

titre : un travail conjoint de l'OMS et de la Fondation internationale de la jeunesse sur les critères de réussite; l'élaboration par la Fondation internationale des jeunes de «17 critères» d'efficacité de la programmation en faveur des jeunes; les travaux du Groupe d'étude OMS/FNUAP/UNICEF sur la Programmation relative à la santé des adolescents; enfin, la recherche en commun par les représentants de 16 pays d'indicateurs qui seraient mieux appropriés pour mesurer l'«état de l'enfant».

Malgré l'absence de la recherche, l'expérience des programmes et projets consacrés à la santé des adolescents partout dans le monde montre que les programmes qui ont une influence bénéfique sur la vie des adolescents partagent certaines caractéristiques essentielles. Ces caractéristiques, qui sont de plus en plus reconnues dans des milieux divers — instances mondiales et nationales et organisations participant à la planification et l'exécution de programmes, organismes de recherche sur les comportements sociaux, et jeunes eux-mêmes — sont interdépendantes et se renforcent mutuellement.

6.2 Attribution aux jeunes de la place centrale dans la programmation

La participation active de jeunes est l'un des principes les plus importants d'une programmation qui se veut efficace. Cela tient au fait que lorsque des jeunes prennent part à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des programmes, on est assuré que ceux-ci vont répondre aux besoins réels de cette classe d'âge, d'où une adhésion aux objectifs fixés, sans compter que cette approche contribue notablement au développement des jeunes directement impliqués. Le fait de contribuer ainsi au «bien social» et d'en gagner la reconnaissance des autres, renforce chez les jeunes l'estime de soi, vu que l'altruisme est associé à une stabilité affective et à des relations sociales positives (192). Pour assurer la participation réelle des jeunes, il faut aller bien au-delà des efforts affichés pour s'enquérir de l'opinion des adolescents sur les problèmes auxquels ils sont confrontés. Cela exige un engagement et des connaissances particulières chez le personnel des organisations au service des jeunes.

La tendance est de considérer les jeunes comme l'objet de la recherche et à les exclure du processus de la recherche lui-même ou de la planification des interventions. Des études réalisées au Brésil et au Nigéria par le Centre international de recherche sur la femme (ICRW) ont montré que la participation de jeunes améliorait les résultats des travaux et de la programmation (42).

Dans une mise au point (J. Howard, données non publiées, 1995) sur l'efficacité des diverses méthodes visant à réduire la dépendance à l'alcool et les autres toxicomanies, on a noté que des jeunes doivent être indiqués dans tout programme d'intervention pour qu'on puisse tirer profit de leur perception des problèmes. En outre, des entretiens menés avec des jeunes, avec le personnel de l'organisme hôte et avec les bénéficiaires de programmes d'action communautaire à trois endroits (ainsi que les enquêtes réalisées avant puis après les projets) ont permis de constater que plus les jeunes avaient un rôle effectif dans l'élaboration et la gestion des projets, plus ces derniers étaient bénéfiques et couronnés de succès (193). On trouvera dans l'Encadré 18 des exemples de la participation de jeunes à la programmation.

Encadré 18

Participation des jeunes

Au Honduras, le Projet Alternatives assure des services éducatifs et sociaux à des enfants qui travaillent dans le secteur informel et à leurs familles, ainsi qu'à des enfants de la rue abandonnés. Les jeunes prennent part à la planification et à l'exécution du projet sous tous ses aspects et à l'ensemble des activités concernant l'éducation, la protection sociale et les loisirs. Un conseil consultatif des jeunes a récemment été créé afin de donner un cadre officiel à la planification et à la prise de décision par les jeunes dans les interventions du projet, lesquelles comportent entre autre un volet d'«éducation par les pairs» (D.C. Kaminsky, données non publiées, 1995).

En Pologne (M. Holzer, données non publiées, 1995), il existe un «club communautaire» qui aide les enfants difficiles de 7 à 17 ans qui habitent l'un des quartiers les plus pauvres de Varsovie. Les relations entre formateurs et jeunes sont fondées sur le partenariat. Les jeunes membres du club communautaire coopèrent avec les formateurs à l'élaboration du règlement intérieur du club et à la préparation de «contrats» qui lient chacune des parties. Ils élisent également un conseil des jeunes et proposent des modifications à apporter au programme. En outre, les jeunes sont directement impliqués dans la planification et l'organisation des différents événements communautaires.

Partant de l'idée qu'une approche didactique des services aux jeunes risque d'avoir des répercussions néfastes sur les adolescents lorsqu'elle relève uniquement d'adultes, on a essayé dans diverses initiatives menées en Afrique (YWCA, données non publiées, 1995; C. Lane, données non publiées, 1995) d'inciter les responsables des programmes à voir dans les jeunes non pas des problèmes à résoudre ou les exécutants de directives émanant d'adultes, mais bien des partenaires dans l'application des mesures indispensables à leur bonne santé. Cela suppose que les jeunes soient impliqués dans la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes grâce à la

Encadré 18 (suite)

formation de pairs éducateurs et à la création de mécanismes de participation, par exemple des comités consultatifs de jeunes. Dans tous les projets, les responsables sont vivement encouragés à demander à des jeunes de participer à la planification, à l'exécution et à l'évaluation. Selon les observations préliminaires, les services assurés dans cette initiative par les pairs éducateurs notamment conseil, distribution de contraceptifs et orientation/recours) sont bien accueillis par les bénéficiaires visés.

En Inde (G. Giridhar, données non publiées, 1995a,b), un soap opéra de 52 épisodes de 20 minutes a été diffusé à la radio deux jours par semaine sur une durée d'un an, à partir d'octobre 1993. L'émission tenait compte des réactions du public (pour la plupart des adolescents) aux épisodes successifs, principalement sur la base du courrier des auditeurs, représentant près de 500 lettres par mois.

Le mouvement scout repose sur l'idée d'un développement individuel qui est le fruit de son auto-éducation. Les jeunes scouts se voient offrir la possibilité de se fixer des objectifs personnels, de faire librement certains choix, d'en contrôler l'adéquation par les observations qu'ils peuvent faire dans leur vie quotidienne et sont invités à reconnaître en public ce que leurs camarades leur ont apporté sur le plan des motivations et de l'estime de soi (194). Il est également dit explicitement dans les directives qu'il faut faire participer à l'examen des programmes au niveau local aussi bien des jeunes que des leaders adultes.

6.3 Prise en compte simultanée de multiples problèmes de santé

Comme on l'a vu à la section 3.3, de nombreux problèmes de santé ont des origines communes et sont interdépendants. Les interventions qui sont axées sur un unique comportement source de problèmes, par exemple l'usage de la drogue ou des relations sexuelles précoces sans précautions, sont moins efficaces, car elles ne s'attaquent pas aux antécédents ou aux déterminants du comportement incriminé (34). On a fait observer que, malgré le risque de doubles emplois, il y avait beaucoup moins d'inconvénients à mettre en œuvre simultanément chez les adolescents la prévention de la toxicomanie et celle d'autres comportements à risque qu'à traiter de ces deux aspects séparément (195). En outre, selon une recommandation du Programme «Women and AIDS Research» (Les femmes et la recherche sur le SIDA) de l'ICRW, il serait bon d'élargir l'éducation consacrée au VIH/SIDA en y englobant développement physique et sexuel, des relations et des rôles incombant à chacun des deux sexes chez les adolescents (42).

A l'heure actuelle, de nombreuses interventions relatives aux adolescents visent un seul comportement à problème, la toxicomanie

ou la grossesse. Si des interventions ainsi conçues peuvent avoir leur intérêt, elles ne tiennent pas suffisamment compte de deux résultats importants de la recherche, à savoir que les comportements à l'origine de problèmes graves ont tendance à être réunis chez un même individu et à se renforcer mutuellement (il en va d'ailleurs de même des comportements positifs, bénéfiques à la santé) et que, ces comportements ont souvent des antécédents communs dans l'enfance ou dans l'échec scolaire.

Il importe de «donner la primauté aux approches tournées vers les facteurs qui prédisposent les adolescents à l'adoption de comportements à risque ou à problème. Elles sont de nature générique et sont axées sur l'exploitation des possibilités qu'offre cette période de transition qu'est l'adolescence : éduquer et motiver les jeunes pour qu'ils recherchent des modes de vie sains, favoriser les aptitudes aux relations avec les autres et à la prise de décision pour les aider à choisir des solutions de remplacement à ces comportements à risque élevé et leur fournir des raisons, et la capacité, de s'engager sur la voie d'une vie constructive» (6).

Les méthodes génériques s'attaquent aux facteurs sous-jacents qui prédisposent les adolescents à l'adoption de comportements à risque ou à problème : faible estime de soi, insuffisance des aptitudes aux relations avec autrui et à la prise de décision, manque d'intérêt pour l'éducation, mauvaise information sanitaire, faible perception des occasions favorables qui s'offrent, absence de relations humaines étroites et solides, et insuffisance des incitations à ne pas se contenter de satisfactions immédiates.

Les méthodes génériques cherchent à satisfaire les besoins fondamentaux des adolescents en matière de développement et à promouvoir un ensemble de comportements propices à la santé, qui a d'ailleurs des chances d'être adopté une fois les besoins satisfaits. Ces approches sont spécialement utiles pour des jeunes qui se trouvent à la croisée des chemins et peuvent aussi bien s'engager sur la voie d'un développement sain que se tourner vers des comportements à problème.

Il existe une complémentarité entre les approches génériques et les approches ciblées axées sur un problème déterminé. Une approche générique peut aider un adolescent qui manque d'assurance à devenir respectueux de soi-même ou à trouver sa place dans un groupe apprécié et constructif — deux aspects qui renforcent la capacité individuelle, par exemple à résister aux pressions qui le poussent vers la drogue ou le début précoce de sa vie sexuelle. D'un autre côté, il importe que tous les adolescents reçoivent une information exacte

Encadré 19

Prise en compte simultanée de multiples problèmes en matière de santé et de développement

Le Projet Alternatives mentionné dans l'Encadré 18 s'occupe des enfants de la rue et de ceux qui ont un travail; il leur assure des soins de santé communautaires, la distribution sélective de suppléments alimentaires, une éducation de base et une éducation sanitaire (y compris au sujet de la sexualité, de la santé génésique et de la toxicomanie chez les adolescents) et des possibilités de conseil psychosocial.

Le projet Butterflies (8) a la même «clientèle» et assure à ces enfants des soins de santé, des repas et un soutien nutritionnel, une éducation sanitaire, des activités de conseil, à côté de systèmes de placement professionnel et d'épargne.

Aux Philippines, le Centre for Population and Development (WPRO, données non publiées, 1995) réunit trois centres urbains pour jeunes qui leur assurent des services personnalisés de conseil et d'éducation concernant la sexualité et la santé génésique, l'orientation vers des centres de santé et la distribution de préservatifs masculins. Ils ont également recours à divers médias tels que la télévision (sous forme d'une série où l'on fait passer des messages favorables à la santé en mettant en scène des adolescents faisant preuve de responsabilité), la radio et une ligne téléphonique accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, qui est très utilisée.

L'Union vietnamienne des jeunes (C. Serrano, données non publiées, 1995) axe son action sur les très jeunes couples et les jeunes célibataires sans emploi en leur assurant une préparation à un travail rémunéré et une information sur la santé génésique. Le projet accorde aux intéressés une aide financière et des prêts pour les aider à s'installer.

au sujet de chacun de ces risques et développent des aptitudes particulières à s'en protéger. Bref, en s'attaquant simultanément à plusieurs problèmes de santé, on cherche à favoriser l'adoption durable de comportements sains et à créer un environnement favorable à la santé. L'Encadré 19 présente un certain nombre d'initiatives qui ont été conçues de façon à prendre en compte simultanément une série de problèmes de santé.

6.4 Combinaison de plusieurs interventions

Les jeunes ont en matière de santé et de développement des besoins divers qui évoluent avec le temps et peuvent différer selon le sexe et les circonstances. A certaines époques, ils ont besoin d'être informés,

d'acquérir certaines aptitudes et de bénéficier de services de conseil et de santé. La santé des adolescents peut tirer profit d'une programmation qui englobe plusieurs interventions destinées, par exemple, à promouvoir un environnement sûr et favorable, à fournir des informations, à permettre l'acquisition d'aptitudes et à assurer des services de conseil et de santé répondant à toute une série de besoins des adolescents sur le plan sanitaire. La participation des jeunes au choix des interventions à mener de front renforce les chances pour qu'elles répondent à leurs besoins. Il est intéressant de noter que les jeunes ne savent pas toujours très bien exprimer leurs besoins, de sorte que, pour résoudre ce problème, il peut être bon d'appliquer des méthodes novatrices pour la fixation des priorités, comme celles qui sont décrites à la section 8.

Les indications qui précèdent recourent les conclusions du rapport de l'Office of Substance Abuse Prevention du Département of Health and Human Services des États-Unis d'Amérique (196), selon lequel ce sont indiscutablement les programmes globaux dont il y a le plus à attendre dans le domaine de la prévention de la toxicomanie. Les chances de succès sont maximales avec des programmes où l'on cherche à agir à plusieurs niveaux — et qui tiennent donc compte de la complexité et de l'interdépendance des multiples raisons qui poussent à l'usage de la drogue. Ont été citées comme importantes :

- une information exacte et appropriée;
- la formation aux aptitudes sociales et aux aptitudes à la vie;
- l'éducation et le soutien de la famille (les programmes qui aident les parents à exprimer clairement les comportements qu'ils attendent de leurs enfants et à les surveiller et à les encadrer, contribuent régulièrement à appuyer chez les jeunes un comportement sans hostilité pour la société, à créer pour la famille des possibilités de participation et à renforcer sa cohésion, enfin à améliorer chez les enfants les aptitudes scolaires et sociales et la capacité à savoir dire non);
- la participation de pairs à la formulation et à la mise en œuvre des interventions;
- des solutions de remplacement positives (par exemple des réunions entre camarades d'où la drogue est absente).

D'importants progrès sont actuellement réalisés dans la connaissance des raisons qui expliquent l'adoption durable de comportements favorables à la santé. Les interventions les plus efficaces pour la promotion de la santé tiennent compte des trois types de facteurs qui influent sur les comportements des adolescents en matière de santé : les facteurs prédisposants, les facteurs habilitants et les facteurs

renforçants. Les facteurs prédisposants motivent un comportement avant qu'il ne soit adopté et consistent en connaissances, valeurs, croyances et attitudes. Les facteurs habilitants facilitent le passage à l'acte et se confondent en général avec les conditions d'environnement de l'adolescent. Enfin, les facteurs renforçants consistent dans les gratifications qui résultent de l'adoption effective du comportement considéré et augmentent les chances pour qu'elle soit durable (197).

La combinaison d'interventions exige tout d'abord qu'on connaisse les besoins d'un groupe de jeunes dans un contexte particulier puis qu'on associe les interventions comme il convient pour répondre à ces besoins par les approches les mieux adaptées au contexte. On peut citer l'exemple des interventions menées de manière originale aux Etats-Unis d'Amérique au niveau de l'environnement social — législation et politique générale, attitudes et normes, parallèlement à des activités visant à apporter l'information et permettre l'acquisition des aptitudes nécessaires — pour empêcher que les adolescents ne se mettent à fumer. Des lois interdisent la vente des produits du tabac à des jeunes et réglementent le tabagisme dans les lieux publics, tandis que la diffusion de programmes par les médias influe sur l'opinion du grand public à l'égard du tabac et que des interventions bien conçues sont menées à l'école. Au sujet du tabagisme chez les adolescents, il est indiqué dans le rapport du Surgeon General (ministre de la Santé) des Etats-Unis d'Amérique (198) que «les programmes préventifs les plus efficaces sont ceux qui se déroulent à l'échelle de la communauté et associent éducation et politique des pouvoirs publics».

Dans un rapport récent sur les leçons à tirer des actions visant à prévenir les grossesses d'adolescentes (35), on insiste sur le fait que si la mise en œuvre prolongée de programmes intensifs à plusieurs volets (enseignement scolaire par classes, activités au niveau de l'établissement scolaire tout entier, distribution de contraceptifs et campagnes dans les médias) s'est montrée efficace, cette action simultanée sur plusieurs fronts ne suffit pas à garantir le succès. Les résultats obtenus avec des programmes de développement des jeunes où l'on mettait l'accent sur l'éducation, les possibilités d'emploi et les diverses orientations qu'on peut donner à sa vie, semblent montrer qu'on parvient ainsi à réduire sensiblement la fréquence des grossesses précoces non désirées.

6.5 **Exploitation et articulation d'interventions existantes dans différents contextes**

Plusieurs secteurs peuvent apporter une contribution notable à la promotion et à la défense de la santé et du développement des

adolescents. En règle générale, chacun a des capacités et des perspectives qui lui sont propres et permettent a priori, lorsqu'elles sont exploitées dans un cadre commun, de mieux tenir compte de la diversité des problèmes de l'adolescence grâce à davantage de cohésion dans les objectifs et les approches. En outre, si les interventions ont les mêmes caractéristiques fondamentales quel que soit le secteur en cause, les activités se déroulent généralement dans des contextes différents et, de ce fait, permettent d'atteindre des jeunes qui ne se trouvent pas dans des circonstances identiques. Comme la promotion de la santé et du développement des adolescents soulève fréquemment des problèmes controversés, le concours de différents secteurs peut être précieux. La réticence des jeunes à demander de l'aide et à recourir à des services peut être fortement atténuée quand on améliore la concertation entre les activités programmatiques des différents secteurs, assurant ainsi une sorte de filet de protection.

