence/abus sexuels. Plus de 55% des projets d'éducation par les camarades distribuaient des condoms ou d'autres contraceptifs.

Quels étaient les activités ou les médias d'information, d'éducation ou de communication (IEC) ?

Média d'IEC	% des programmes
Discussion en petits groupes	85,5
Matériel imprimé	75,1
Counseling	66,2
Sketch	58,7
Présentations en grands groupes	58,3
Conférence/orateur	57,5
Films	51,9
Jeux	46,1
Emissions radiophoniques	29,3
Foires sanitaires	29,3
Télévision	29,0
Autres	25,5
Permanence téléphonique	12,9
Aucun	9,8
Internet	3,7

Tableau 16

n = 482

La discussion en petits groupes était l'activité entreprise le plus souvent pour apporter une information en santé sexuelle aux jeunes citée par plus de 85% des programmes. Le matériel imprimé et le counseling ont été cités par 75,1% et 66,2% des programmes, respectivement et les sketches, les présentations en grands groupes et la conférence ou l'orateur ont été cités, respectivement, par 58,7%, 58,3% et 57,5% des répondants. Parmi les autres types d'activités ou médias cités couramment : les films (51,9%), les émissions radiophoniques (29,3%), les foires sanitaires (29,3%) et la télévision (29%). (Tableau 16)

Quels étaient les types de matériels ou d'activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) mis au point par les programmes ?

Média d'IEC	% des programmes
Brochures	23,4
Manuels/livres	18,5
Affiches	10,7
Autres	10,4
Aucun	9,8
Bulletins	6,6
Audio/vidéo	5,5

Tableau 17

n = 482

Le matériel ou les activités d'IEC mis au point le plus souvent par les programmes étaient les brochures (23,4%) ainsi que les manuels et les livres (18,5%). (Tableau 17)

Dans quelle mesure et comment les jeunes participent à la réalisation des programmes ?

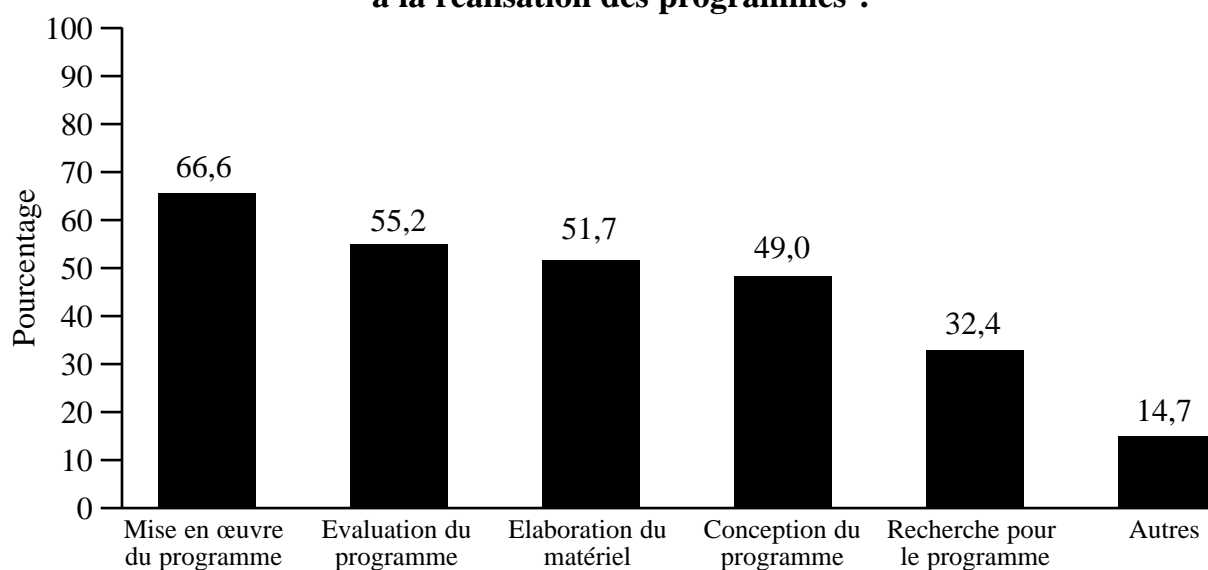


Figure 10

n = 482

Plus de 66% des programmes indiquent que les jeunes participent à la réalisation des programmes. Les jeunes participent également à l'évaluation des programmes (55,2%), à la mise au point du matériel (51,7%) et à la conception des programmes (49%). (Figure 10)

Est-ce que ces programmes ont été évalués ?

Oui	25,5%
Non	65,4%
En cours	9,1%

Tableau 18

n = 482

Plus de 25% des répondants ont indiqué qu'une évaluation avait été faite du programme par une personne de l'extérieur. Neuf pour cent ont indiqué une évaluation en cours et plus de 65% n'ont jamais été évalués. (Tableau 18)

Chapitre 4

Observations et réflexions sur le changement

La présente publication est un survol de programmes travaillant avec les jeunes qui ont répondu au questionnaire Servir l'avenir de 1997. Les résultats de l'enquête de 1997 ne peuvent pas être comparés scientifiquement à ceux d'enquêtes passées mais il est toutefois instructif de noter certaines analogies et certaines différences entre les résultats de 1997 et ceux analysés en 1985 et en 1989.