Les interventions susceptibles de bénéficier aux adolescents sont souvent axées sur un unique problème et ont besoin d'être articulées pour assurer une approche plus globale. On peut citer à cet égard la façon dont les prestations sanitaires sont organisées dans la plupart des endroits. Faute d'une bonne articulation entre les différents services, un adolescent qui, par exemple, est exposé au risque de MST et de toxicomanie peut avoir à surmonter l'obstacle que représente pour lui la nécessité de s'adresser à plusieurs personnes dans différents établissements de soins. En outre, il existe rarement des liens entre les services de santé et le monde de l'information alors qu'un effort concerté pourrait être beaucoup plus efficace. La situation peut être redressée (en l'absence de structures officielles) par la constitution d'un réseau informel qui associe, d'une part les différents secteurs, d'autre part les personnels des différents services du secteur de la santé qui s'intéressent à la santé des adolescents. Des groupes de ce type peuvent échanger des informations sur leurs activités respectives et discuter de l'évolution qu'ils constatent dans les problèmes liés aux adolescents, dans la pratique de l'orientation/recours et dans les besoins et les opportunités.

Aussi a-t-on insisté sur le fait qu'on trouverait des solutions plus efficaces si tous ceux qui s'occupent d'adolescents édifiaient une infrastructure leur apportant soutien et sollicitude qui serait composée de plusieurs institutions clés travaillant de concert à satisfaire les besoins essentiels au développement d'adolescents bien portants. Les principales institutions en cause sont la famille, l'école et les organisations communautaires. Aucune ne peut à elle seule garantir que l'adolescent d'aujourd'hui va devenir demain un adulte

responsable, correct, réfléchi et compétent. L'élément décisif consiste en réalité dans l'influence mutuelle de ces institutions. En travaillant ensemble, elles peuvent s'attaquer aux facteurs sous-jacents qui accroissent le risque de voir des millions de jeunes adopter des comportements gravement préjudiciables à leur santé (6).

Comme le budget de la santé est limité dans la plupart des pays, la programmation relative à la santé des adolescents a le maximum de chances de succès lorsqu'elle s'appuie sur les ressources disponibles et les structures en place. Dans tous les pays, il existe une multitude d'organisations et d'institutions qui contribuent (ou devraient contribuer) à la satisfaction des besoins des adolescents en matière de santé et de développement. A l'évidence, aucune institution, qu'elle soit privée ou publique, gouvernementale ou non gouvernementale, ne peut à elle seule prétendre y répondre. En revanche, si elles s'unissent à plusieurs, elles peuvent apporter chacune une contribution appréciable, si modeste soit-elle. Il est donc indispensable de s'appuyer sur des alliances et des actions concertées pour créer un environnement qui offre le maximum de chances à tous les jeunes.

L'instauration d'un partenariat en vue d'actions complémentaires entre des organismes du secteur public et du secteur privé, notamment du secteur commercial, est capitale et peut être mutuellement bénéfique. Des partenariats sont nécessaires entre tous les secteurs, spécialement de la santé, de l'éducation, de la jeunesse, de la protection sociale, de la justice et du travail, pour assurer un filet de sécurité aux adolescents dans le besoin. Un partenariat est également indispensable entre ceux qui informent les jeunes et ceux qui leur assurent des services de santé et des services connexes, de façon qu'on puisse tirer le meilleur parti possible des ressources existantes et les améliorer. L'établissement durable de partenariats efficaces entre les différents secteurs impliqués dans l'exécution des programmes et (ou) leur appui, pourrait à l'avenir, grâce à l'apport de chacun d'eux, élargir la base sur laquelle repose la formulation des politiques générales. C'est particulièrement vrai dans le secteur commercial. De par son implication même, ce secteur partage avec les pouvoirs publics et les ONG la responsabilité de l'exécution et (ou) de l'appui des programmes. De plus, grâce à son expérience de ce qui rend les entreprises viables — à savoir la capacité de s'adapter à l'évolution de l'environnement de façon dynamique et novatrice par la restructuration de son organisation — le secteur commercial pourrait contribuer à la durabilité accrue des programmes.

Un problème important consiste à trouver des méthodes qui aident les décideurs à aller à l'encontre de la tendance générale consistant à

faire du lancement de nouveaux programmes et de l'adoption de nouvelles politiques une stratégie essentielle, pour prouver qu'on ne reste pas inactif. En réalité, avant de recommander la planification de ces nouvelles approches, il faudrait commencer par :

- procéder explicitement à un examen et à une évaluation approfondis des hypothèses postulées et des ressources disponibles;
- s'assurer, pour chacune des stratégies envisagées, qu'elle reflète non seulement ce que les parties prenantes pensent et veulent mais aussi ce qu'elles sont prêtes à faire en assumant la responsabilité.

L'Encadré 20 donne des exemples de la gamme des méthodes susceptibles d'être adoptées dans ce domaine.

Encadré 20

Quelques exemples de la combinaison de plusieurs interventions

Un projet de l'YWCA conduit au Botswana sous le nom d'YWCA/PACT, a commencé sous la forme de l'action menée par des pairs éducateurs dans les écoles secondaires de Gaborone avant d'être étendu aux jeunes non scolarisés, aux familles et aux communautés; dans le cadre de ce projet, une émission interactive était diffusée chaque semaine par la radio locale, sous le titre de *Teen chat*; les jeunes chargés de fonctions d'éducateur travaillent en liaison étroite avec le Projet relatif à la santé génésique des adolescents, lequel s'inscrit dans le cadre du Programme de marketing social du Botswana. Ce programme aide d'autres organisations de jeunes à mettre en place des programmes pour la formation des futurs enseignants et travaille avec le ministère de la Formation professionnelle à l'élaboration d'actions confiées à des pairs éducateurs au profit d'adolescents sans emploi. Le programme fait appel au partage de l'information et à l'acquisition d'aptitudes par les jeunes. Par son recours aux médias et grâce à la mobilisation du soutien de la communauté, le programme a également contribué à l'instauration d'un environnement plus favorable. Il travaille en partenariat avec divers organismes de l'administration, ainsi qu'avec le secteur commercial.

En Gambie, le projet Youth Front against Drug and Alcohol Abuse (Le Front des jeunes contre l'alcool et la drogue) s'attaque aux problèmes de santé et aux autres problèmes qui sont aggravés par la pauvreté, le manque d'éducation et le chômage en proposant des solutions de remplacement positives (soins de santé primaires, soutien éducatif, activités récréatives et culturelles, conseil psychologique, préparation à un métier et placement). Il vise également les jeunes qui ont quitté l'école en leur proposant des cours de rattrapage et il gère un programme d'alphabétisation à l'échelle du pays tout entier. Les organisations participantes appartiennent aux secteurs de la santé, de l'éducation, de l'emploi et de la communication.

Encadré 20 (suite)

Un projet sanitaire et éducatif mené en Belgique sous le nom *Je mange bien à l'école* (C. Vandoorne, A. Poumay & M.L. Nieuwenhuyse, données non publiées, 1995) a pour objectif d'améliorer l'état nutritionnel des écoliers dans 39 établissements liégeois et a contribué à obtenir des magasins d'alimentation du secteur privé qu'ils ne vendent que des boissons et des repas rapides reconnus comme sains pour les enfants. Il en va de même pour des entreprises chargées d'approvisionner les cantines scolaires.

Aux Philippines, l'UNICEF appuie de nombreux projets concernant les enfants pauvres des villes, spécialement les enfants de la rue. Les stratégies appliquées sont les suivantes : promotion de l'éducation et protection de l'intégrité physique; accès aux services de santé; développement des moyens d'action des prestataires de service, des familles et des communautés; interventions en milieu scolaire relatives à la nutrition, à l'éducation sanitaire et à l'infection à VIH/MST; enfin, élaboration de la politique générale grâce à l'aide apportée à la Commission nationale de la jeunesse dans l'analyse et l'actualisation de la législation.

La participation du secteur commercial renforce encore l'approche multisectorielle de la programmation. De par son implication même, la communauté des entreprises partage avec les pouvoirs publics et les ONG la responsabilité de l'exécution et (ou) de l'appui des programmes. S'il était systématique, l'établissement de partenariats durables et efficaces entre les différents secteurs impliqués dans l'exécution des programmes et (ou) leur appui pourrait à l'avenir, grâce à l'apport de chacun d'eux, élargir la base sur laquelle repose la formulation des politiques générales. Grâce à son expérience pratique de ce qui rend les entreprises viables — à savoir la capacité de s'adapter à l'évolution de l'environnement de façon dynamique et novatrice par la restructuration de son organisation — le secteur commercial pourrait contribuer à la durabilité accrue des programmes.

Au Botswana, le Projet relatif à la santé génésique des adolescents (*Tsa Banana*) (P. Hickey, données non publiées, 1995) s'inscrit dans le cadre du Programme national de marketing social et constitue un exemple d'initiative multisectorielle faisant appel au secteur commercial. Le programme est exécuté par une ONG locale, PSI Botswana. Il se déroule dans les villes d'importance moyenne et comporte trois volets destinés aux jeunes de 13 à 18 ans : a) une campagne dans les médias concernant la protection de la santé génésique (continence, utilisation du préservatif masculin, contraception féminine, double protection, visite au dispensaire pour un examen préliminaire à l'adoption de la contraception hormonale, etc.); b) vente de préservatifs masculins dans le commerce et dans les dispensaires, en visant plus particulièrement les jeunes grâce à l'action promotionnelle de pairs éducateurs et autres; c) constitution d'un réseau d'orientation/recours réunissant des commerçants détaillants, des employés de dispensaire, des jeunes, des enseignants et des parents afin de développer l'utilisation des services cliniques par les adolescents.

Encadré 20 (suite)

Par l'intermédiaire de son Centre for Family Initiatives, la Société Tata Iron and Steel, une importante entreprise de Jamshedpur en Inde (D. Dey, données non publiées, 1995) s'intéresse aux jeunes célibataires ou nouveaux mariés (de 14 à 18 ans) qui habitent dans la zone périphérique et les bidonvilles proches de la société ou dont les parents font partie de son personnel. Le centre s'efforce d'établir un modèle d'action entrepreneuriale afin de sensibiliser les jeunes aux questions de santé sexuelle et génésique et de mieux les informer grâce au recours à l'IEC (y compris les médias) et aux services de santé, dans un environnement culturel qui ne favorise pas les discussions franches. Il s'agit là d'un effort novateur mené depuis plus de 10 ans avec l'objectif à long terme d'empêcher ou réduire au minimum les mariages d'enfants, les relations sexuelles avant le mariage, les grossesses chez les jeunes filles non mariées et la mortalité maternelle chez les adolescentes. La société procure un revenu au centre en l'aidant à faire jouer les pièces de sa troupe de théâtre constituée de jeunes chômeurs. En outre, elle aide d'autres organisations à lancer des programmes de sensibilisation par un soutien en espèces et (ou) en nature. Le succès remporté dans la satisfaction des besoins des jeunes est indéniable, vu que le centre a pu développer son action au profit d'autres groupes, par exemple des étudiants de collège universitaire, des membres de clubs de jeunesse et des recrues de la police et de l'armée.

Un autre exemple de projet novateur organisé par une société consiste dans le programme d'éducation par la presse qui a été lancé par le *Times of India* (J. Kaur, données non publiées, 1995). Le public concerné est formé d'élèves de 11 à 18 ans de trois grandes villes qui assistent à des ateliers éducatifs portant sur de nombreux sujets — prévention de l'infection par le VIH, nutrition, relations avec les autres, etc. — et utilisent le journal pour s'instruire.

6.6 Respect de la diversité culturelle

Il existe des rapports importants entre identité culturelle et développement des adolescents. Comprendre sa propre culture est un élément qui compte beaucoup dans l'exploration de sa propre identité, laquelle est l'un des aspects du processus global de développement. Quand un adolescent comprend qui il est et quelle est sa place dans son environnement matériel et social et que, de surcroît, il est conscient de sa culture, son sentiment d'appartenance peut s'en trouver beaucoup renforcé, et c'est là précisément l'un des besoins fondamentaux des adolescents que la programmation vise à satisfaire.

L'adolescence est une période capitale pour faire comprendre au jeune que tous ne sont pas identiques et lui faire assimiler l'idée de tolérance. C'est un âge où l'on est réceptif aux idées et les jeunes sont plutôt disposés à peser la valeur inhérente des croyances et des

normes de la culture où ils sont plongés. Il est classique que les adolescents soient révoltés contre l'injustice et remettent en question le monde qui les entoure. Mais, pour devenir plus tolérant, il faut trouver auprès d'autres membres de la société des guides et des modèles. Si la programmation à ce stade ne confie pas à des adultes et à d'autres jeunes le soin de jouer le rôle de modèle en matière de tolérance et d'en montrer la justification et l'intérêt, et si, à l'inverse, rien n'est fait pour lutter contre l'intolérance chez les jeunes, ce comportement risque de s'ancrer définitivement. Il est capital que les adolescents apprennent à tolérer les différences culturelles si l'on veut pouvoir espérer davantage de tolérance dans l'ensemble de la société à la génération suivante.

Une programmation qui est empreinte d'une atmosphère de respect contribue également à créer chez les adolescents un sentiment de sécurité, vital pour leur développement en bonne santé. Chaque fois que des jeunes vivent dans un environnement marqué par l'intolérance à l'égard des autres cultures, l'importance de la programmation à ce sujet s'en trouve accrue d'autant. De nombreux adolescents, spécialement les membres de minorités ethniques, sont contraints de vivre dans deux cultures — celle de leur famille et celle, dominante, de l'ensemble de la société. En incitant ces jeunes à connaître leurs propres valeurs et à savoir respecter les autres cultures, on les aide à garder leurs racines tout en s'adaptant dans la mesure nécessaire pour bien fonctionner dans la société où ils vivent.

La prise de conscience et le respect fondamental des différences individuelles et culturelles qui existent chez les jeunes et les adultes, sont des caractéristiques que l'on trouve dans les approches programmatiques couronnées de succès (34). Quand la programmation manifeste son respect pour la diversité culturelle, elle reconnaît implicitement la valeur personnelle de tous les participants et le rôle que le sentiment de son identité culturelle joue dans le développement de l'adolescent. Une programmation qui respecte la valeur inhérente des différentes cultures et le besoin fondamental, chez l'adolescent, d'explorer l'aspect culturel de son identité, contribue à l'épanouissement du sentiment d'appartenance, autre aspect critique du développement de l'adolescent. Un environnement social de ce type renforce le potentiel de la programmation à promouvoir le développement.

Dans toute culture, il faut que le processus de la programmation explore et explique de quelle façon des traditions culturelles différentes influent sur les adolescents, car si les pratiques culturelles sont souvent bénéfiques et méritent d'être renforcées, certaines ont une influence néfaste sur la santé.

Quand la diversité culturelle est respectée, les interventions ont des chances accrues d'être efficaces auprès des adolescents, et cela pour trois raisons :

- S'ils sentent qu'on accorde de l'importance à leurs valeurs culturelles traditionnelles, les parents et d'autres membres de la communauté sont *a priori* plus ouverts aux nouvelles méthodes, par exemple les techniques de discussions participatives ou l'examen des questions de santé génésique, et plus confiants dans leur efficacité.
- Des adolescents qui sentent que leur expérience culturelle subjective est prise en considération et respectée, devraient normalement contribuer davantage au processus de la programmation puisque, au lieu d'en être les simples bénéficiaires, ils peuvent y jouer un rôle de planificateur et d'animateur.
- Lorsqu'on comprend pourquoi les jeunes courent le risque d'adopter tel ou tel comportement néfaste, la programmation a des chances accrues de déboucher sur des interventions efficaces. L'évaluation des comportements à risque et des problèmes de santé qui en découlent est plus complète lorsqu'on tient compte des facteurs culturels influant sur les comportements (par exemple la toxicomanie) (59).

La programmation peut refléter le respect de la diversité culturelle de très nombreuses façons, dont certaines sont résumées dans l'Encadré 21.