Les programmes restent engagés à apporter une éducation en matière de prévention du VIH/SIDA et des MST ainsi que pour la prévention des grossesses.

En 1985, les programmes enquêtés se concentraient presque exclusivement sur la prévention des grossesses ou la régulation de la fécondité. Peu de programmes s'occupaient de la prévention des MST. Les programmes enquêtés en 1989 se montraient profondément intéressés par l'éducation et le counseling pour la prévention du VIH et du SIDA. En 1997, les programmes enquêtés restent engagés à prévenir le VIH et autres MST. Si la proportion des programmes offrant une éducation en matière de prévention des MST reste la même entre 1989 et 1997, il n'en existe pas moins un accroissement notable du nombre de programmes offrant un counseling pour le VIH/SIDA. Il convient toutefois de noter que les programmes étudiés en 1997 étaient nettement moins susceptibles que ceux de 1989 de fournir une éducation sur les contraceptifs et l'anatomie ou la physiologie de la reproduction ou encore des services cherchant tout particulièrement à faire participer les hommes à la santé reproductive.

Il n'est guère facile de traiter de la santé reproductive et sexuelle des adolescents, notamment la sexualité, les valeurs et la nouvelle détermination des jeunes. Un grand nombre des programmes qui ont répondu à l'enquête trouvaient le thème trop controversé. Toutefois, la crise internationale de santé que représente le VIH/SIDA pousse à une discussion plus ouverte de la sexualité et encourage de nombreux pays à prendre des mesures pour essayer d'endiguer la montée de l'épidémie. Cette priorité accordée à la lutte contre le VIH/SIDA pourrait être prise au détriment d'autres programmes confrontant directement des questions liées à une grossesse et à une maternité précoces, questions qui s'inscrivent dans le cadre de relations culturelles et sociales profondément ancrées et difficiles à changer. Il convient lors de recherches futures de se pencher davantage sur les implications de cette nouvelle orientation faisant passer au premier plan la prévention du VIH/SIDA avant la prévention de la grossesse.

Les programmes sont moins susceptibles d'offrir des contraceptifs

Les programmes qui ont répondu à l'enquête de 1997 étaient nettement moins susceptibles d'offrir un accès aux contraceptifs que les programmes qui avaient répondu en 1989. Plusieurs éléments viennent expliquer cette situation. La baisse pourrait signifier une hésitation à fournir des contraceptifs aux jeunes ou alors des restrictions au niveau du financement. La diminution apparente pourrait également être due à la conception de l'enquête ou à des programmes particuliers indiqués dans la base de données d'Advocates.

L'éducation par les camarades est une approche de plus en plus utilisée. Les éducateurs camarades plus susceptibles d'offrir des contraceptifs

En 1997, la vaste majorité des programmes enquêtés travaillaient avec des éducateurs camarades, indiquant ainsi que l'éducation par les camarades continue à être une stratégie préconisée pour traiter des problèmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les programmes d'éducation par les camarades étaient légèrement moins courants parmi ceux enquêtés en 1989 comparés à 1985 mais la grimpe de la popularité de 1989 à 1997 montre que les programmes sont à la recherche de stratégies novatrices, efficaces et moins chères pour atteindre les jeunes.

En 1989 et en 1997, des proportions quasi égales de programmes qui ont répondu à l'enquête en Amérique latine et en Asie réalisaient des programmes d'éducation par les camarades. Les deux régions ont connu le même accroissement, de 1989 à 1997, du nombre de programmes enquêtés avec des éducateurs camarades. En Afrique, l'approche de l'éducation par les camarades est également devenue une stratégie de plus en plus utilisée de 1989 à 1997. Dans toutes les régions, les éducateurs camarades étaient plus susceptibles d'offrir des condoms et autres contraceptifs aux publics cibles en 1997 par rapport à 1989. Le résultat est particulièrement intéressant au vu du fait que les programmes enquêtés étaient par contre moins susceptibles d'offrir des contraceptifs aux jeunes en 1997 par rapport à 1989.

Les programmes enquêtés cherchaient à apporter une information sur la santé reproductive et sexuelle d'une manière qui réponde aux besoins réels des jeunes d'aujourd'hui. Les jeunes qui sont bien formés pour être des éducateurs et qui reçoivent le soutien et la supervision nécessaire sont souvent d'excellents communicateurs d'information sur la santé sexuelle et reproductive car ils comprennent bien leurs égaux. La participation accrue des jeunes, qu'il s'agisse de l'éducation de leurs camarades ou d'autres services fournis à ces derniers, pourrait bien être une des réponses au Programme d'Action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) qui préconise une plus grande participation des jeunes aux programmes. Dans le cadre de l'étape suivante, les programmes travaillant avec les éducateurs camarades devraient envisager d'utiliser l'évaluation pour cibler davantage leurs activités d'éducation par les camarades sur les besoins des jeunes.

Leçons d'une initiative évaluée d'éducation par les camarades

L'Initiative des jeunes de l'Afrique de l'Ouest (WAYI) représentait une collaboration entre Advocates for Youth, l'Association du Nigeria pour la santé reproductive et familiale, le Centre d'éducation sanitaire régionale de l'Afrique et neuf organisations communautaires travaillant avec les jeunes au Nigeria et au Ghana. Le but de WAYI était d'améliorer les connaissances des adolescents sur la santé reproductive et d'encourager des comportements sexuels comportant moins de risques parmi les jeunes sexuellement actifs. WAYI a utilisé l'éducation par les camarades pour atteindre son but. Une évaluation complète du processus et une évaluation limitée des résultats de WAYI a permis de comparer les groupes d'intervention avec des groupes témoins non équivalents et de comparer les résultats entre divers groupes de la population, surtout entre les adolescents scolarisés et ceux qui ont abandonné l'école.

Les données provenant de neuf projets ont montré que 44 118 jeunes avaient reçu une information et un counseling et 2 014 avaient été orientés vers d'autres structures pour recevoir d'autres services. Sept projets ont indiqué qu'ils avaient distribué 27 450 condoms et 12 692 tablettes de mousse. Dans l'ensemble, trois hommes étaient atteints pour deux femmes. Le projet a mesuré un accroissement significatif des connaissances en matière de santé reproductive et d'utilisation de la contraception moderne ainsi que du taux d'auto-efficacité, surtout parmi les adolescents scolarisés de sexe masculin.

Dans l'ensemble, WAYI a démontré les éléments suivants :

- L'éducation des camarades est surtout efficace dans le contexte de l'école secondaire.
- L'éducation des camarades atteint mieux dans une certaine mesure les garçons que les filles.
- La santé reproductive des adolescents est une question délicate.
- Les projets doivent être axés sur les besoins des jeunes en matière d'information et de services.

Quelles sont les recommandations concernant les actions futures découlant du Projet WAYI ?

- Il faut plus d'informations sur ce qui rend les projets efficaces, surtout pour les filles et les jeunes déscolarisés.
- Il faut identifier des stratégies efficaces pour faire participer les jeunes.
- Les programmes devraient intervenir avant que les jeunes ne commencent à devenir sexuellement actifs et devraient aider les jeunes dès l'école primaire à acquérir l'information et les attitudes encourageant une bonne santé sexuelle.
- Les programmes devraient forger de solides liens entre l'information et les services.

Pour de plus amples informations sur WAYI, prière de contacter la division internationale, Advocates for Youth, 1025 Vermont Avenue NW, Suite 200, Washington, DC, 20005 USA. Téléphone : 202.347.5700, Fax :202.347.2263. Courrier électronique : info@AdvocatesforYouth.org ou www.advocatesforyouth.org

Le plaidoyer occupe une part de plus en plus importante dans les programmes réussis

Les programmes ont très nettement accru leurs activités de plaidoyer entre 1989 et 1997. En 1997, les programmes enquêtés ont reconnu l'importance de défendre leur cause pour obtenir plus de financement et améliorer les politiques de la santé reproductive pour les adolescents. Ce plaidoyer est important tant pour atteindre les objectifs des programmes que pour garantir l'accès des adolescents à l'information et aux services dont ils ont besoin pour prendre des décisions sexuelles saines.

Baisse du pourcentage de programmes recevant un financement du gouvernement

Le pourcentage de programmes enquêtés qui ont indiqué qu'ils recevaient un soutien du gouvernement a légèrement diminué en 1997, chose peu surprenante puisque la majorité des programmes enquêtés en 1989 et en 1997 étaient des ONG dépendant relativement peu du financement public. Ou alors, cette situation pourrait être due à la contraction du financement disponible, au fait que la majorité des fonds publics alloués ont été distribués entre un nombre moindre de programmes ou encore que l'argent a été investi différemment. La question mérite un examen plus approfondi.

Les jeunes atteints le plus souvent en milieu scolaire

La plupart des répondants de 1989 travaillaient avec des jeunes dans des endroits comme les écoles où ils avaient le plus de chances de les rencontrer et de leur fournir une information et/ou des services de santé reproductive. Outre les locaux du programme, les écoles étaient l'endroit le plus courant pour atteindre les jeunes. En 1997, une majorité de répondants fournissaient également information et services en milieu scolaire, notamment dans l'école élémentaire et primaire (âge six à 12), dans le premier cycle du secondaire (13 à 15 ans) et dans le deuxième cycle secondaire (16 à 18 ans), dans les collèges et universités ou encore dans les établissements professionnels et tertiaires.