Encadré 21

La programmation et le respect de la diversité culturelle

La programmation peut refléter le respect de la diversité culturelle de diverses façons :

- En reconnaissant que le mot «culture» peut avoir des sens différents pour les jeunes — le sentiment qu'un adolescent a de son identité culturelle est la résultante de nombreux éléments, dont la race, l'ethnie, la langue et la nationalité. Cette identité résulte également de la nature des groupes de personnes avec lesquelles l'adolescent partage les mêmes valeurs, normes, traditions et coutumes (200). Un adolescent peut avoir le sentiment de faire partie de la même culture que ses parents mais d'appartenir en même temps à une ou plusieurs cultures de jeunes représentées par les groupes avec lesquels il partage certains intérêts, croyances et activités.
- En veillant à ce que chacune des phases du processus programmatique fasse de la diversité culturelle un facteur important — par exemple, il faut réunir des données au sujet des intérêts et des besoins des jeunes qui appartiennent aux diverses cultures en cause. Au stade de l'évaluation, on fera des observations sur l'influence

Encadré 21 (suite)

qu'exercent sur les adolescents les pratiques des différentes cultures. Lors de la fixation des priorités, on appréciera les besoins et les problèmes des jeunes de tous les groupes culturels. Des jeunes représentant les différentes cultures doivent participer à la planification et siéger dans des équipes consultatives de jeunes. Il faut explorer les expressions de la diversité culturelle, par exemple l'habillement, la langue, les contes et proverbes, les principales fêtes, religieuses ou autres, et les inclure dans les approches et interventions au stade de l'exécution du programme. On peut faire en sorte que l'évaluation tienne compte de la façon différente dont les personnes interrogées réagissent, selon leur culture, aux instruments écrits et verbaux utilisés pour la surveillance et l'évaluation. Enfin, il faut confier à des personnes jugées appropriées le soin de poser certaines questions ou de discuter avec certains groupes. Il est possible d'élaborer et d'utiliser des indicateurs pour voir dans quelle mesure la programmation reflète effectivement le respect de la diversité culturelle (199).

- En témoignant, tout au long du processus de la programmation, de la valeur qu'on accorde à l'héritage culturel des intéressés et aux pratiques sociales qui en découlent. Dans chaque pays et à l'intérieur des communautés locales, les traditions culturelles, les croyances et les pratiques corrélatives contribuent beaucoup à modeler l'environnement social de l'adolescent.
- Lorsqu'il est indispensable de mettre fin à une pratique culturelle néfaste pour les adolescents, il faut, pour témoigner de son respect à l'égard des différentes cultures, commencer par essayer de comprendre cette pratique dans le contexte de la culture considérée. L'examen des objectifs de l'action menée se révèle plus efficace quand il est conduit dans ce même respect. Quand il est nécessaire de modifier certaines pratiques culturelles, il est essentiel que la nature des changements à y apporter et la façon d'y parvenir ne soient pas imposées de l'extérieur (200).
- Il importe d'envisager des activités de substitution qui permettent d'atteindre le même objectif ou comportent le même symbolisme sans être nocives. Un processus témoignant du respect de la culture fonctionne aussi avec la communauté pour l'encourager à trouver des idées et des solutions qui débouchent sur des activités reflétant le symbolisme souhaité. Le soutien de nombreux membres de la communauté — chefs, notables, adolescents et adultes — est indispensable pour faire bouger les choses. La vision que chaque culture a de l'homme et de la femme est en rapport avec la signification culturelle des rites de passage, par exemple; de même, il faut notamment comprendre comment les attitudes à l'égard des deux sexes influent sur la pérennité de pratiques comme les mutilations sexuelles féminines pour découvrir les meilleures façons de faire évoluer la situation dans la culture considérée (200).
- En prenant le temps, lors de la programmation, d'examiner l'influence de la culture sur les adolescents et la responsabilité qu'ils accordent à cette influence dans leurs comportements en matière de santé.

De tous les problèmes qui se posent lorsqu'on cherche à améliorer la santé des adolescents, le plus négligé est sans doute celui de la différence du système de valeurs selon la culture, spécialement quand ces valeurs restent implicites. Comme la promotion de la santé des adolescents représente un souci relativement nouveau, elle risque d'être considérée comme un élément étranger à la culture, imposé de l'extérieur, auquel cas les interventions visant les adolescents suscitent une hostilité durable. On se trouve ainsi conforté dans la conviction fausse que les jeunes, surtout lorsqu'ils sont exposés à des idées venues d'autres cultures, seraient opposés aux valeurs essentielles de leurs aînés. La façon la plus efficace de résoudre la question consiste à demander à des personnes concernées (y compris des jeunes) leur opinion sur l'avenir qu'ils souhaitent pour leur jeunesse et de travailler à la recherche d'un consensus. En réalité, les observations donnent tout lieu de penser que les jeunes partagent les valeurs essentielles des adultes appartenant à la même culture, en dépit de quelques différences éphémères. Il existe en revanche d'autres différences profondes d'une culture à l'autre : la mesure dans laquelle l'autonomie des adolescents est jugée souhaitable; la valeur accordée à un système d'interaction humaine de type coopératif plutôt que compétitif; et l'importance de la famille en tant que principale source d'autorité.

Certains programmes ont permis de faire évoluer des pratiques nocives telles que les mutilations sexuelles féminines (201) en tenant compte du contexte culturel et en respectant les aspects positifs des rites de passage sans toutefois hésiter à s'attaquer aux traditions nocives pour les adolescents. Les programmes de ce genre ont témoigné d'un respect vis-à-vis de la culture puisqu'ils ont aidé la communauté à évoluer de l'intérieur en trouvant d'autres modalités pour les rites de passage qui ne soient pas néfastes pour les adolescents.

En Tanzanie, la Family Planning Association of Tanzania (UMATI) offre un exemple de programmation où l'on a respecté les attitudes culturelles locales et le sentiment des parents au sujet de l'éducation sexuelle des jeunes et réussi à mobiliser le soutien des parents et de la communauté plus généralement en faveur de l'activité (information et conseil) de pairs éducateurs dans le domaine de la santé génésique. Des réunions de sensibilisation de la communauté ont précédé le début des diverses actions, à savoir l'éducation par les pairs, la distribution de contraceptifs et l'orientation vers des services de santé.

6.7 Renforcement de la gestion des programmes

Pour que la programmation réponde pleinement aux caractéristiques examinées ci-dessus, certains problèmes délicats doivent être résolus : mettre fin aux controverses que soulèvent fréquemment les questions sensibles abordées dans les programmes; entreprendre des activités dans de multiples secteurs, ce qui exige une collaboration et souvent une coordination; faire en sorte que les différences entre les perspectives de développement des jeunes et des adultes soient prises en compte quand les premiers participent à la planification et à l'exécution des activités du programme; identifier les aptitudes, les compétences et la formation nécessaires pour mener une série déterminée d'interventions et recruter des personnes qui aient le profil correspondant; enfin, assurer la coordination de l'ensemble de l'opération.

Des raisons impérieuses exigent que les programmes relatifs à la santé et au développement des adolescents fassent l'objet d'une gestion rigoureuse et renforcent cette fonction largement sous-estimée :

- Les programmes relatifs à la santé et au développement des adolescents sont sans doute plus complexes et certainement plus difficiles à mettre en œuvre que de nombreux autres types de programmes de santé et de protection sociale. Leur complexité tient à leur caractère multidimensionnel : dans la meilleure des hypothèses, ils portent sur de multiples problèmes de santé et assurent la synthèse et l'articulation d'interventions menées dans différents contextes. Cette complexité fait que la gestion doit porter sur de nombreux paramètres dont chacun est indispensable à la réalisation des objectifs du programme. La conséquence est qu'il faut consacrer davantage de temps et d'efforts aux activités de gestion et de coordination.
- De nombreux programmes fonctionnent avec un budget limité (et dont la reconduction n'est pas garantie), de sorte que la prudence et l'économie s'imposent. La seule solution consiste dans une gestion rigoureuse, fondée sur l'efficacité, l'efficience et la transparence.
- Bien que ce soit essentiel, il est souvent difficile d'obtenir un engagement financier et politique irrévocable en faveur de la programmation relative aux jeunes, du fait de sa nature controversée. La santé sexuelle et la santé génésique, la toxicomanie et la violence, entre autres problèmes relevant de la programmation, comportent une forte charge affective. Les parents et tous ceux dont le concours est nécessaire sont souvent réticents à soutenir des programmes qui reflètent des prises de position opposées aux leurs. En pareil cas, la gestion revêt un rôle capital car la survie et

l'autosuffisance du programme ne peuvent être garanties que si l'on parvient à établir une stratégie méticuleuse pour nouer des relations solides avec le milieu extérieur. Dans certains programmes, on est arrivé non seulement à obtenir le soutien tacite de la communauté mais aussi à la faire participer effectivement à la conception du programme.

- Plusieurs raisons expliquent l'importance capitale d'une surveillance et d'une évaluation systématiques des résultats d'un programme. Etant donné la nature controversée des programmes relatifs aux jeunes, la surveillance et l'évaluation fournissent des données qui permettent d'affirmer le succès, et donc l'efficacité, de l'action entreprise. La preuve ainsi apportée est un moyen puissant pour obtenir l'attribution de fonds et l'édification d'une base financière et politique plus stable. En outre, ces deux fonctions gestionnaires fournissent une information en retour qui peut faciliter les efforts visant à :
 - améliorer l'efficacité du programme sur le plan technique et en renforcer l'impact;
 - améliorer l'efficacité du programme sur le plan financier, par exemple en repérant et en mettant en évidence le coût supporté par adolescent atteint, qui peut ensuite être ramené à un niveau tolérable;
 - parvenir à l'autosuffisance technique et financière;
 - atteindre l'ampleur souhaitée.

Les gestionnaires sont parfois peu enclins à essayer de connaître et d'évaluer la qualité et la couverture du programme, en partie à cause des problèmes qui découlent de la complexité de celui-ci. Pourtant, il est impératif, pour le suivi des activités actuelles et de leur développement futur, que la direction parvienne à convaincre le personnel que la surveillance et l'évaluation sont des activités prioritaires et, dans le même temps, élaborer des systèmes garantissant l'exercice habituel de ces deux fonctions.

- Quand les programmes mettent l'accent sur l'approche participative et utilisent des jeunes comme membres du personnel ou comme bénévoles, une fonction qui mérite une attention particulière consiste dans la direction des ressources humaines, et cela pour deux raisons : le caractère moins expérimenté de cette main-d'œuvre et le taux de renouvellement relativement élevé du personnel puisque les jeunes quittent le programme quand ils deviennent plus âgés. Les gestionnaires doivent donc mettre en place des systèmes novateurs et efficaces qui permettent de prendre en charge un grand nombre de personnes dans les domaines du

recrutement, de la mise au courant et de la formation, et de la motivation. Ces systèmes doivent assurer des rémunérations au personnel et des incitations aux bénévoles qui soient convenables par comparaison avec l'extérieur et équitables sur le plan intérieur. En plus des autres catégories de personnel, il faut s'efforcer de repérer, sélectionner, recruter et rémunérer ou dédommager des jeunes ou des bénévoles, et, dans certains cas, veiller à remonter le moral du personnel permanent constamment obligé d'établir de nouvelles relations de travail. Le service chargé de la formation est parfois plus actif dans ce cas que dans celui des programmes non participatifs où l'on travaille avec d'autres groupes de population. L'attention que la direction porte à ce réseau de ressources humaines nécessaires au programme, constitue la base d'une action solide.

On trouvera ci-dessous deux exemples de programmes relatifs à la santé et au développement des adolescents, dont le succès a été salué par les spécialistes. C'est principalement l'attention particulière portée aux aspects gestionnaires qui explique leur efficacité durable, leur extension à l'échelle nationale et une évolution qui tend à en faire des programmes permanents.

SERVOL, une ONG nationale fondée en 1972 à Trinité-et-Tobago, «doit sa création à la nature spécifique des besoins que connaissent en matière de développement et d'éducation les nombreux enfants qui habitent des zones défavorisées» (202). Elle gère, parmi une multitude d'autres programmes de développement communautaire, un Programme pour le développement des adolescents qui vise les «adolescents non motivés, découragés et battus» et a atteint les objectifs fixés, à savoir inculquer à ces jeunes une meilleure connaissance de soi-même, des attitudes positives et des qualifications facilitant la découverte d'un emploi. Depuis son origine, SERVOL a pour philosophie d'aider les enfants défavorisés à s'aider eux-mêmes et à devenir des adultes productifs qui apportent leur contribution à la communauté. La grande importance accordée par SERVOL à la gestion, a considérablement aidé cette ONG à accomplir sa mission. Elle a repéré les problèmes de gestion qui constituent des priorités sur le plan organisationnel et programmatique puis élaboré et appliqué des stratégies et des systèmes appropriés pour que ces priorités soient réellement considérées comme telles. Elles sont au nombre de quatre :

- Autonomie financière — SERVOL a fait appel à des gestionnaires qualifiés en leur laissant le temps nécessaire pour élaborer et mettre en œuvre une stratégie réaliste qui permette de se passer

progressivement de l'aide des donateurs, selon un calendrier précis. La progression régulière vers cet objectif doit beaucoup à la transparence financière.

- Soutien de la communauté grâce à la constitution de réseaux et à la participation — l'ONG applique le principe selon lequel l'efficacité dépend de la capacité à travailler avec le secteur public et d'autres groupes et à partager avec eux pouvoir et responsabilités. Par exemple, pour étendre à l'ensemble du pays les centres communautaires de soins et d'éducation au profit des enfants et les centres de développement au profit des adolescents, il a fallu assurer une répartition subtile des pouvoirs au moyen de deux mécanismes qui renforcent l'un et l'autre le droit de regard des communautés sur les centres :
 - au départ, l'«écoute attentive» des besoins, demandes et problèmes essentiels de la population visée, des parents et de la communauté grâce à l'organisation par SERVOL de réunions communautaires consacrées à l'analyse de la situation (ainsi ont été jetées les bases sur lesquelles concevoir des interventions respectueuses vis-à-vis de leurs bénéficiaires);
 - l'appui de la mise en place d'une structure, le conseil éducatif de village, pour chacun des centres. Ce conseil fournit ses locaux au centre, facilite l'inspection du personnel enseignant du centre et s'occupe des questions administratives et budgétaires (202).

En assurant la formation continue du personnel des conseils, SERVOL a accru leur compétence technique et, par là même, renforcé leur capacité à gérer les centres.

- Surveillance et évaluation — l'ONG a fait des efforts concertés et systématiques pour surveiller et évaluer le bon déroulement du programme à différents niveaux. C'est ainsi que les cours de formation qu'elle organise font l'objet d'une évaluation de la part à la fois de spécialistes externes et des participants eux-mêmes, destinée à améliorer les cours et à accroître le niveau des instructeurs. Autre exemple, s'agissant, des résultats obtenus grâce au Programme d'éducation des parents, il a été noté que la «croissance» des très jeunes parents et de leurs enfants avait été «rapide et gratifiante» (203). Au niveau opérationnel, la qualité du Programme de développement des adolescents peut s'évaluer en dernière analyse d'après le nombre d'employés formés par SERVOL que recrutent les entreprises. Or, selon une évaluation de 1985, les entrepreneurs ont préféré les diplômés de SERVOL, malgré leur formation universitaire limitée, à des «chercheurs d'emploi» au chômage «titulaires de diplômes supérieurs». La conclusion a été que les anciens élèves de SERVOL étaient

généralement plus confiants dans leurs propres capacités et plus disciplinés que d'autres employés d'origine sociale et de niveau éducatif comparables et même, bien souvent, que des employés plus diplômés. Le succès ainsi constaté a eu des retombées bénéfiques en permettant à l'organisation de s'engager sur la voie de l'autonomie financière grâce à l'attention des milieux nationaux et internationaux. Le financement de SERVOL s'en est trouvé facilité, et de nouveaux programmes lui ont été demandés.

- Système de direction des ressources humaines — la gestion des ressources humaines de SERVOL est fondée sur l'idée a priori qu'on peut et doit exploiter la capacité de chacun à s'élever dans la hiérarchie jusqu'à des postes de responsabilité en mettant en place un programme interne de formation continue et en assurant des possibilités de promotion au sein de l'organisation. En témoigne le fait que plus de 80% des cadres de SERVOL sont nommés par voie interne. La direction est acquise au principe des promotions internes et veille à ce que personne ne «s'endorme dans la routine» (188). C'est manifestement une raison puissante pour que chacun serve l'organisation au maximum de ses possibilités et pour que le taux de rotation du personnel soit réduit.

Le Programme relatif à la santé des adolescents qui relève du Ministère chilien de la Santé constitue un autre exemple du rôle capital de la gestion dans le déroulement, la survie et extension des programmes. Dans ce pays, les systèmes gestionnaires ont joué un rôle décisif, notamment :

- en faisant partager les principes et les objectifs retenus sur le plan organisationnel par l'ensemble du personnel, indépendamment du niveau hiérarchique de chacun;
- en permettant une communication et une coordination bilatérales et tournées vers l'avenir entre les instances régionales et le personnel local grâce à un système de décentralisation efficace, ainsi qu'entre les différents secteurs concernés.

La tâche était spécialement ardue vu que le programme s'attaque à de nombreux types de problèmes de santé et fonctionne à plusieurs niveaux dans l'ensemble du pays, sans compter qu'il est de nature multisectorielle puisqu'il fait intervenir plusieurs ministères responsables de projets ou de composantes axés sur les jeunes ainsi qu'un ensemble très actif d'ONG.