Dans tous les pays sauf dans les plus pauvres, entre 70 et 100 % des jeunes fréquentent actuellement l'école primaire. Mais un grand nombre des élèves, surtout les filles, ne vont pas au-delà de l'école primaire, surtout en Afrique subsaharienne. Par exemple, au Burundi, dans la République centrafricaine, au Mali et au Niger, moins de 10% des filles ont une scolarité allant jusqu'à sept ans au minimum. Les programmes continuent à atteindre les jeunes là où ils ont le plus de chance de les rencontrer mais ils s'efforcent également d'atteindre ceux qui ne vont pas à l'école, cherchant par ailleurs à les atteindre à un âge plus jeune.

Les programmes cherchent à répondre à un vaste ensemble de besoins

Un plus grand nombre de programmes enquêtés en 1997 par rapport à 1989 cherchaient à répondre à un vaste ensemble de besoins chez le jeune. On a noté un accroissement modeste à modéré du nombre de programmes indiquant préparer les jeunes à la maternité ou à la paternité ou organisant des activités sportives ou de loisirs et des apprentissages professionnels pour les jeunes. Moins de programmes en 1997 par rapport à 1989 mettaient en place des projets de mobilisation des revenus et de formation professionnelle avec services de placement.



Dans le monde entier, les jeunes doivent relever des défis sociaux, économiques et sanitaires qui souvent relèguent au second plan le besoin d'apprendre et d'adopter des comportements sexuels sains. Aussi est-il encourageant de noter qu'un grand nombre de programmes apportent un soutien allant au-delà des besoins de santé reproductive et sexuelle des jeunes. Les programmes doivent continuer à soutenir le grand nombre de jeunes qui présentent une gamme aussi polyvalente de besoins et de talents car la seule fourniture d'information et de services de santé reproductive ne suffira pas à les soutenir dans leur adoption de comportements sains.

Les jeunes participent plus souvent à toutes les étapes du programme

En 1989, les programmes indiquaient certains efforts modérés encourageant la participation des jeunes à la réalisation, à l'évaluation, à la mise au point de matériel, à la conception de programme et à la recherche. Parmi ceux répondant en 1997, les programmes indiquaient plus souvent que les jeunes participaient à tous les aspects relevant de la réalisation des programmes, sauf à la recherche où la participation avait légèrement diminué par rapport à 1989.

Ces chiffres pourraient refléter une plus grande connaissance des avantages liés à la participation des jeunes à la plupart des aspects de la mise en place des programmes. Mais il convient d'interpréter avec prudence ces chiffres. En effet, *participation des jeunes* n'a toujours la même signification. Par exemple, la participation des jeunes à la conception du programme signifie peut-être simplement que les jeunes ont assisté à une réunion de planification alors que pour d'autres, cela veut dire que les jeunes ont effectivement contribué à la conceptualisation du programme, qu'ils ont fait des interviews pour évaluer les besoins communautaires et guider la mise sur pied des activités. Les résultats peuvent être impressionnants quand les jeunes participent dans diverses manières qui respectent et valorisent leurs engagements et opinions. Mais il faudra définir exactement la signification de la participation des jeunes si on veut arriver à mesurer la nature et le niveau de leur participation. Il convient d'explorer davantage le contenu et la portée de la participation des jeunes à la planification, la réalisation et la conception des programmes.

Nouveaux domaines de programmes explorés en 1997

Les enquêtes en 1985 et en 1989 se sont concentrés sur les programmes de prévention des grossesses ou de régulation des naissances. Certains programmes traitaient également de la prévention des MST et du développement des jeunes. Reconnaissant que bien des changements avaient eu lieu dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle des adolescents ces dernières années, Advocates for Youth a décidé d'explorer plusieurs nouveaux domaines dans le cadre de l'enquête de 1997 en s'intéressant tout particulièrement aux directions des programmes, aux variations régionales et aux services spécifiques. Les futures enquêtes examineront l'évolution des tendances concernant ces aspects.

Principaux objectifs des programmes

La plupart des programmes qui ont répondu à l'enquête ont indiqué plus d'un objectif principal. Environ 80% des programmes ont indiqué que l'éducation pour la prévention en matière de VIH/SIDA et MST était un objectif principal. Presque 64% des programmes enquêtés ont identifié

la prévention de la grossesse primaire comme un des grands objectifs du programme. Le développement des jeunes, l'encadrement ainsi que la santé et le bien-être des adolescents étaient au titre des objectifs les plus courants, se plaçant souvent avant la prévention de la grossesse primaire.

Projets d'éducation par les camarades

La plupart des programmes qui ont répondu à l'enquête se concentraient sur la prévention du VIH/SIDA (87,1%), les MST (78,7%) et la grossesse (69,7%). Parmi les autres thèmes sociaux retenus par ces projets d'éducation par les camarades, notons l'habilitation des jeunes, surtout des filles, la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme ainsi que la prévention de la violence et de l'abus sexuel.

Jeunes laissés à l'écart

Les programmes enquêtés ont indiqué que les jeunes de la rue, les jeunes appartenant à certaines races ou ethnies, les jeunes souffrant d'infirmités, les réfugiés ainsi que les homosexuels, les lesbiennes et les bisexuels faisaient partie des groupes qui risquaient le plus d'être laissés à l'écart. Les efforts pour atteindre les jeunes dans les écoles sont certes louables mais ce sont souvent ceux qui ne vont pas à l'école, qui sont plus jeunes ou parfois * difficiles à atteindre + qui ont pourtant le plus besoin d'information et de services.

Prenons l'exemple d'un programme novateur, celui de l'éducation sanitaire pour les adolescents immigrants à Tel Aviv en Israël. Ce programme offre une éducation sexuelle, mentale et physique pour les adolescents immigrants de l'Éthiopie et de l'ancienne Union soviétique.

Types d'éducation sexuelle par région

Dans toutes les régions, les programmes enquêtés ont indiqué qu'ils fournissaient une éducation sexuelle en général mais les sujets différaient selon les régions. Dans l'ensemble, la majorité des programmes qui ont répondu à l'enquête ont indiqué qu'ils offraient une éducation en matière de prévention du VIH/SIDA, d'anatomie et de physiologie, d'abstinence des rapports sexuels et une éducation en matière de contraception ainsi que sur les écarts entre les sexes. La prévention du VIH/SIDA était le sujet d'éducation le plus courant dans toutes les régions.

Certaines des différences les plus notables, du point de vue éducation, entre les régions concernaient l'abstinence et les pratiques traditionnelles entre des programmes africains et ceux de l'Amérique du Sud. Les programmes enquêtés en Afrique étaient quatre fois plus susceptibles d'offrir une éducation en matière d'abstinence et trois fois plus susceptibles d'offrir une éducation sur les pratiques traditionnelles que les programmes de l'Amérique du Sud. Certains types d'éducation sexuelle fournis par des programmes enquêtés en Amérique centrale et aux Caraïbes ressemblaient davantage à ceux mis en place en Asie et au Proche-Orient que ceux offerts en Amérique du Sud. Par exemple, environ 55% de l'échantillon de l'enquête de l'Amérique centrale et des Caraïbes ainsi que de l'Asie et du Proche-Orient offrait une éducation sur l'abstinence et la contraception alors que 71 % de l'échantillon de l'Amérique du Sud et de l'Afrique offraient ce type d'éducation. De même, 55% des répondants de l'Amérique centrale et des Caraïbes ainsi que de

l'Asie et du Proche-Orient offraient une éducation sur la contraception alors que ce thème était traité par 63,6% des programmes en Afrique et 69% de ceux de l'Amérique du Sud. L'évaluation des programmes d'éducation sexuelle dans toutes les régions fournit une information utile sur ce qui réussit le mieux avec différents groupes.

Services, orientations et counseling pour l'avortement

Peu de répondants à l'enquête ont indiqué que leurs programmes offraient un counseling ou des services d'avortement (12,7 et 3,7 % respectivement). Un nombre légèrement plus important de programmes orientaient les patientes vers d'autres établissements fournissant des services de counseling (13,9%) ou des services liés à l'avortement (13,1%). Ces chiffres ne sont guère surprenants puisque l'avortement est illégal ou entouré de restrictions importantes dans un grand nombre de pays. Autant de raisons qui expliquent la limitation des services et la sous-notification de l'avortement. Certains programmes ont demandé que l'information donnée sur les soins liés à l'avortement reste confidentielle. Une analyse exacte et détaillée de cette question délicate demandera un examen plus approfondi.

Autres types de services

Un grand nombre des programmes qui ont répondu aux questions de l'enquête fournissaient toute une gamme de services répondant aux besoins divers et complexes des jeunes. Les programmes enquêtés offraient un counseling et des services d'éducation pour la toxicomanie (57,5%), le counseling familial (51,2%), l'éducation nutritionnelle (46,7%), la promotion de l'alphabétisation (33,2%), le counseling en cas de viol ou d'inceste (46,3%) et la prévention de la violence ou la formation pour la résolution des conflits (41,9%). Tous les programmes devraient envisager de traiter la gamme complète des besoins des jeunes afin de les aider à devenir des adultes sains.

Evaluation de programme

Environ 31 % des répondants ont indiqué que le programme avait entrepris une évaluation du processus, de l'impact ou de l'effet et que cette évaluation avait été confiée à quelqu'un de l'extérieur. Le chiffre donne une idée générale de la fréquence des évaluations mais il convient de se rappeler que le terme évaluation n'est pas toujours utilisé de manière constante d'un programme à l'autre. Une recherche complémentaire devrait inclure une définition claire et commune de ce qui constitue une évaluation.

Références

1. Alan Guttmacher Institute. *Into a New World*. New York, NY : the Institute, 1998.

Survol d'un programme : leçons pour la formulation des objectifs

En 1995, la Société de la Croix rouge du Ghana (GRCS) et ACTIONAID Ghana (AAG) ont collaboré dans le cadre d'un projet d'éducation par les camarades concernant le VIH/SIDA et destiné aux jeunes dans les régions conservatrices du Nord-Est et du Nord du Ghana. Le Projet d'éducation par les camarades pour la lutte contre le SIDA chez les jeunes forme et supervise des éducateurs qui dirigent des activités d'éducation apportant aux jeunes l'information clé, les changements d'attitudes et le renforcement des compétences dont ils ont besoin pour prendre les mesures de prévention nécessaire contre le VIH et les MST. Les activités réalisées en petit groupe sont interactives, avec des jeux et conçues tout particulièrement pour intéresser les jeunes.