En outre, le succès du programme peut être attribué en grande partie à la décision concrète de rendre les gestionnaires responsables de la survie de leur propre programme, quel que soit le niveau où ils travaillent. La conséquence est que chacun se sent directement

responsable et incité à s'inspirer des stratégies du monde de l'entreprise pour mobiliser les ressources humaines et financières.

6.8 Encouragement d'attitudes et de comportements positifs chez les adultes

Les adultes jouent un rôle décisif dans le développement d'adolescents en bonne santé et peuvent contribuer à l'instauration d'un climat favorable à l'adoption par les jeunes de comportements positifs en nouant avec eux des relations qui témoignent de leur implication et de leur affection et en établissant des communications sur des sujets importants relatifs à la santé et au développement. Les adultes jouent un rôle de premier plan dans la vie des jeunes, et cela de nombreuses façons : leur rôle fondamental de parents, les premiers à s'occuper des jeunes au sein de la cellule familiale; leurs contacts avec des jeunes en qualité d'enseignants, d'agents de santé, de travailleurs sociaux ou de responsables dans le contexte religieux ou dans d'autres groupes et organisations communautaires; leurs fonctions de cadres en milieu professionnel ou d'interlocuteurs dans les relations, par exemple, avec le système juridique, la police ou la justice.

Les relations entre jeunes et adultes dans chacun des rôles ci-dessus, influent sur la vie des jeunes et font partie de leur environnement social. Quand les adultes manifestent une attitude positive vis-à-vis des jeunes et qu'ils témoignent, par leur comportement, le souci qu'ils ont du bien-être et du développement d'adolescents en bonne santé, ils facilitent chez ces derniers le développement de l'estime de soi, du sentiment d'appartenance et de la capacité à entretenir des relations empreintes d'affection. On sait de longue date qu'une réaction positive constitue une motivation plus puissante qu'une réaction négative. Les adultes qui savent déceler ce qu'il y a de bien chez un jeune ou dans son comportement, peuvent davantage l'aider à adopter durablement un comportement constructif, établir des relations bénéfiques et réduire ou éliminer les relations néfastes.

Les travaux montrent certes que des jeunes du même âge — les «pairs» — peuvent contribuer à combler l'ignorance des adolescents au sujet du VIH/SIDA et les aider à changer de comportement; cependant, plusieurs études réalisées dans le cadre du programme du Centre international de recherche sur la femme au Brésil, au Mexique, en Thaïlande et au Zimbabwe, montrent clairement que les jeunes sont désireux et ont besoin de communiquer avec des adultes en qui ils aient confiance. Traditionnellement, les adultes tiennent une large place dans l'éducation sexuelle des jeunes et dans leur

orientation dans ce domaine. Pourtant, les travaux de recherche montrent que différents facteurs ont amené les adultes à jouer un rôle moins actif dans ce domaine. «Le problème consiste à aider les familles et les communautés à définir pour les adultes de nouveaux rôles qui tiennent compte de l'évolution des besoins physiques et affectifs des jeunes des deux sexes dans le contexte actuel de l'épidémie du VIH/SIDA» (42).

Les responsables de la programmation doivent se préoccuper de la qualité des relations entre les adultes et les jeunes afin de contribuer à l'établissement d'un climat favorable au développement des adolescents et d'encourager et permettre l'adoption de comportements positifs par les jeunes. Ils doivent aussi s'interroger sur la nature des interventions nécessaires quand les adultes ne répondent pas aux besoins essentiels des jeunes ou ne respectent pas leurs droits fondamentaux.

Le comportement des adultes influe sur celui des jeunes. Outre qu'ils sont vivement intéressés et fortement influencés par les idées, les attitudes et les comportements de leurs pairs, les adolescents n'échappent pas à la tentation d'imiter leurs parents s'agissant de comportements tels, par exemple, que le tabagisme, l'usage de la drogue ou la pratique régulière d'un exercice physique. Il faut encourager les adultes à être des modèles positifs pour inciter les jeunes à adopter des comportements responsables.

L'attitude des parents vis-à-vis de la programmation à laquelle leurs enfants sont susceptibles de participer, influe sur le degré de participation effectif. Quand les parents se montrent favorables, ils poussent les adolescents à s'engager pleinement et ils contribuent à faire accepter les idées et les comportements mis en avant par la programmation. Pour obtenir que les jeunes participent à la programmation, il est essentiel d'aider les adultes, d'une part, à comprendre les avantages qui peuvent en découler et, d'autre part, à adopter les attitudes et acquérir les compétences nécessaires pour coopérer avec des jeunes à la planification des rôles et à l'exécution des programmes.

La philosophie de la participation des jeunes n'est pas en contradiction avec l'importance capitale du rôle que les adultes jouent dans la vie des jeunes et dans la programmation relative à la santé des adolescents. Ce qui est vrai, en revanche, c'est que cette philosophie favorise l'attribution aux jeunes et aux adultes d'une «place égale autour de la table», ainsi qu'une distribution appropriée des tâches et des responsabilités sur la base des aptitudes, de la formation et de l'expérience nécessaires pour les différents aspects de

la programmation. La participation de jeunes n'implique nullement que les adultes renoncent à leur part de responsabilité en matière de programmation : elle constitue simplement la preuve que les adultes sont prêts à relever le défi d'une collaboration avec les jeunes, apportent les fruits de leur expérience et acceptent de voir leurs opinions contestées.

La participation de jeunes à chacun des stades de la programmation peut être rendue plus profitable grâce aux directives, à la formation, à l'encadrement et aux encouragements des adultes.

Un exemple qui en témoigne clairement consiste dans une évaluation des activités de la Société ghanéenne de la Croix-Rouge et l'Association des scouts du Ghana; elle a permis de constater que le soutien des adultes de l'équipe chargée du projet — notamment sous la forme constante de visites et de confrontations d'idées et de points de vue — avaient beaucoup contribué à entretenir la motivation des pairs éducateurs engagés par ces organisations. En outre, la formation, l'encadrement et le soutien des pairs éducateurs ont été importants pour les aider à développer leurs compétences et conserver leur motivation (130).

En résumé, à mesure que des pays de plus en plus nombreux font de la santé des adolescents un champ d'action important, il apparaît indispensable d'adopter un cadre stratégique pour la programmation. Comme on l'a vu dans la présente section et dans celles qui précèdent, si la connaissance des principes et de la pratique des interventions efficaces progresse rapidement, l'expérience est moindre en ce qui concerne la programmation au niveau national, spécialement pour ce qui est de lancer des activités efficaces, d'un coût relativement modique, et susceptibles d'être menées durablement à une échelle suffisante pour répondre aux besoins des jeunes du pays tout entier. Une telle programmation exige un climat général où l'urgence et l'intérêt de ces activités soient reconnus. De nombreux arguments militent en faveur de la santé des adolescents, mais il faut qu'ils soit défendus de façon claire et adaptée aux préoccupations des décideurs de différents secteurs.

En outre, les objectifs et les stratégies de la programmation doivent être sans ambiguïté, réalistes et susceptibles d'une mesure d'efficacité au moyen d'indicateurs appropriés. Il faut également que la programmation soit exempte de rigidité, non seulement pour qu'on puisse tenir compte de la diversité des besoins selon le contexte social mais aussi pour qu'on puisse réagir au changement et tirer les leçons de l'expérience dans ce domaine d'action relativement nouveau. Si aucun de ces aspects ne soulevait de difficulté, il existerait déjà des

programmes relatifs à la santé et au développement des adolescents partout dans le monde. En réalité, les obstacles auxquels sont confrontés tous ceux qui travaillent à améliorer la vie des jeunes sont considérables, sans toutefois être insurmontables. On trouvera dans les lignes qui suivent l'exposé des principaux problèmes à résoudre pour que les organismes du secteur de la santé et leurs partenaires puissent faire de l'adolescence une période nettement plus favorable pour les millions de jeunes que compte le monde d'aujourd'hui.

7. Mobilisation d'un engagement politique

7.1 Généralités

Des progrès considérables ont été réalisés dans de nombreuses régions du monde où l'on est désormais beaucoup plus conscient de l'importance de la santé des adolescents, mais cette évolution commence tout juste à se traduire par la formulation d'une politique générale et l'élaboration de programmes au niveau national. Un soutien international en faveur de la santé des adolescents a été officiellement proclamé dans un certain nombre de réunions de haut niveau, le plus récemment lors de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, au Caire, et de la Quatrième Conférence internationale sur les femmes tenue à Beijing en 1995.

A l'intérieur du système des Nations Unies, ont défini une politique générale concernant les besoins des adolescents sur le plan sanitaire ou attiré l'attention sur ce problème, la FAO, le FNUAP, l'OIT, l'OMS, l'UNESCO, l'UNICEF et la Banque mondiale. Par ailleurs, d'importants donateurs et fondations bilatéraux se sont engagés à soutenir la promotion de la santé des adolescents dans les pays en développement (ainsi que dans le leur, à savoir les Gouvernements des Etats-Unis d'Amérique, de l'Italie, du Royaume-Uni, de la Suède et de la Suisse, ainsi que des fondations qui comptent parmi les principaux participants dans ce domaine, dont les Fondations Rockefeller, Kellogg, MacArthur, Carnegie, Johan Jacobs et la Fondation internationale de la jeunesse. En outre, diverses ONG internationales s'occupant des jeunes ont des représentations nationales extrêmement actives dans ce domaine : il s'agit de l'Organisation mondiale du mouvement scout, de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, de l'Association mondiale des Unions chrétiennes féminines (YCA), de l'Association mondiale des guides et des éclaireuses, de l'Assemblée mondiale de la jeunesse et de la Fédération

internationale pour la planification familiale (IPPF). Il existe aussi dans le monde de très nombreuses ONG de moindre importance qui jouent néanmoins un rôle très appréciable dans la satisfaction des besoins des adolescents sur le plan sanitaire, tandis que des organismes scientifiques et professionnels comme l'Association internationale pour la santé des adolescents et la Société pour la médecine des adolescents méritent pleinement leur appellation.

Dans le cadre du système des Nations Unies, l'adoption d'une politique générale de la santé des adolescents a été encouragée par toute une série d'actions, à savoir la Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF sur la santé génésique des adolescents (204), une série de résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et des Comités régionaux de l'OMS et la constitution à l'OMS d'un service spécialisé à la suite des discussions techniques consacrées à la santé des jeunes lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1989. En outre, la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (qui s'applique aux jeunes de 0 à 18 ans et englobe donc les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, constituent deux importants instruments de portée globale qui ont des répercussions sur la santé des adolescents, de même que le Programme mondial d'action pour les jeunes jusqu'à l'an 2000 et au-delà.

Il est important de noter que de nombreux gouvernements travaillent actuellement à formuler une politique nationale de la santé des adolescents et que certains ont entrepris la mise en œuvre de programmes nationaux relatifs à cette classe d'âge. Si l'intérêt des mesures visant à promouvoir la santé des adolescents est ainsi reconnu, cette évolution traduit aussi le fait qu'on est désormais conscient des coûts multiples et durables qu'entraîne l'*abstention* dans ce domaine. Lentement mais sûrement, la nature des questions posées change : il s'agit moins souvent de savoir *s'il* faut se préoccuper de la santé des adolescents que de savoir *ce qu'il* faut faire et *comment* procéder au mieux.

A mesure que l'engagement dans ce sens s'affirme, les acteurs sont de plus en plus nombreux à s'impliquer dans ce domaine, de sorte qu'il faut désormais que des personnes ayant une solide expérience de la santé et du développement des adolescents contribuent à des initiatives au niveau national. L'une de ces initiatives a été la mise en place dans plusieurs pays d'un groupe de travail national qui se consacre à la santé des jeunes en s'efforçant de promouvoir une connaissance commune de l'adolescence dans le contexte culturel.

Une première étape précieuse peut consister à réunir des personnes de premier plan venues d'horizons divers qui ont une influence sur la santé des adolescents et s'y intéressent (y compris des jeunes eux-mêmes). Ce genre d'initiative peut contribuer à créer un climat où la coopération l'emporte sur la compétition et permettre une meilleure exploitation de l'expertise accumulée dans différentes disciplines et institutions essentielles pour la santé des adolescents. Elle facilitera l'examen de la place qui est en principe accordée aux adolescents dans le monde d'aujourd'hui et l'identification de leurs principaux besoins (et problèmes) en matière de santé et de développement.

Un consensus sur des objectifs communs permet aussi de réduire au minimum les divergences d'opinion sur les moyens à mettre en œuvre. De nombreux pays ont d'ores et déjà recours à ce mécanisme pour planifier les programmes nationaux relatifs à la santé des adolescents. La Malaisie, par exemple, a constitué un groupe de travail national chargé de faire en sorte que le plan d'action relatif aux adolescents soit mis en œuvre par le secteur de la santé en coordination avec d'autres secteurs. Un atelier national sur l'ensemble des problèmes de santé des adolescents s'est réuni à Kuala Lumpur pour proposer les bases d'un plan national, discuter des relations à entretenir avec les autres secteurs concernés par la santé des adolescents et du rôle à leur assigner, et désigner et installer le groupe de travail national.

Il devient de plus en plus urgent de disposer d'une information solide et d'une technologie efficace pour que les décideurs puissent mieux comprendre la situation, le comportement et les relations des adolescents ainsi que les facteurs de risque et les facteurs protecteurs qui ont de l'importance pour le développement et la santé de ce groupe d'âge. En rapprochant les résultats d'une analyse de la situation (voir Encadré 24, section 8) et les principaux arguments qui militent en faveur de la promotion de la santé des adolescents, on dispose d'un instrument puissant pour encourager l'établissement d'une politique générale au niveau national. Etant donné la diversité des besoins des adolescents, il est probable que des instruments de ce type ont leur maximum d'intérêt lorsqu'ils s'inscrivent dans le cadre d'une politique nationale recouvrant l'ensemble des secteurs importants pour les jeunes, à savoir la santé, l'éducation, la jeunesse, la protection sociale, le travail et la justice. Il est alors plus facile d'assurer l'uniformité, la cohésion et l'engagement en faveur de la santé des adolescents et de contribuer à la suppression des obstacles législatifs qui interdisent l'accès des jeunes à des domaines indispensables tels que l'information, l'éducation et l'acquisition d'aptitudes, ainsi qu'à certains services, spécialement en matière de santé génésique. Une telle approche peut aboutir à l'octroi d'un

soutien politique (et souvent financier) aux ONG, fréquemment en pointe dans la promotion de la santé des adolescents, ainsi qu'au renforcement des différents services officiels chargés de prestations aux adolescents.

La formulation d'une politique nationale de la santé des adolescents, est à l'évidence un processus multisectoriel qui a des implications pour l'environnement économique et social des jeunes. Quand cette politique s'appuie sur un engagement résolu des pouvoirs publics, la direction, le financement et le soutien opérationnel s'en trouvent facilités. D'ores et déjà, c'est à la définition d'une politique nationale qu'on doit en partie les réalisations qui sont résumées dans l'Encadré 22.

Encadré 22

Avantages de la formulation d'une politique nationale de la santé des adolescents

- Elle facilite le lancement de programmes — l'existence d'une politique nationale cohérente en la matière peut conduire à la mobilisation des ressources financières, administratives et humaines nécessaires pour que des activités de promotion et de défense de la santé des adolescents soient largement mises en œuvre par des organismes du secteur public et du secteur privé.
- Elle témoigne de l'engagement des pouvoirs publics à l'égard de la santé des adolescents — pour mettre en place au niveau local des programmes efficaces durables destinés aux jeunes, il faut pouvoir compter sur un engagement politique résolu des instances nationales à assurer la direction, le financement et le soutien opérationnel. Un environnement politique réellement favorable à la cause de la santé des adolescents conduit tout naturellement à des politiques et des programmes bénéfiques.
- Elle favorise une prise de conscience des problèmes et des besoins de l'adolescence — une politique nationale active et bien documentée qui défend la cause de la santé des adolescents peut s'étendre progressivement dans les différents niveaux de l'administration et des secteurs privé et public, susciter une meilleure prise de conscience des problèmes de l'adolescence, faire apparaître les domaines où des problèmes se posent et appuyer la revendication d'un soutien accru. Ce processus peut être particulièrement important dans le cas de questions sensibles comme la sexualité et la reproduction.
- Elle fournit un cadre général à l'action — l'introduction d'une politique de l'adolescence peut stimuler une évolution dans de multiples secteurs. Au Brésil, le cadre initial a été établi par la nouvelle Constitution et par le Code de l'enfance et de l'adolescence établi à sa suite. Ce cadre définit le groupe des adolescents par des âges limites et lui confère à la fois des droits et des obligations. Par exemple, le

Encadré 22 (suite)

Code stipule que les jeunes ont droit à une protection sur le plan sanitaire (Titre II, Chapitre 1^{er}, Article 7). Une politique ultérieure, plus précise, élaborée conjointement par les ministères de la Santé et de l'Éducation (Arrêté interministériel N° 79.996) a complété les dispositions du Code en demandant la mise en œuvre à l'école d'un projet éducatif portant sur la prévention de l'infection à VIH de façon que les jeunes apprennent à protéger leur propre santé (C. Hanson, données non publiées, 1995).