En septembre 1996, le GRCS et AAG ont invité un responsable externe de l'évaluation à travailler avec les réalisateurs du projet pour évaluer les activités de l'année et identifier les forces et faiblesses du projet. GRCS et AAG auraient souhaité faire une évaluation de l'impact mais vu la brève période depuis le démarrage du projet, le manque de données initiales et l'objectif assez vaste, ce type d'évaluation s'avérait impossible. De fait, le responsable de l'évaluation a cherché à voir si le projet était sur la bonne voie et en train d'atteindre son objectif, à savoir la prévention de l'infection par le VIH chez les jeunes. Il a identifié des indicateurs appropriés pour évaluer les réalisations du projet et a collecté l'information initiale nécessaire pour ces indicateurs.

Le but de départ du projet en 1996 était d'atteindre environ 3 000 jeunes et de leur apporter des messages les sensibilisant à la manière dont se transmettent le VIH et les MST, dont on peut prévenir de nouvelles infections par le VIH/SIDA et les MST et les encourageant à changer d'attitudes et de comportements. Le projet cherchait également à promouvoir les aptitudes et compétences nécessaires pour se protéger et négocier des pratiques sexuelles moins dangereuses.

Le responsable de l'évaluation a aidé le projet à formuler un objectif plus spécifique et mesurable qui poserait les fondements d'une évaluation complète de l'impact pouvant être faite ultérieurement. Le nouvel objectif revu consistait à promouvoir la prévention du VIH parmi les jeunes dans les Régions de l'Extrême-Est et du Nord en utilisant l'approche suivante :

- Education par les camarades pour atteindre 3000 jeunes âgés de 15 à 25 ans afin de renforcer les connaissances, attitudes et compétences nécessaires pour prévenir l'infection par le VIH ; et
- Habilitation des éducateurs camarades et participants pour qu'ils transmettent l'information sur le VIH à 5 000 jeunes en plus dont la majorité a entre 15 et 25 ans.

Les indicateurs spécifiques pour mesurer la réalisation de cet objectif portaient sur les éléments suivants :

- Sélection et formation de 84 éducateurs camarades.
- Recyclage de 70% au moins d'éducateurs camarades à la fin de 1996.
- Quatre vingt pour cent des 3000 participants seront en mesure d'identifier au moins deux modes de transmission dont la transmission sexuelle.
- Quatre vingt pour cent des participants seront en mesure d'identifier au moins deux moyens efficaces de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle outre l'abstinence.
- Soixante pour cent des participants seront d'accord pour dire que les adolescents plus jeunes devraient s'abstenir des relations sexuelles.
- Quarante pour cent des participants seront d'accord pour dire que les jeunes sexuellement actifs devraient utiliser un condom.

- Trente pour cent des participants seront d'accord pour dire qu'ils courent le risque de contracter le VIH s'ils ont des relations sexuelles non protégées.

Trente pour cent des participants indiqueront être en mesure de demander à un partenaire d'utiliser un condom.

Soixante dix pour cent des participants sauront qu'un condom ne peut être utilisé qu'une seule fois.

Soixante dix pour cent des participants sauront qu'il faut laisser un peu de place tout au bout du condom.

L'évaluation a constaté que le projet avait effectivement réussi à former, soutenir et superviser les éducateurs camarades. Les éducateurs camarades eux-mêmes avaient réussi à former d'autres jeunes leur apprenant les mesures qu'ils pouvaient prendre pour se protéger contre la transmission du VIH et leur montrant qu'il fallait lutter contre la honte sociale attachée au fait d'être séropositif. Le projet était bien géré et les organisations collaboratrices travaillaient bien ensemble. La reformulation de l'objectif du projet et l'identification des indicateurs et des données initiales devraient en principe renforcer la capacité du projet à évaluer son impact dans le temps.

Pour de plus amples informations sur ce projet, prière de contacter le Coordinateur national, Youth and AIDS Peer Education Project, c/o Ghana Red Cross Society, P.O. Box 835, Accra, Ghana, Tél :233 21 662298 Fax : 233 21 232133

Conclusions et recommandations

Les programmes qui ont répondu à l'enquête continuent à faire preuve d'une portée importante et d'une vaste expérience concernant la fourniture d'information et la prestation de services de santé reproductive et sexuelle pour les jeunes. Le fait que la santé reproductive et sexuelle des adolescents a reçu une attention mondiale lors de conférences comme la CIPD a aidé les organisations gouvernementales et non gouvernementales qui sont à présent libre de s'attaquer à la question de manière directe. Les conclusions et recommandations qui suivent s'inspirent des tendances et des observations dégagées par les réponses à l'enquête ainsi que des nouvelles recherches dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle des adolescents.