- Elle assure une approche institutionnalisée de l'adolescence — en reflétant l'engagement des pouvoirs publics, l'élaboration d'une politique générale dans ce domaine fait des problèmes de l'adolescence une priorité constante, dont le respect peut être imposé. Il faut bien entendu que les politiques adoptées fassent l'objet de textes officiels servant d'éléments de référence, mais les programmes nationaux permettent d'aller encore plus loin puisqu'ils institutionnalisent une approche centrée sur les adolescents en mettant ces politiques en pratique. Les programmes nationaux constituent un lien entre la politique générale et les sources de financement, les responsabilités administratives et les ressources humaines nécessaires à l'application des politiques. A la différence d'une politique isolée, un ensemble de politiques comme on en trouve inmanquablement dans un programme national permet de prétendre à l'attribution d'une ligne budgétaire régulière qui en garantisse la mise en œuvre et donne la possibilité de retenir et de développer les ressources humaines.
- Elle facilite le renforcement de la collaboration multisectorielle — l'élaboration d'une politique nationale de la santé des adolescents donne à des professionnels d'horizons divers l'occasion de procéder à l'examen, conjointement avec des adolescents, des besoins et des priorités tels qu'ils sont perçus par les intéressés eux-mêmes et d'introduire un plan d'action qui ait l'agrément de tous et laisse à chacun une part d'initiative. La poursuite de la collaboration entre les organismes de l'administration et les secteurs public et privé, est capitale pour le succès d'un programme national. Au Costa Rica, les représentants de différents ministères, de l'OMS, de la Sécurité sociale et de l'Université du Costa Rica ont collaboré à l'évaluation de la situation des adolescents dans le pays et proposé les grandes orientations du futur programme national. Ce dernier, qui relève aujourd'hui de la Sécurité sociale, s'efforce constamment d'obtenir le concours d'organismes extérieurs (C. Hanson, données non publiées, 1995).
- Elle fournit le cadre général du changement politique — les programmes nationaux constituent un point sans équivalent à partir duquel évaluer l'ampleur et l'impact des activités menées en faveur des jeunes dans le pays. L'examen des objectifs des programmes permet de faire ressortir le but visé, tandis que les indicateurs relatifs à la politique et à l'état de santé donnent une idée de la situation du moment. L'analyse du décalage entre ces deux scénarios fournit un cadre rationnel au changement politique.

L'analyse de l'exécution des programmes qui ont été lancés au Brésil et au Costa Rica à la suite de l'adoption d'une politique nationale de la santé des adolescents, semble montrer qu'un certain nombre d'éléments conditionnent absolument l'efficacité de cette politique (C. Hanson, données non publiées, 1995) :

- l'existence d'une source de financement stable et garantie;
- la désignation d'un organisme ou d'un individu chargé d'appliquer la politique;
- l'intégration de la politique dans l'ensemble des politiques nationales de façon à éviter les contradictions et à faciliter l'action;
- l'adoption d'une politique qui soit applicable à la totalité des adolescents (enfants scolarisés ou non, enfants pauvres et sans domicile, victimes de la prostitution);
- une politique qui encourage, sans toutefois en être dépendante, la collaboration intersectorielle;
- des modalités qui assurent la durabilité du programme issu de la politique générale et prévoient des mécanismes d'évaluation et de développement.

Dans de nombreux pays d'Amérique latine, la politique nationale de la santé des adolescents relève du ministère de la Santé (cas du Brésil, par exemple). Cependant, au Costa Rica, à la suite d'une fusion récente, c'est le ministère de la Santé et le système de Sécurité sociale qui assurent conjointement la gestion du programme national. Au Chili, un organe qui a joué un rôle incitatif essentiel est le Services national des femmes, organisme doté du statut de ministère. Le Plan pour l'égalité des chances en faveur des femmes comporte, entre autres objectifs, la garantie de l'accès des adolescentes aux services de santé, d'éducation, de planification familiale et aux services sociaux, ainsi que des soins intégraux pour les jeunes mères et le droit à une vie sexuelle sans danger pour la santé (G. Robinson, données non publiées, 1995). En Malaisie, une politique nationale ambitieuse en faveur des jeunes, *Rakan Muda* (C. Serrano, communication personnelle, 1995), est menée par le ministère de la Jeunesse et des Sports et a pour objectifs de *canaliser* l'énergie des jeunes vers un certain nombre de programmes de mode de vie très séduisants pour cette classe d'âge et de développer chez eux la volonté de résister à de nombreux maux de la société actuelle. Quand on sait que, un an seulement après le lancement de *Rakan Muda*, près de un million de jeunes y ont adhéré, il semble bien que cette politique puisse atteindre ses objectifs ambitieux.

Un projet coordonné par le Programme OMS sur les toxicomanies, dont l'objectif est de prévenir l'usage de la drogue par les jeunes, se

déroule actuellement dans sept pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est (Bulgarie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovaquie et République tchèque) où il s'appuie sur la stratégie de la constitution d'un engagement politique au niveau national. La caractéristique essentielle du projet est que les sept pays ont tous opté pour la création d'un groupe de travail national sur les toxicomanies. Une autre caractéristique réside dans la nature décisive de l'engagement et de la participation d'ONG et de jeunes au sein de ces groupes de travail (L. Riley, communication personnelle, 1996).

On connaît de nombreux cas où des ONG ont œuvré efficacement en faveur de l'élaboration d'une politique nationale. Au Swaziland, une ONG bénéficiant de l'appui des pouvoirs publics, le National Youth Council, a proposé une politique nationale de la santé des adolescents dont l'objectif serait de «promouvoir chez les jeunes des modes de vie sains, en insistant particulièrement sur les dangers de l'alcool, des grossesses précoces, du SIDA et des toxicomanies». Cette politique est actuellement à l'étude au niveau du gouvernement.

Un autre exemple est fourni par l'Ouganda où le Youth Development Link, une ONG qui travaille avec les enfants des rues de Kampala, a mis en place un comité consultatif communautaire regroupant les hauts fonctionnaires de l'administration locale, des représentants d'autres ONG, des chefs religieux, des fonctionnaires de la protection sociale, des médecins praticiens, des journalistes, des employés municipaux et des jeunes vivant dans la rue. Grâce à ses activités, le comité a suscité une meilleure prise de conscience du problème chez les membres de la police, de l'administration et des organismes humanitaires, avec ce résultat que les enfants des rues sont désormais mieux traités et ont plus largement accès aux services dont ils ont besoins (183).

SODIFAG, une ONG qui travaille dans la ville de Guatemala, s'occupe des enfants et des jeunes des rues. L'une de ses principales réalisations a consisté à identifier un grand nombre de jeunes travailleurs et à vaincre l'opposition des employeurs aux mesures prises pour essayer d'améliorer leurs conditions de travail. Par ailleurs, SODIFAG a réussi à convaincre le Gouvernement de revoir et de renforcer sa législation sur la protection de l'enfance en collaborant avec d'autres ONG qui s'occupent des droits de l'enfant (49).

D'autres organismes appliquent simplement leur politique qui fait de la santé des adolescents un de leurs domaines d'activité. Il s'agit d'associations professionnelles (par exemple des sociétés nationales de médecins ou de personnel infirmier), de représentations nationales

d'ONG internationales telles que l'IPPF (par exemple les associations nationales de la planification familiale en Indonésie), d'associations nationales relevant d'organisations internationales comme l'Organisation mondiale du mouvement scout, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et la WYWCA, ou encore de nombreuses ONG à caractère confessionnel (cas de la plupart des pays d'Afrique et de nombreux pays d'Asie). Il est probable que ces multiples initiatives aboutissent globalement à un vaste mouvement d'ensemble qui pèse finalement sur l'adoption d'une politique nationale en faveur de la santé des adolescents.

Malgré tout le progrès accompli, les personnes qui s'emploient à améliorer la santé et le bien-être des adolescents se heurtent constamment aux mêmes oppositions et réticences qui ont bien souvent contribué à saper, sinon à faire renvoyer *sine die*, l'action dans ce domaine. On trouvera ci-dessous l'exposé des principaux obstacles qui continuent de s'opposer à l'action — souvent en dépit des preuves du contraire mises en avant — et de certaines des méthodes applicables pour les surmonter.

7.2 L'a priori des adolescents en bonne santé

La santé des adolescents a été quelque peu négligée par le passé, peut-être parce qu'on voit dans cette classe d'âge un groupe relativement épargné par la maladie. Comme c'est souvent le cas lorsqu'on examine des statistiques de morbidité et de mortalité,¹ les comportements adoptés au cours de l'adolescence sont fréquemment à l'origine de problèmes de santé qui ne se manifestent qu'à un âge plus avancé, entraînant des coûts considérables pour la société et pour les individus eux-mêmes. En outre, ces derniers souvent considérés comme directement responsables et donc méritant leur malheur si leurs problèmes sont la conséquence d'un comportement que la société désapprouve. Cette argumentation masque le fait que ce sont précisément les types de comportement adoptés pendant l'adolescence qui sont responsables de certaines des principales maladies de l'âge adulte. La promotion et la protection de la santé des adolescents constituent en réalité un excellent investissement, tant à court qu'à long terme. De nombreux modes d'activité qui peuvent favoriser le développement et prévenir les problèmes de santé sont a

¹ Si les adolescents constituent effectivement un groupe relativement «épargné par la maladie», cette affirmation est fautive dans le cas des MST (dont le VIH/SIDA) qui font généralement des victimes proportionnellement beaucoup plus nombreuses chez les jeunes (voir Tableau 2, section 2).

priori peu coûteux et très rentables — argument convaincant pour obtenir l'engagement des politiques.

Une meilleure connaissance des besoins et du potentiel des adolescents, parallèlement au respect des principes qui rendent les interventions efficaces, peuvent, s'ils sont diffusés à tous les niveaux de la société dans une culture déterminée, contribuer puissamment au lancement d'activités positives et à l'exploitation du potentiel considérable que représentent la santé et le développement des jeunes, tant pour eux-mêmes que pour l'avenir de leur société.

La promotion de la santé et du développement des adolescents et la prévention des problèmes constituent une méthode non seulement plus humaine, mais également plus rentable, que la prise en charge de ces problèmes au moment où ils se posent et la recherche de traitements curatifs alors qu'il est peut-être trop tard. Personne n'aurait l'idée de contester l'intérêt de vacciner les enfants, lorsque c'est possible, au lieu d'attendre qu'ils tombent malades pour les soigner ou prendre en charge les séquelles. Pourtant, s'agissant des adolescents, l'action préventive se heurte à de très vives réticences, et l'on préfère attendre que les problèmes se posent pour réagir.

Quand ce désintérêt pour la santé des jeunes s'accompagne d'un manque général d'information et d'éducation sanitaires appropriées, les jeunes n'ont pas une connaissance suffisante de leur propre maturation, n'acquièrent pas les aptitudes nécessaires à l'entretien de nouvelles relations et ignorent l'existence de services qui pourraient leur apporter une aide sur le plan sanitaire. Ils sont alors dans l'incapacité de se prendre en charge eux-mêmes ou de recourir aux services disponibles.

7.3 La réticence à aborder de front les problèmes sensibles

Des préoccupations croissantes ont été exprimées au sujet des adolescents lors de trois conférences mondiales successives sur la population — la Conférence mondiale sur la population de Bucarest, en 1974, la Conférence internationale sur la population de Mexico, en 1984, et la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire, en 1994. En 1984, il avait été recommandé dans le rapport de la conférence que garçons et filles soient aidés à acquérir des connaissances suffisantes concernant la vie familiale et la vie sexuelle et puissent disposer d'une information et de services appropriés en matière de planification familiale. La Conférence de 1994 est allée encore plus loin en portant sur le devant de la scène mondiale les problèmes de l'adolescence et ceux de santé génésique

et d'égalité des sexes. Le Programme d'action issu de la Conférence a réclamé une diminution substantielle du nombre de grossesses d'adolescentes, l'organisation à cette fin de services de conseil et autres et une plus large prise en charge des problèmes de santé génésique, en y incluant par exemples les MST (dont l'infection à VIH/SIDA).

Comme il est indiqué dans l'Encadré 22, un cadre politique national favorable à la santé des adolescents peut aussi faciliter l'exécution des programmes et les faire mieux accepter. Toutefois, une politique explicite exige un consensus suffisant chez les leaders d'opinion et les décideurs. L'idéal serait que la formulation des politiques fasse intervenir les jeunes eux-mêmes et la communauté plus largement. Mais ce processus peut être lent et, en réalité, l'ordre suivi est souvent l'inverse, l'élaboration des politiques se faisant sur la base de projets pilotes ou d'activités d'ampleur limitée dont la valeur est dûment démontrée. De la sorte, il existe des liens réciproques entre l'élaboration des politiques et les activités des programmes. Souvent, la politique adoptée l'est après plusieurs années d'activité modeste ou d'ampleur limitée. En Colombie, c'est en 1992 seulement que l'éducation sexuelle a été rendue obligatoire dans toutes les écoles après une longue période de travaux universitaires et de mise au point des programmes scolaires (84). A la Jamaïque également, il a fallu des années d'initiatives dispersées (souvent avec la participation d'ONG) pour que soit adoptée, en 1994, une politique qui prévoit des cours systématiques d'éducation sexuelle et comporte quelques indications au sujet de la formation du personnel, de l'élaboration des programmes scolaires et de l'évaluation (84).

Il faut beaucoup de temps et d'efforts (de la part de l'école, des institutions religieuses et des autres organismes et groupes communautaires intéressés) pour arriver à comprendre les opinions et les préoccupations des jeunes et des adultes. Dans plusieurs programmes couronnés de succès, des discussions franches avec des membres de la communauté avaient précédé le début des activités concernant l'éducation sanitaire et la formation à la santé génésique par des pairs. Du personnel a été formé à diriger ce type de réunions et à appliquer d'autres méthodes participatives pour parvenir à un accord de principe avec les collectivités et obtenir leur soutien. La nature délicate des discussions qui touchent au sexe et aux services connexes d'éducation sexuelle et de santé génésique, exige qu'on prévoie des mécanismes efficaces pour obtenir le soutien nécessaire. Trop de précipitation peut braquer la communauté et nuire au soutien escompté, réduisant ainsi l'espoir d'activités programmatiques prolongées.

«L'élaboration d'une politique générale de la santé génésique des adolescents, en est généralement à ses débuts. Ajoutée aux sensibilités culturelles et aux insuffisances des procédures et de la décentralisation, cette raison explique que la traduction de cette politique en plans et activités programmatiques reste lente. Des efforts spéciaux sont indispensables pour que cette politique devienne opérationnelle.» (84)

Un autre obstacle tient à la crainte implicite, dans de nombreuses sociétés, que ce problème de l'adolescence soit un problème importé, de sorte que, si l'on s'inquiète réellement de l'évolution des conditions, on redoute aussi que l'adoption de méthodes étrangères coupe les jeunes du pays du reste de la population.

En outre, il est fréquent que les autorités sanitaires ne sortent de leur inertie que pour réagir brutalement, de façon inappropriée et inefficace, à des événements faisant les gros titres de l'actualité. Les mesures prises ont également tendance à être coûteuses et risquent donc de devoir être financées en partie au détriment de méthodes mieux validées par la recherche et plus efficaces. La tendance corrélatrice qui consiste, face à des problèmes à forte visibilité, à faire de la peur une tactique en matière de santé publique, semble aller totalement à l'encontre de ses objectifs : la population peut certes devenir plus anxieuse sans toutefois pouvoir ou vouloir changer ses modes de comportement. En outre, si la tactique qui consiste à faire peur se révèle ultérieurement sans fondement réel, la crédibilité des organisations ou services responsables se trouve considérablement diminuée, particulièrement auprès des jeunes. Cette perte de crédibilité rend encore plus difficile une action efficace à l'avenir.

Dans quelques activités de programmation qui ont connu le succès, de bonnes relations de travail avaient été établies avec les médias locaux, permettant un échange constant d'informations. De la sorte, les deux parties ont pu discuter des problèmes et assurer la couverture des événements de façon mieux équilibrée. La méthode conserve son intérêt même après le début des activités, car elle permet d'attirer l'attention sur l'apport bénéfique des jeunes, des familles et des autres groupes qui s'y impliquent.

7.4 Les investissements consacrés aux jeunes; une ponction sur les ressources économiques et sociales

Loin d'être un poids mort pour la collectivité, les jeunes constituent dans toutes les sociétés une ressource souvent méconnue. Ils jouent fréquemment un rôle vital dans leur famille, en aidant aussi bien leurs parents que leurs frères et sœurs plus jeunes. Ils sont une source

d'enthousiasme, d'idéal, de créativité et d'aspirations sans lesquels les sociétés deviendraient moribondes. De nombreux jeunes sont la principale source de revenu de leur famille grâce à un travail précoce et dangereux; d'autres servent la communauté par l'intermédiaire des organisations de jeunesse et, même parmi les jeunes sans foyer dont le nombre s'accroît malheureusement, il existe certains individus qui savent surmonter l'adversité et apporter une contribution utile à la société.

On estime qu'environ 40% des décès dans les pays en développement et 70-80% dans les pays développés, sont la conséquence d'un mode de vie particulier (28). Les rapports sexuels non protégés exposent les adolescents des deux sexes aux MST (y compris l'infection à VIH/SIDA) et les filles à une grossesse précoce non désirée et, éventuellement, à un avortement dans des conditions dangereuses. Les problèmes qui en découlent sont une menace à la fois pour la vie et pour la santé et peuvent avoir des conséquences désastreuses sur le plan psychologique, social et économique. La sexualité est un phénomène universel chez tous les jeunes dont la santé sexuelle et la santé génésique méritent une attention particulière, non seulement pour réduire les risques sanitaires mais aussi par souci d'établir des relations affectueuses et responsables. L'usage du tabac, l'abus d'alcool et les autres toxicomanies accroissent le risque à long terme de cancers et d'affections cardio-vasculaires et respiratoires. L'alcool et les autres substances dépendogènes peuvent en outre fausser le jugement et accroître les risques de traumatismes, accidentels ou volontaires. Un régime alimentaire trop riche peut être une cause de surnutrition (tandis qu'un apport insuffisant et trop peu diversifié malgré le choix possible parmi les denrées locales peut aboutir à une sous-nutrition), et une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut être à l'origine de maladies stomatologiques. Si le manque d'exercice accroît le risque de problèmes de santé tout au long de la vie, la pratique d'un exercice inapproprié peut aussi provoquer de graves traumatismes.

Pourtant, la plupart des comportements à risque pourraient être soit évités, soit rendus moins dangereux, voire bénéfiques. Il est possible d'avoir des rapports sexuels en se prémunissant contre le risque de grossesse et de MST; l'usage du tabac n'est pas une obligation; l'alcool peut être consommé avec modération; quand la nourriture ne manque pas, le régime alimentaire peut être équilibré; enfin, il est possible de faire de l'exercice de façon judicieuse. Par ailleurs, la protection des jeunes peut être assurée sur les lieux de travail et il est possible de leur fournir, à eux comme aux autres, les connaissances, les compétences et les informations dont ils ont besoin. S'il est

impératif d'essayer de soulager la pauvreté et d'assurer à tous une scolarité suffisante, il y aurait beaucoup à apprendre dans l'intervalle de ceux qui ont réussi à s'en sortir malgré le manque de ressources et d'éducation.

Il est indispensable de plaider la cause des investissements dans le domaine de la santé et du développement des jeunes, en faisant notamment ressortir le coût à supporter en l'absence d'investissements. Le montant considérable des dépenses de santé publique qu'entraînent des maladies de survenue tardive imputables à un comportement adopté lors de l'adolescence, représente un argument puissant en faveur des investissements consacrés à la santé des adolescents. C'est ainsi que des politiques visant à favoriser les comportements bénéfiques pour la santé et à combattre les comportements nocifs permettent des économies importantes grâce à la diminution des coûts associés à la morbidité et la mortalité, notamment le coût direct des soins de santé. Il faut démontrer l'intérêt et la faisabilité d'une action qui soit fondée sur les systèmes en place et s'accompagne de résultats mesurables. C'est d'autant plus indispensable qu'une idée fausse largement répandue veut que rien ne puisse être fait sans des ressources considérables, et cela en dépit d'initiatives qui ont démontré le contraire.

La connaissance des caractéristiques propres aux adolescents devrait être mise à profit pour susciter une meilleure prise de conscience chez les hommes politiques et les responsables des grandes orientations. Il faut les convaincre que les problèmes négligés aujourd'hui risquent de s'aggraver demain. Etant donné que les préoccupations concernant les adolescents ne sont pas les seules et que la concurrence est inévitable, il faut présenter un éventail de solutions envisageables et de mesures rentables, afin d'essayer d'obtenir les ressources nécessaires pour aller de l'avant. Une stratégie pourrait consister à recenser et présenter des problèmes relatifs aux adolescents qui soient susceptibles d'être abordés sans soulever de controverses et d'exploiter la percée ainsi faite pour essayer ensuite d'obtenir un soutien dans des domaines plus sensibles.

Si les jeunes se trouvent confrontés à de nombreux problèmes inconnus par le passé, il existe également des opportunités nouvelles dont on pourrait attendre des dividendes considérables si les jeunes pouvaient y consacrer leur énergie et leur créativité. Le fait de voir dans les jeunes une ressource facilite leur participation à l'élaboration, à l'exécution et à l'évaluation des programmes (Encadré 23). Une façon de tirer parti de cette ressource consiste à faire participer les jeunes à des programmes conçus pour répondre à

Encadré 23

Donner la parole aux jeunes

Une méthode de recherche narrative applicable à l'étude des types de comportement sexuel chez les jeunes a été mise au point conjointement par l'OMS et ses partenaires, l'Assemblée mondiale de la jeunesse et l'Organisation mondiale du mouvement scout et utilisée dans onze pays d'Afrique pour savoir dans quelle mesure les jeunes étaient sensibilisés aux questions de santé sexuelle et génésique et découvrir leurs connaissances, attitudes et comportements en la matière. Le projet s'est appuyé sur de jeunes animateurs des deux sexes, âgés de 18 à 25 ans, qui ont été chargés d'élaborer les instruments à utiliser pour recueillir des informations auprès de plus de 13000 adolescents et de procéder ensuite à la collecte et à l'analyse des données (206, 207).

Une analyse de la situation des enfants et des jeunes des rues aux Philippines, entreprise devant la forte augmentation du nombre des premiers (mais aussi des seconds, plus généralement) a eu pour objectifs de faire le point sur leur situation et leurs aspirations et d'utiliser les résultats trouvés pour formuler des programmes et politiques spécifiques. L'opération a été menée pour le compte de l'UNICEF par la Fondation Kabalikat ng Pamilyang Pilipino dans cinq grandes villes auprès de jeunes âgés de 7 à 12 ans et de 13 à 18 ans (209). Pour recueillir des informations, des jeunes ont eu recours à des approches participatives telles que des représentations théâtrales ou la confection de dessins, ainsi qu'à des entretiens avec des enfants des rues et d'autres jeunes choisis au hasard et à des discussions en petit groupe avec des jeunes et des prestataires de services. La méthodologie appliquée comportait aussi des ateliers participatifs d'une journée dont l'objectif était de mieux définir et comprendre la situation des enquêtés. Les pairs éducateurs ont également organisé les endroits où se ferait la collecte des données et assuré la traduction des outils utilisés dans la langue locale.

La participation de jeunes aux associations de planification familiale a été assurée lors d'une réunion de 1995, patronnée par le Conseil régional européen de l'IPPF, à laquelle ont pris part les représentants de jeunes impliqués dans l'activité de ces associations en Europe. Une enquête préliminaire auprès de ces dernières a montré que la majorité d'entre elles voyaient dans les jeunes la cible essentielle de leurs programmes visant à promouvoir la santé sexuelle et la santé génésique. La réunion et le document final fixant une stratégie générale montrent comment une organisation peut officiellement tirer parti des jeunes pour réviser sa politique et ses programmes. Diverses recommandations ont été formulées lors de la réunion :

- des investissements de l'IPPF en faveur de la participation des jeunes, grâce à un concours annuel qui assure le financement initial du projet le plus novateur au niveau des associations de planification familiale;

Encadré 23 (suite)

- un rôle directeur dans les associations et à l'IPPF, notamment grâce à une formation visant à améliorer les qualifications de jeunes bénévoles pour qu'ils puissent jouer un rôle actif dans les instances de la Fédération;
- l'implication des jeunes dans les associations par l'intermédiaire de mouvements de jeunesse et grâce à la constitution de réseaux, à la coopération et à la formation/développement des compétences;
- la communication entre des représentants de groupes de jeunes actifs au sein des associations de planification familiale pour faciliter le partage d'informations et développer le soutien programmatique;
- la mise en place d'un service qui soit convivial pour les jeunes organisé en faisant participer certains d'eux à la planification et à la gestion, à la formation du nouveau personnel, à la gestion et à l'exploitation des projets, et en instaurant une politique d'emploi en faveur des jeunes pour obtenir une pyramide des âges mieux équilibrée dans les services;
- une action promotionnelle au niveau de l'IPPF et des associations pour assurer la représentation des jeunes au Conseil régional de l'IPPF et dans les conseils exécutifs des associations, respectivement, et encourager la création de groupes de jeunes au sein des associations afin de renforcer le lobbying auprès des gouvernements nationaux en matière de législation et de politique de la santé sexuelle.

leurs besoins (pour plus de précisions, on se reportera à la section 8.4). Une approche ainsi axée sur les bénéficiaires d'un programme est avantageuse tant pour celui-ci que pour les intéressés eux-mêmes. Quand les jeunes sont encouragés à jouer un rôle actif et qu'ils sont récompensés pour leur contribution, ils ont la possibilité :

- d'acquérir des connaissances et des qualifications exploitables sur le marché et d'éviter certains problèmes, le tout dans l'intérêt de leur propre développement personnel;
- de contribuer à la formulation, à la mise en œuvre et à l'évaluation de politiques et programmes qui soient adaptés à leurs besoins particuliers (en garantissant du même coup la meilleure utilisation possible des ressources existantes).

8. Evaluation des priorités de l'action à mener

8.1 Généralités

A une époque où l'intérêt porté à la santé et au développement des adolescents s'accroît rapidement, de multiples initiatives sont prises pour améliorer leur situation, mais souvent sans être précédées d'une

évaluation systématique des priorités. Etant donné l'importance qu'il y a à assurer l'intégration et la coordination des interventions si l'on veut qu'elles aient le maximum de profit pour les adolescents, il est vital de définir une série d'actions prioritaires qui serviraient d'élément de référence pour l'élaboration et l'exécution des programmes. La fixation des priorités doit commencer par une évaluation et une analyse de la situation à laquelle les adolescents sont confrontés dans leur environnement, de façon à constituer une base d'information solide en vue des activités futures. Ce genre d'analyse de situation est l'occasion d'établir des partenariats avec les adolescents dès le tout début de la collecte de l'information et de la planification des programmes. Cela contribue à assurer la pertinence, l'acceptabilité et l'efficacité à long terme des programmes résultants (voir également section 6.2).

De plus, une analyse de situation fournit des éléments de référence sur la base desquels mesurer les changements obtenus. Il existe des méthodes relativement rapides qui sont adaptées aux principaux problèmes de santé des adolescents et font souvent intervenir des jeunes dans la collecte des données. Il faut s'attendre à découvrir des lacunes dans l'information étant donné la nature des données qui sont actuellement réunies et la façon dont elles sont rapportées.

L'identification des priorités est indissociable des principes directeurs propres à la santé des adolescents. La discussion ou la clarification d'une série de principes directeurs peut donc constituer une autre étape initiale importante dans la planification nationale des priorités de la programmation. Il faut s'assurer que les principes directeurs qui inspirent la volonté d'investir dans le développement des jeunes à long terme (voir section 3) ne diffèrent pas des principes sur lesquels reposent les programmes mis sur pied pour répondre aux problèmes à l'origine de maladies et de traumatismes chez les jeunes. Ainsi, la conviction que le soutien en faveur d'un développement global des jeunes est bénéfique, influe sur les décisions en matière d'attribution des ressources. Enfin, des divergences d'opinion fondées sur les croyances religieuses ou culturelles sont susceptibles d'influer sur la perception de la situation et le choix des méthodes à appliquer.

Une évaluation et une analyse de la situation doivent donc reposer sur la recherche de deux types d'informations : l'état de santé et le comportement des adolescents — qu'il ait des conséquences positives ou négatives pour leur santé et leur développement —, et les facteurs sociaux et politiques qui influent sur ce comportement étant donné que le cadre de vie des jeunes, outre qu'il évolue rapidement, est

spécifique de leur société. La nature des réponses sectorielles actuelles en faveur des adolescents, dans des contextes variés (notamment l'offre d'opportunités et l'octroi d'un soutien en vue de la croissance et du développement des adolescents), est également riche d'enseignements. Des informations complémentaires sur les activités qui sont proposées et pratiquées dans les domaines des soins de santé, de l'éducation, du soutien social, des loisirs et de la formation professionnelle, permettent de dresser le tableau tant des possibilités offertes aux jeunes que du profil de ceux qui en tirent effectivement parti. Il est capital de savoir ce qu'on peut attendre des différents contextes en matière d'interventions et de formation corrélative pour pouvoir définir l'aide nécessaire sur le plan technique et localiser les ressources correspondantes. L'analyse de la législation et de la politique générale relatives à tous les domaines de la vie des adolescents est également essentielle si l'on veut mieux comprendre les facteurs environnementaux qui sont bénéfiques ou néfastes à la santé et au développement des adolescents.

Malheureusement, chaque fois qu'on se réfère à l'état de santé et aux comportements des adolescents, on s'attache presque toujours uniquement aux aspects négatifs, sources de problèmes, en négligeant les aspects positifs que représentent la capacité à rebondir des adolescents et leur aptitude à faire face. En plus de cette erreur systématique, il faut noter que les données relatives aux problèmes de santé des adolescents montrent que ces problèmes ne sont pas distribués de façon uniforme et sont certainement aggravés par les inégalités entre les deux sexes, l'absence d'un foyer familial, la guerre et les catastrophes naturelles. Cela explique que la violence, le suicide, les accidents, les grossesses non désirées, l'infection à VIH/SIDA, les autres maladies transmissibles aient une prévalence variable selon les pays, de même que l'usage du tabac, de l'alcool et de la drogue. En outre, il est probable que l'état de santé des adolescents et l'importance des risques encourus par cette classe d'âge dans un pays donné, diffèrent selon le sexe, l'âge, la fréquentation scolaire, le lieu de résidence — en zone rurale ou urbaine — les ethnies et la situation économique.

L'information peut être recherchée dans différents cadres, par exemple la maison, l'école et le centre de santé. C'est là qu'on trouve les personnes qui sont les mieux placées pour peser sur le comportement des adolescents et (ou) mener des interventions en faveur de la santé des jeunes (voir section 4) — à savoir les parents, les enseignants, les soignants, etc. La nature des renseignements que peuvent fournir ces diverses personnes en font des alliés très importants.

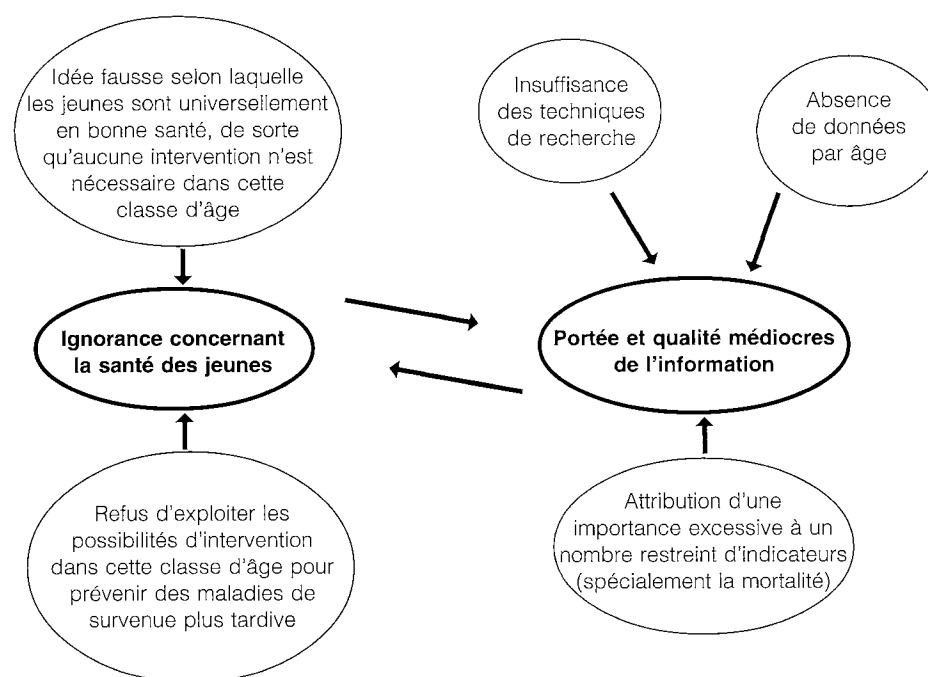
La gestion de la collecte des données englobe le choix de l'échantillon à étudier, l'élaboration d'un questionnaire bien adapté, une méthodologie qui garantisse la fiabilité et la validité des observations et l'essai préliminaire des méthodes, des instruments et de l'équipement — sans oublier les importantes considérations d'ordre logistique et éthique.

Comme les informations ci-dessus sont considérées comme la base sur laquelle fixer les priorités de la programmation, un problème initial important se pose quand il n'existe pas de système de collecte systématique de données de base sur l'état de santé. Dans de nombreux pays, il existe certes des systèmes de ce type, mais ils n'assurent pas la ventilation des résultats en fonction de l'âge et du sexe, et ils peuvent être difficiles à modifier. La difficulté consiste en partie à présenter des arguments convaincants au sujet de l'intérêt de données relatives aux adolescents en particulier et de la nécessité de leur ventilation. En outre, il est fréquent que les catégories prévues soient uniquement les enfants et les adultes, de sorte qu'on manque souvent des données nécessaires pour défendre la prise en charge des problèmes des adolescents et qu'on se trouve en présence du «piège de la mesure» représenté sur la Figure 4 (25). Une situation analogue a été constatée à propos de la santé des femmes (208).