- Il est certes important pour les organismes de financement de continuer à soutenir les programmes efficaces ou prometteurs dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle des adolescents mais il est tout aussi important pour les programmes de renforcer leurs propres capacités pour qu'ils puissent se soutenir eux-mêmes. Les nouveaux programmes et ceux fournissant des services aux personnes avec des revenus modestes ou sans revenus du tout continueront probablement à dépendre du soutien externe et auront besoin de l'information la plus récente possible sur les éventuels instituts de financement. Ces programmes auront également besoin d'une assistance en matière de développement organisationnel, surtout pour renforcer leurs capacités de rédaction de propositions solides et d'élaboration de budgets réalistes. Les programmes établis et ceux servant des gens avec des revenus doivent explorer les possibilités de mobilisation de recettes, par exemple faire payer pour les services en utilisant une échelle de tarifs dégressifs qui se base sur les revenus des clients ou de demander un paiement à l'acte.
- Les programmes doivent chercher à atteindre les jeunes dans d'autres endroits tels que les lieux du travail, l'armée et les prisons. Un grand nombre de programmes offrent une information sur la santé reproductive et sexuelle aux jeunes dans les écoles mais les jeunes qui ne fréquentent pas l'école sont souvent ceux qui courent le plus grand risque de grossesse non souhaitée et de MST et subissant les pires conséquences.
- Les programmes visant à améliorer la santé reproductive et sexuelle des adolescents doivent concentrer leurs efforts sur les plus jeunes, ceux âgés de 10 à 12 ans, afin de vérifier qu'ils disposent de l'information appropriée à leur âge, des compétences, de l'auto-connaissance et de la motivation pour prendre des décisions saines en matière de sexualité. La recherche montre que le fait d'atteindre les jeunes avant qu'ils ne deviennent sexuellement actifs renforce les chances de les voir adopter des comportements sains quand ils choisiront par la suite d'avoir des relations sexuelles.
- Les programmes offrant une information sur la santé reproductive et sexuelle des jeunes doivent leur fournir un accès à la contraception ou les orienter vers des services de planification familiale pour que les jeunes sexuellement actifs puissent se protéger contre les grossesses et les mal-

adies. La recherche montre qu'un accès élargi aux contraceptifs n'encourage pas une plus grande activité sexuelle de la part des jeunes ou des relations sexuelles démarrées à un âge plus jeune. Il existe un grand nombre de programmes qui réalisent des activités d'IEC encourageant la santé reproductive et sexuelle des jeunes mais par contre il en existe nettement moins qui renforcent l'information par un accès aux contraceptifs. Il semble que, de nos jours, il existe nettement moins de programmes de santé reproductive et sexuelle des adolescents qui offrent des moyens de contraception comparés à 1989. Les jeunes sexuellement actifs *doivent* avoir accès aux contraceptifs, tout notamment au regard de l'épidémie du VIH qui se propage dans un si grand nombre de pays du monde.

- Une véritable participation des jeunes à l'élaboration et à la mise en place des programmes demande que les adultes partagent la prise de décision avec les jeunes ou même confient certaines de ces décisions aux jeunes. Il est essentiel que les adultes pensent effectivement que les jeunes ont des idées valables à offrir renforcée par un bon jugement si l'on veut arriver à ce que ces derniers participent de manière authentique. Et pourtant il est rare que les adultes pensent ainsi. La participation des jeunes dès le début et tout au long de la planification, de la réalisation et de l'évaluation des programmes augmente les chances de répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes. Les adultes s'efforcent de faire participer davantage les jeunes à la mise en place de programmes mais souvent c'est un geste symbolique qui ne repose pas sur le fondement philosophique nécessaire à sa réussite.
- Les programmes utilisant l'éducation par les camarades comme stratégie de promotion de la santé reproductive et sexuelle des jeunes devraient s'inspirer de la recherche croissant mettant en évidence les éléments clés de projets réussis d'éducation par les camarades. L'application de leçons apprises par d'autres projets en la matière permet d'économiser temps et argent. Souvent les programmes pensent que l'éducation par les camarades est une manière facile et peu chère de réaliser une intervention et ils sous-estiment le temps important qu'ils devront consacrer à la planification d'un projet réussi d'éducation par les camarades ainsi qu'au soutien et à la formation des éducateurs camarades.
- Les programmes cherchant à étendre les services devraient d'abord examiner les activités d'autres programmes locaux travaillant avec les jeunes pour identifier les domaines de collaboration possibles. Les partenariats formels et informels permettent d'économiser sur les ressources, renforcent chaque partenaire et évitent de reproduire inutilement les services qui existent déjà. Les programmes n'auront pas besoin d'expertise dans des domaines où ils peuvent utiliser à la place les forces et compétences de partenaires voisins.
- Il existe un ensemble croissant de données démontrant les réussites rencontrées par les programmes dans des pays en développement mais des évaluations supplémentaires sont nécessaires pour documenter les stratégies les plus efficaces et les plus adéquates en vue d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents. Les données provenant des évaluations aident à renforcer l'efficacité des programmes travaillant avec les jeunes. Les planificateurs des programmes peuvent utiliser les résultats des approches réussies pour étayer le développement de nouvelles interventions et recommander des changements au niveau des politiques afin de reproduire à plus grande échelle les programmes réussis. Les résultats de l'évaluation servent également à obtenir

un financement et à établir la crédibilité technique et professionnelle. Les institutions de financement sont de plus en plus intéressés par les résultats de l'évaluation qui indiquent qu'un programme a bien atteint ses objectifs ou examine sérieusement ses activités pour procéder aux améliorations nécessaires.