Il importe de noter que les données relatives aux adolescents risquent de devenir périmées plus vite que pour les autres groupes. Les adolescents eux-mêmes passent par une période de transformations rapides sur le plan physique, psychologique et social. En tant que groupe, ils sont généralement perméables à des idées nouvelles susceptibles de les faire changer d'attitudes et de comportements. Par suite, les données secondaires censées décrire leurs perceptions, risquent d'être inexactes.

L'absence de données ou leur caractère périmé ne sont pas les seuls facteurs qui rendent difficile le choix des priorités dans les programmes relatifs à la santé des adolescents. D'autres facteurs nécessitent un examen attentif, à savoir des facteurs d'environnement comme l'attitude du monde politique et de la société vis-à-vis des jeunes et la couverture de problèmes de santé particuliers par les médias. Quand un problème de santé concerne un personnage en vue ou qu'il donne lieu à une large couverture médiatique, l'attention peut se trouver focalisée, pour le mieux ou pour le pire, sur un problème ou un programme sanitaire concernant les adolescents. La parution des résultats d'une étude locale ou nationale peut porter au premier plan un problème de santé ou une situation sanitaire particulière, et influencer sur les positions des leaders d'opinion et sur

Figure 4
Le piège de la mesure



D'après un schéma similaire concernant la santé maternelle qui figure dans Graham & Campbell (208).

les perceptions et les préoccupations du grand public. Les priorités des donateurs pèsent également sur le choix des priorités de la programmation. L'opinion de la communauté des donateurs influe sur les décideurs, non seulement parce qu'ils ont besoin d'obtenir les ressources qu'ils réclament, mais aussi parce que cette opinion constitue en soi un indicateur précieux des préoccupations de la société. Dans toute évaluation destinée à éclairer le choix des priorités, il faut s'efforcer d'identifier les problèmes qui sont jugés importants et d'en expliquer la raison.

Plusieurs se sont déjà attaqués aux divers problèmes que pose le choix des activités prioritaires dans les programmes relatifs à la santé des adolescents. Un élément qu'on retrouve dans tous les pays qui ont réussi à évaluer la situation des adolescents, consiste dans la création d'un groupe de travail (ou autre organisme collectif) inter-organisations et intersectoriel chargé d'évaluer la situation dans le pays, d'améliorer les systèmes de collecte des données et de lancer un processus de planification. Au Brésil, un groupe de travail sur la

santé des adolescents a été constitué avec des représentants de plusieurs secteurs. Des décisions de toute sorte doivent être prises et appliquées pour que la santé des adolescents s'améliore effectivement. Lorsqu'on évalue la situation sanitaire des adolescents en anticipant et qu'on prend des décisions qui tiennent compte de la singularité des besoins de cette classe d'âge en matière de développement, de prévention et de soins, il devient plus facile de se prémunir contre certains problèmes et d'atténuer la gravité de certains autres. Les responsables de la programmation relative à la santé des adolescents ont besoin de renseignements suffisants et fiables dans toute une série de domaines pour pouvoir prendre leurs décisions en parfaite connaissance de cause. Il leur faut notamment disposer de faits et de chiffres concernant la situation sanitaire des adolescents, les mesures prises en conséquence par les différents secteurs (notamment la fourniture d'opportunités et l'octroi d'un soutien en faveur de la croissance et du développement des adolescents), ainsi que les facteurs sociaux et politiques qui influent sur le comportement des adolescents.

Une analyse de situation (Encadré 24) constitue une excellente méthode pour réunir l'information dont on a besoin pour définir les activités prioritaires sur la base d'observations concrètes. De plus, l'exposé précis de la situation sanitaire des adolescents dans un pays donné constitue une base d'information solide pour d'autres domaines touchant à la santé. Compte tenu de tous les facteurs examinés ci-dessus, un certain nombre de problèmes se révèlent particulièrement difficiles lors d'une analyse de situation : ils sont examinés dans les sections qui suivent.

8.2 Collecte des données et analyse par âge et par sexe

Alors que l'âge et le sexe sont très importants pour l'état de santé des adolescents, il existe de nombreux pays où les données ne sont pas ventilées en fonction de ces deux paramètres. Cela tient parfois au manque de moyens pour la collecte des données sanitaires de base, quelles qu'elles soient. Et même dans le cas contraire, il arrive qu'on ne considère pas la collecte de données par âge et par sexe comme une priorité et que la ventilation des données recueillies soit impossible a posteriori.

En réalité, des données spécifiques, par âge et par sexe, sont capitales si l'on veut pleinement comprendre les problèmes rencontrés, vu qu'ils diffèrent selon le sexe et la classe d'âge. Pourtant, dans la plupart des grandes études nationales étendues à la totalité des groupes d'âge, les jeunes ne sont pas identifiés à part dans les résultats

Encadré 24

Réalisation d'une analyse de situation

La constitution d'une base d'information solide sur la santé des adolescents, grâce à des analyses de situation menées dans différents contextes, constitue désormais une priorité absolue. En faisant des adolescents la principale source de données et en les impliquant dans la recherche et dans la formulation des programmes, on obtient l'assurance que ces derniers seront pertinents, acceptables et efficaces à long terme. Donner à la communauté et aux adolescents eux-mêmes le sentiment qu'ils ont une certaine maîtrise du processus, constitue le facteur capital pour que les programmes soient acceptés dans l'enthousiasme et dans un esprit constructif. Une analyse de situation doit porter sur de multiples domaines, comme suit :

- la situation sociale et démographique des adolescents au sein de la population;
- l'environnement matériel et social des adolescents;
- la situation actuelle des adolescents en matière de santé et de développement;
- les principaux modes de comportement des adolescents vis-à-vis de la santé et du développement;
- la politique et la législation en vigueur dans le domaine considéré;
- les principales interventions visant les adolescents dans le secteur de la santé et les secteurs connexes, et la mesure dans laquelle elles atteignent effectivement les jeunes;
- la capacité des différents secteurs à étendre la couverture de certains de leurs programmes, à augmenter la portée des interventions proposées et à offrir une aide technique — la connaissance des collaborations intersectorielles existantes et des partenariats qui ont été couronnés de succès, sera également utile.

L'OMS a établi à l'intention des planificateurs et des directeurs de programme concernant la santé sexuelle et génésique des adolescents un guide sur la façon de conduire une analyse rapide de situation et de pouvoir ainsi concevoir ou améliorer les programmes sur la base d'une information solide et actualisée (209). Différentes méthodes et procédures sont proposées qui peuvent être librement adaptées et appliquées avec souplesse compte tenu des besoins et des ressources dans chaque cas d'espèce. Le guide porte essentiellement sur la santé sexuelle et génésique des adolescents puisqu'il faut bien reconnaître que l'entrée dans la vie sexuelle au cours de la deuxième décennie de l'existence constitue un phénomène quasi-universel et que le passage à l'état d'adulte sur le plan sexuel domine les questions de santé et de développement. Inversement, l'accent est mis sur le fait que la santé sexuelle et génésique des adolescents doit être considérée et prise en charge dans la perspective plus large de leur environnement sanitaire immédiat et global, englobant tout un ensemble de secteurs comme ceux de la santé, de l'éducation, de la protection sociale, du système juridique et de l'emploi. La phase de planification doit permettre de définir les objectifs et de repérer les problèmes essentiels. Il est impératif d'obtenir l'agrément des autorités, de mettre en place un

Encadré 24 (suite)

groupe consultatif technique et un comité d'orientation et de fixer la composition de l'équipe chargée de l'analyse de situation avant d'en recruter les membres. Un atelier de la planification peut être réuni pour approfondir et clarifier ces problèmes. Les utilisateurs potentiels des résultats de l'analyse de situation doivent être identifiés, de même que les stratégies envisageables pour la collecte des données. Il est nécessaire d'établir un plan de travail pour la conduite de l'analyse de situation, depuis la collecte de données jusqu'à leur analyse proprement dite, et pour l'exploitation des résultats. La première tâche importante lors de la phase opérationnelle de l'analyse consiste dans la collecte des données existantes. Il faut déterminer la disponibilité, la qualité et la localisation de ces données. C'est capital en termes de coût puisqu'il revient infiniment moins cher de rassembler des données existantes que de rechercher de nouvelles données. Cette dernière solution n'est à envisager que si l'on décèle des lacunes et des insuffisances ou qu'on juge que des informations vitales font défaut. Une fois terminée l'analyse des données, il faut en tirer des conclusions — sans perdre de vue que celles-ci vont constituer la base de l'action dans le domaine de la santé publique. L'équipe chargée de l'analyse de situation doit examiner les résultats trouvés, identifier les problèmes importants et déterminer la nature des changements possibles et des changements souhaités par la population. Cela exige une sélection extrêmement attentive parmi les données réunies de façon à en extraire l'essentiel et éclairer le choix des activités essentielles à proposer. La troisième et dernière phase — l'exploitation des résultats de l'analyse de situation — consiste à formuler une stratégie en vue de leur diffusion, à rédiger les rapports (préliminaires et définitifs) et à planifier et entreprendre une action de suivi. Les utilisateurs potentiels ou «parties prenantes» repérés lors de la phase de planification, doivent recevoir les rapports dans les meilleurs délais si l'on veut que les résultats obtenus soient rapidement et largement exploités.

et les groupes d'âge retenus ne sont pas suffisamment étroits pour qu'on puisse extraire des résultats de ceux qui concernent les 10 à 24 ans. Un problème particulier réside dans le manque de données sur les jeunes de 10 à 15 ans. Ce manque de spécificité de l'information pose problèmes lorsqu'on cherche à connaître, par exemple, l'âge du début de l'activité sexuelle et les taux de grossesse, ainsi que la fréquentation scolaire, l'importance de l'emploi dans le secteur classique ou le secteur parallèle, etc. A noter que l'absence de données sur la santé sexuelle des adolescents, mariés ou non, peut conduire à une estimation fausse des besoins des jeunes en matière de santé génésique.

Dans de nombreuses études, la ventilation des données est faite selon les groupes d'âge 0-4 ans, 5-14 ans, 15-44 ans et 45 ans et plus.

L'utilisation de cette classification type (et même l'adoption de cinq classes, quelles qu'elles soient) ne convient pas pour l'étude d'événements concernant les jeunes. Par exemple, lorsque des études approfondies sur le rapport de mortalité maternelle comportent une ventilation par classes d'âge d'un an ou deux ans seulement, on constate que ce rapport est très élevé à 13 ans et 14 ans, reste élevé à 15 et 16 ans et commence à partir de 17 ans à se rapprocher de la valeur plus faible observée chez les jeunes de 20 ans. Un dialogue est indispensable entre chercheurs et décideurs pour que les informations précises dont on a besoin soient recueillies lors des enquêtes et des études et regroupées de façon appropriée.

Les statistiques des dispensaires où l'âge des bénéficiaires des services est précisé, sont également une source précieuse d'information, même si seule une faible proportion des adolescents est concernée puisque la plupart d'entre eux ne fréquentent pas ce genre d'établissement. Néanmoins, ces données permettent de connaître l'utilisation des services, les besoins sanitaires des jeunes et mêmes les «issues» sanitaires. Ce dernier type de renseignements a été recherché, par exemple, dans les dossiers des dispensaires aux Etats-Unis d'Amérique, au Nigéria et à Porto Rico (68).

8.3 **Compilation de données provenant de différents secteurs**

Il importe de recueillir des données sur les adolescents dans tous les secteurs en cause, car aucun ne traite à lui seul de la totalité des aspects de la vie d'un adolescent. On notera que le terme «secteur» est défini ici non seulement en fonction de la nature des travaux exécutés par les différents services — de santé, d'éducation et de protection sociale notamment — mais également en fonction de la responsabilité fonctionnelle, s'agissant par exemple du secteur étatique, du secteur privé et du secteur non gouvernemental. L'information provenant des différents secteurs peut être classée conformément aux indications de l'Encadré 25, et elle est capitale pour comprendre la situation des adolescents dans n'importe quel contexte. Une observation fréquente est que les données disponibles ne tiennent pas compte d'associations pourtant importantes. Par exemple, même lorsqu'on est renseigné sur la situation des adolescents en matière d'éducation et d'emploi, il n'est pas toujours possible de connaître le degré d'éducation des adolescents en distinguant les sans-emploi des autres. Les différents types de données nécessaires pour planifier les interventions programmatiques sont les suivants :

- données sur les principaux problèmes de santé et de développement rencontrés dans cette classe d'âge;

Encadré 25

Panorama des secteurs susceptibles de fournir des données importantes

Les organismes administratifs sont une source potentielle d'information. Les ministères de l'éducation disposent de données sur les taux d'alphabétisation et de scolarisation (par âge et par sexe), le taux des abandons scolaires imputables à une grossesse et (ou) à un mariage, ainsi que de rapports sur l'éducation sanitaire à l'école et de textes exposant l'orientation et la politique de l'éducation. Dans les ministères de la santé, on trouve parfois des données sur l'utilisation des services de santé et la morbidité et la mortalité par âge, sexe et cause, ainsi que des données sur des problèmes de santé génésique tels que l'avortement (et les politiques correspondantes), l'importance du recours à la contraception et les MST. De son côté, le bureau du recensement possède presque toujours des statistiques démographiques ventilées par âge, sexe et zone (rurale ou urbaine), ainsi que des statistiques sur le taux de fécondité des adolescents et leurs conditions d'emploi. D'autres organismes administratifs qui peuvent disposer d'informations vitales (parfois ventilées) sont le ministère de la jeunesse, le ministère de la justice, le programme national de lutte contre le SIDA, le ministère des finances et (ou) de la planification ou du travail. Pris globalement, tous ces renseignements donnent une première idée de la situation des adolescents dans le pays considéré.

Des organismes intergouvernementaux, par exemple les institutions spécialisées de l'Organisation des Nations Unies, et des donateurs bilatéraux disposent de données importantes, souvent sous la forme d'importantes bases de données.

Les organisations non gouvernementales, expression qui recouvre toute une gamme de groupes internationaux et nationaux et d'associations professionnelles, disposent aussi de statistiques importantes sur les services assurés dans le cadre de programmes déterminés, ainsi que des résultats d'enquêtes complémentaires et, parfois, d'informations démographiques.

Les établissements universitaires ont des bibliothèques de données utiles recueillies dans le cadre de la recherche, spécialement dans le domaine des sciences médicales et sociales.

Les médias disposent de données qualificatives indispensables concernant les perceptions, les mythes et les attitudes dans le domaine de la sexualité, le rôle des jeunes dans la société et les actes de violence imputables à des jeunes, ainsi que de données qualitatives et quantitatives sur leur clientèle — lecteurs, auditeurs ou téléspectateurs — qui sont utiles pour la planification des interventions.

Les familles et les jeunes, enfin, ont leur idée personnelle de l'exactitude des autres sources de données et savent ce qu'ils peuvent apporter eux-mêmes. Bien que le recours à ces groupes primaires semble une nécessité évidente, cet élément essentiel est souvent négligé dans les systèmes de collecte de données (209).

- données sur les interactions entre le stade de développement physique, psychologique et social de l'individu et les issues sanitaires dans son groupe d'âge, dans le pays considéré;
- données provenant des différents secteurs assurant des services aux jeunes, de façon qu'on puisse connaître l'usage qui est fait des différents services assurés et le profil de ceux qui y ont recours; il importe de recueillir le point de vue des prestataires de services comme des usagers, parallèlement à un examen de la qualité du travail des établissements eux-mêmes.

Il importe aussi de savoir dans quelle mesure le personnel et l'infrastructure des différents secteurs permettent l'exécution des activités souhaitées. Lorsqu'on définit les priorités des programmes d'action, il est capital de savoir ce qu'on peut entreprendre compte tenu des aptitudes, des motivations et des disponibilités sectorielles.

Pour réunir des informations auprès des multiples secteurs et dans les contextes variés examinés dans l'Encadré 25, il faut à l'évidence du temps, du travail et de l'argent. Il est fondamental que cette collecte soit menée avec la vision claire que c'est la synthèse des informations provenant des diverses sources indiquées plus haut, de façon à en faire un tout significatif, qui aide les planificateurs à comprendre réellement la situation des jeunes et à prendre des décisions concernant les programmes en parfaite connaissance de cause.