- Les programmes de santé reproductive et sexuelle des adolescents doivent offrir des services qui répondent aux besoins spécifiques des jeunes constituant la population desservie et de plus, on sait bien que les préférences des jeunes varient. Certains jeunes souhaitent des horaires ou des lieux spéciaux pour recevoir les services. D'autres peuvent penser que des services spéciaux veulent dire qu'on les met à l'écart, comme si on avait honte d'eux. Chaque programme doit apprendre de son public comment fournir les services pour répondre aux besoins des adolescents et partant accroître les chances de voir ces derniers devenir des clients continus. Les jeunes du monde entier expriment souvent le souhait de recevoir un traitement confidentiel sans jugement. Les programmes doivent vérifier que les politiques assurent un traitement confidentiel et impartial aux jeunes et que les prestataires sont sensibles aux besoins des jeunes.

Les programmes visant à améliorer la santé reproductive et sexuelle des jeunes risquent de se heurter à une opposition de taille et doivent être bien préparés pour défendre des politiques et normes sociales qui encouragent la santé sexuelle et le bien-être des jeunes. Obtenir le soutien des parents, des familles et de la communauté aide à promouvoir la santé reproductive et sexuelle des adolescents. En outre, c'est d'importance stratégique pour venir à bout de la résistance. Les programmes doivent renforcer leurs compétences sur le plan du plaidoyer, de la mobilisation communautaire, de la mise en place de groupes de soutien divers, de la négociation, de la communication avec les décideurs et de l'attitude à prendre face à l'opposition et aux critiques. Ces compétences les aideront grandement quand ils se heurteront à l'opposition ou quand des changements s'avèrent nécessaires.

Fournit aux jeunes un accès à l'information et aux services de santé reproductive et sexuelle augmente les chances de les prendre les bonnes décisions qui protègent leur santé et de s'y tenir. Travailler avec les jeunes pour renforcer la confiance qu'ils ont en eux-mêmes leur montrant qu'ils sont capables d'améliorer leur santé et bien-être et renforcer par ailleurs leurs compétences et motivation sont des approches favorisant des décisions saines chez le jeune en vue. Il est en effet tout aussi important pour le jeune de croire que des choix se présentent à lui ainsi qu'un avenir prometteur. Les parents, les familles et les communautés qui valorisent les jeunes contribuent grandement à la santé de ces derniers.

Les tendances actuelles de la santé des adolescents indiquent que les parents, les familles, les communautés, les pays et les régions doivent se mobiliser pour répondre aux besoins urgents des jeunes. Advocates for Youth espère que *Servir l'avenir* aidera les organismes travaillant avec des jeunes à échanger des idées et à mettre en place des réseaux avec des partenaires chevronnés qui se renforcent mutuellement, les aidant à assurer de la manière la plus efficace qui soit la santé et le bien-être des jeunes.

Clé de l'Enquête

Un guide des programmes qui ont terminé l'enquête d'Advocates for Youth suit. Les programmes sont présentés par ordre alphabétique par pays. Les principaux objectifs et stratégies de chaque programme peuvent être identifiés en consultant les tables ci-dessous.

Principaux objectifs de ce programme:

- 1 = Prévention de grossesse primaire (grossesse précoce) chez les adolescentes (prévention de la première grossesse)
- 2 = Prévention d'autres grossesses ultérieures chez les adolescentes (chez les adolescentes qui ont déjà un enfant)
- 3 = Education pour la prévention de maladies ou d'infections sexuellement transmissibles (IST/MST) chez les adolescents.
- 4 = Traitement des IST/MST chez les adolescents
- 5 = Education pour la prévention du VIH/SIDA chez les adolescents
- 6 = Traitement du VIH/SIDA chez les adolescents
- 7 = Développement/leadership (qualités de dirigeants) des jeunes
- 8 = Promotion de la santé et du bien-être en général des adolescents
- 9 = Autre:

Principaux stratégies de ce programme:

- 1 = Plaidoyer pour les politiques qui promouvoient la santé reproductive des jeunes
- 2 = Formulation de politiques
- 3 = Recherche/évaluation
- 4 = Prestation de services directement aux jeunes
- 5 = Formation ou assistance technique à d'autres organisations
- 6 = Apport de financement à des organisations travaillant avec les jeunes
- 7 = Etablir les liens entre les jeunes et les services