8.4 Implication systématique de jeunes dans l'évaluation des priorités

La participation directe des jeunes aux programmes qui sont conçus à leur intention, représente l'un des principes dominants de la programmation relative à la santé et au développement des adolescents. Cette participation n'est réelle que si toutes les personnes impliquées sont informées, consultées et de préférence encouragées à prendre des décisions et assumer des fonctions gestionnaires. Outre qu'ils sont ici les principaux intéressés, les jeunes constituent une ressource essentielle. Leur participation est indispensable pour assurer la pertinence des activités entreprises, renforcer l'engagement, améliorer la couverture et la qualité, et contribuer de surcroît à leur propre développement. Les jeunes doivent être impliqués activement en tant que partenaires à part entière à tous les stades, depuis la conceptualisation jusqu'au suivi en passant par l'élaboration, la mise en œuvre et l'information en retour. La façon dont les jeunes voient les choses est capitale à connaître si l'on veut comprendre les problèmes et les besoins — et souvent les priorités — dans une autre perspective que celle des adultes. Les

jeunes peuvent avoir au sujet de leurs problèmes de santé, une perception et une définition qui diffèrent de l'interprétation des adultes, fondée sur les résultats des enquêtes sur l'état de santé et les comportements à risque. Cet aspect est particulièrement souligné dans l'adage selon lequel «là où l'adulte voit un problème, l'adolescent voit souvent une solution» (177).

Des progrès sont actuellement réalisés puisqu'on tient désormais compte de l'opinion des jeunes lors des analyses de situation menées selon le processus décrit dans l'Encadré 26. De nombreux secteurs, notamment les ONG et les pouvoirs publics, semblent avoir pris conscience de l'intérêt qu'il y a à organiser des groupes de réflexion avec des jeunes et à s'informer de leurs points de vue par voie d'enquête. En revanche, la participation directe de jeunes au processus d'évaluation et, corrélativement, à la fixation des priorités est jusqu'ici beaucoup moins fréquente, et cela pour plusieurs raisons. Certaines sont d'ordre logistique (par exemple le manque de jeunes formés à ce type de fonction), d'autres tiennent à des idées a priori (par exemple l'idée selon laquelle une formation à ce genre de fonctions ne constitue pas le meilleur emploi possible des ressources disponibles pour la formation en général ou l'idée que l'implication de jeunes dans ce type de processus est inappropriée). Pour faciliter l'élimination des obstacles qui découlent de ces a priori, il faut arriver à faire évoluer la perception que les adultes ont des adolescents et obtenir des médias qu'ils parlent des adolescents différemment, en cessant d'axer leur discours sur les problèmes de cet âge et en donnant une idée plus positive des jeunes, considérés comme une ressource précieuse. Il ne faut pas attendre des adultes qu'ils reconnaissent spontanément tout ce que les jeunes pourraient apporter. Des interventions visant à faire changer d'attitude des adultes qui travaillent avec des jeunes devraient donc préparer la voie à une implication réelle de ces derniers. Bien évidemment, il serait du plus haut intérêt de mieux connaître les résultats de programmes où des jeunes ont pris part à tous les stades du processus.

Si l'efficacité des méthodes participatives impliquant des jeunes a été saluée par la communauté scientifique, il reste beaucoup à apprendre sur la meilleure façon de mettre ces méthodes en pratique dans des pays qui diffèrent du tout au tout par leurs besoins, leur culture et leur infrastructure. Loin d'être la règle, l'implication systématique de jeunes reste exceptionnelle. L'implication des jeunes ou leur participation active à l'exécution des programmes sont extrêmement inégales, allant de l'absence totale d'implication (les jeunes étant alors simplement les bénéficiaires passifs des interventions) à une situation comportant un réel partage du pouvoir de décision avec les adultes.

Encadré 26

Implication des jeunes dans la fixation des priorités : quelques exemples

La West African Youth Initiative comporte au Ghana et au Nigéria un élément important, à savoir le partenariat établi entre diverses ONG et Advocates for Youth pour essayer de fournir aux ONG locales la capacité institutionnelle et programmatique de répondre aux problèmes de santé génésique des adolescents dans les communautés de leur ressort. Un point tout aussi important que de développement de la capacité organisationnelle consiste dans le renforcement des aptitudes des ONG à apporter une réponse suffisante et appropriée aux besoins des adolescents. L'une des constatations d'Advocates for Youth, l'un des organismes qui patronnent cette entreprise, est qu'une approche didactique, orientée du sommet vers la base, de la part des adultes chargés des prestations de service a des répercussions plutôt négatives sur les jeunes. Un aspect qui est au centre de la conception du projet global, consiste à inciter les responsables des programmes concernés à avoir une idée différente de la jeunesse — en voyant dans les jeunes non pas une source de problèmes à résoudre ou les bénéficiaires passifs de directives émanant d'adultes, mais bien des partenaires dans la recherche de solutions aux problèmes et l'acquisition d'aptitudes à la vie bénéfiques pour la santé. Une partie de l'action menée consiste à inciter les adultes à revoir leurs opinions concernant les adolescents et à rechercher des façons de les valoriser et de les encourager en leur fournissant une information complète et sans détour sur la sexualité et la santé génésique et en leur ouvrant l'accès aux services nécessaires. En outre, chaque projet s'est vu imposer l'obligation d'assurer une participation réelle des jeunes à la planification, à l'exécution et à l'évaluation, par exemple grâce à la formation de pairs éducateurs ou à la création d'organes tels que les comités consultatifs de jeunes.

L'Organisation mondiale du mouvement scout constitue un exemple d'organisation qui rassemble des jeunes à l'échelle planétaire et s'efforce de proposer des programmes centrés sur cette classe d'âge et qui a réussi à accroître le rôle des jeunes dans son processus décisionnaire. Le Bureau mondial du mouvement scout reconnaît que faire participer les jeunes constitue un problème difficile, même pour les organisations qui ont vocation à encourager cette participation. Il est plus facile à des adultes de croire qu'ils ont réponse à tout et «connaissent la vérité» et peuvent donc se contenter de dire aux jeunes ce qu'il est bon de faire. Les adultes sont naturellement portés à croire qu'il faut «inculquer aux jeunes un système de valeurs». Une approche centrée sur les jeunes suppose qu'on fasse participer ceux-ci à la gestion de l'organisation et à la définition de ses orientations et activités. Ce genre d'approche assure un partage des responsabilités avec les jeunes et une orientation générale. Dans le cas des scouts, elle a toujours prévalu mais d'importants progrès sont encore réalisés. Pour accroître la participation des jeunes à la gestion des organisations dont ils reçoivent les services, les scouts ont défini des objectifs précis et mesurables qui permettent de suivre les progrès accomplis dans ce

Encadré 26 (suite)

sens, par exemple l'augmentation du nombre de jeunes venus de chaque région assister aux conférences internationales. Ces efforts ont encouragé les associations nationales à recueillir des fonds pour pouvoir envoyer des jeunes, et non uniquement des adultes, comme délégués aux grandes réunions internationales des scouts. Un autre aspect capital de la programmation du mouvement scout consiste à former des adultes à la mise en œuvre de cette approche centrée sur la jeunesse.

La Mentor Foundation, créée pour développer, encourager, appuyer et soutenir des activités novatrices visant à prévenir tous les types de problèmes de toxicomanie chez les jeunes, a décidé dès le départ d'instituer le Mentor Foundation Youth Advisory Group (Groupe consultatif des jeunes de la Fondation). L'objectif de ce groupe est de conseiller la Fondation dans son effort global visant à prévenir les toxicomanies dans cette classe d'âge. Il jouera auprès de la Fondation et de son conseil d'administration le rôle d'un organe consultatif tirant parti de son expérience pour renforcer les liens entre la Fondation et la population visée. Le plan de mise en œuvre du groupe constitue un bon exemple de ce qu'on peut attendre de ce type d'organisme au niveau international. Mais bon nombre des modalités de son organisation mériteraient également d'être imitées aux niveaux national et local. Plusieurs d'entre elles sont intéressantes à noter ici :

- La grande attention accordée à la composition du groupe afin que l'ensemble de ses jeunes membres reflète la composition du groupe cible de la Fondation du point de vue de la nationalité, des origines sociales et du sexe.
- La demande faite aux membres du conseil d'administration et de la Fondation d'appuyer la participation de jeunes membres du groupe consultatif grâce à leur soutien financier et autre, et à l'encouragement des efforts de ces jeunes au sein du groupe.
- La mise au courant et la formation des jeunes membres lors d'un stage de cinq jours et demi dans un lieu central. On s'attachera principalement à renforcer l'aisance et la confiance en soi des stagiaires dans leur rôle de conseiller et à leur enseigner les connaissances nécessaires pour occuper des fonctions de direction en général, diriger une réunion et établir des réseaux.
- Une définition précise des fonctions des jeunes membres et un plan à appliquer pour faire connaître l'apport du groupe au conseil d'administration.
- Un plan destiné à maintenir des contacts réguliers avec les jeunes membres.
- L'incorporation dans le processus d'une évaluation de l'orientation.

Le groupe se réunira deux fois par an, une fois terminées la mise au courant et la formation initiales, pour examiner les problèmes dont il sera saisi par le conseil d'administration. En outre, les membres du groupe consultatif des jeunes seront encouragés à prendre eux-mêmes l'initiative du conseil d'administration.

En principe, les méthodes interactives et participatives, tels les débats au sein de petits groupes de réflexion et les entretiens individuels, sont l'occasion de s'informer auprès des jeunes de leurs observations et opinions personnelles. Cependant, comme on l'a expliqué plus haut, ces méthodes participatives peuvent être difficiles à appliquer quand il existe des obstacles, culturels et politiques, à ce type de discussions franches et que le respect des chefs ou des anciens est solidement enraciné. De plus, il ne faut pas se cacher que les jeunes hésitent parfois à fournir des informations les concernant de peur que leur famille ou leurs amis en aient connaissance tôt ou tard. Le corps social reste tout-puissant dans de nombreuses régions, et les jeunes qui ne répondent pas strictement aux attentes de la société risquent de se taire de peur d'être démasqués. C'est dire qu'il est indispensable, s'agissant des attitudes et des attentes des adultes et des adolescents vis-à-vis de la participation, de tenir compte à la fois des apparences et de la réalité.

En dépit de ces obstacles, il est de plus en plus largement admis que l'efficacité de la programmation se renforce quand les jeunes sont considérés comme une ressource et qu'on les consulte systématiquement pour identifier les activités de nature à améliorer la santé des adolescents. Mais il faut pour cela changer d'approche et adopter une nouvelle façon de voir et de faire les choses. En enseignant des méthodes de travail avec les jeunes qui soient efficaces et en assurant un soutien permanent dans ce sens, on peut arriver à faire accepter la participation des jeunes et à vaincre les réticences de ceux qui y voient une intrusion. Mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que les jeunes deviennent rapidement des adultes et doivent donc être remplacés. Si ce renouvellement constant exige un effort particulier, il contribue également à revitaliser, et donc à en assurer la pérennité — thème de la section 9.

8.5 Détermination des groupes cibles

Les interventions peuvent être générales (visant toutes les personnes concernées), sélectives (proposées à un sous-ensemble jugé particulièrement exposé) ou ciblées (visant ceux qui sont les plus exposés). Les jeunes ne sont pas tous identiques. Ils ont des besoins et des priorités qui diffèrent selon leur âge, leur phase de développement, leur sexe et leur vulnérabilité — tant pour des raisons individuelles que du fait de leur environnement. En outre, les «lucarnes d'opportunité» (époques où les interventions sanitaires ont leur maximum d'effets bénéfiques) sont variables selon l'âge et le sexe. Il est donc important de connaître les besoins des différents groupes de jeunes et les âges clés qui conviennent pour tel ou tel type

d'intervention de façon à bien utiliser les ressources et fixer les priorités.

Il importe aussi de bien voir que les circonstances qui font qu'un jeune est exposé ne sont pas immuables, spécialement quand les conditions évoluent rapidement. Par exemple, certains adolescents peuvent se trouver jetés à la rue, où ils luttent pour gagner un peu d'argent, à la suite de difficultés financières rencontrées dans leur foyer. Quelques semaines plus tard, si la situation financière s'est améliorée, il peut très bien se faire que les mêmes adolescents aient cessé de vivre dans la rue et retournent à l'école. Il arrive aussi qu'un groupe de jeunes appartenant à une communauté stable et allant à l'école soit déplacé à la suite d'un conflit.

On a le plus grand mal à trouver le juste équilibre entre la promotion de la santé et du développement de la totalité des adolescents, spécialement les plus jeunes, l'aide aux groupes à risque élevé et la prise en charge des jeunes qui sont déjà malades ou blessés. Le choix des priorités est profondément influencé par la doctrine retenue en matière de santé publique au sujet des bénéfices que la société peut attendre selon qu'on s'intéresse aux jeunes peu exposés ou qu'on s'efforce d'atteindre ceux qui sont considérés comme particulièrement exposés à tel ou tel risque sur le plan sanitaire. Des considérations d'ordre politique et culturel influent sur le choix des premiers bénéficiaires des interventions — ou des bénéficiaires tout court. Les attitudes et les idées fausses à l'égard de diverses populations d'adolescents, peuvent s'opposer à l'attribution de ressources en leur faveur, de sorte qu'il faut d'abord s'attaquer à ce problème avant de plaider la cause d'un groupe particulier.

Une approche axée sur le développement des jeunes implique que la communauté consacre l'essentiel de ses ressources à mettre en place et renforcer les principaux mécanismes de soutien et les principales opportunités qui sont, en dernière analyse, décisifs pour le bon développement de la totalité des jeunes. Ces soutiens et opportunités font partie des droits fondamentaux des jeunes. Néanmoins, il conviendrait d'accorder une attention complémentaire, immédiate et soutenue, à ceux d'entre eux qui se trouvent dans une situation et un environnement dangereux. La programmation peut être rendue plus facile lorsqu'on classe les jeunes en trois groupes d'exposition — forte, moyenne ou faible — à un problème de santé déterminé et qu'on envisage ensuite les mêmes interventions de base pour ces trois groupes mais en les complétant par des interventions spécifiques pour les deux premiers. Une telle approche témoigne du fait que l'on est conscient que certains individus se trouvent dans des circonstances

plus difficiles que les autres, mais, de surcroît, elle élargit la cible en y incluant les sujets moyennement ou faiblement exposés.

Malheureusement, on est fort mal informé sur l'identité et le nombre des sujets exposés à un risque particulier, de sorte qu'on ne sait pas exactement où il faudrait intervenir. Par exemple, une erreur très fréquente un peu partout consiste à négliger les jeunes qui ne sont pas scolarisés. Souvent, la programmation aboutit à faire bénéficier le même groupe de jeunes scolarisés de multiples interventions menées dans différents contextes, par exemple l'école, les établissements religieux et les réunions des scouts et des guides. La programmation est alors éminemment bénéfique pour les jeunes qui en bénéficient, mais elle en laisse de nombreux autres sur la touche. Une classification soigneuse aide les planificateurs à s'apercevoir que les jeunes les plus vulnérables risquent de ne bénéficier d'aucun service et qu'il faut donc veiller à trouver et appuyer des activités qui bénéficient aux laissés pour compte.

Comme dans tout domaine de la programmation sanitaire, les considérations de coût et de rentabilité sont importantes pour établir la stratégie du ciblage. Il faut tenir compte non seulement de ce qui est possible pour un coût modique, mais aussi de l'intérêt des dépenses engagées au regard des bénéfices escomptés.

9. Pour la durabilité des programmes

9.1 Généralités

De nombreux programmes sont lancés en faveur des jeunes, mais très rares sont ceux qui «survivent» au-delà de cinq ans. Une étude officieuse de la Fondation internationale pour la jeunesse semble indiquer que moins de 20% des projets pilotes y parviennent (M. Alexander, communication personnelle, 1997). Souvent, la programmation est trop ambitieuse lors de la phase de démarrage parce qu'on dispose alors de fonds, si bien que les dotations en personnel et les activités définies à ce moment sont impossibles à maintenir durablement. Il est particulièrement important de mettre en place un système de programmation stable et durable dans le cas de la santé des adolescents étant donné le renouvellement naturel de la population desservie; il reste beaucoup à apprendre au sujet de la deuxième, de la troisième, etc., générations des programmes comportant une forte participation des jeunes. La méthode fréquente qui consiste à multiplier les projets pilotes ou les phases de démarrage est vouée à l'échec. Elle risque en outre d'être très décourageante pour les adolescents eux-mêmes dont les relations

de confiance qu'ils avaient établies avec des adultes sont brusquement interrompues quand les activités prennent fin. C'est spécialement difficile à supporter pour ceux qui n'ont pas d'autres véritables relations avec des adultes ou qui ont été abandonnés par des adultes dans le passé.

A noter qu'il existe des facteurs qui contribuent à la durabilité opérationnelle mais sont sans incidence sur la durabilité programmatique, laquelle est déterminée par une série complémentaire de facteurs spécifiques. Certains de ces derniers sont présentés au Tableau 6. Toutefois, il arrive que organisations et (ou) programmes se perpétuent alors qu'ils ont cessé d'être pertinents et efficaces.

Les sections qui suivent sont consacrées à certains des aspects qui sont une source de difficultés pour la conduite et la durabilité de l'action.

Tableau 6
Quelques caractéristiques des programmes durables

Caractéristiques opérationnelles	Caractéristiques programmatiques
<ul style="list-style-type: none"> • Une vision et une planification à long terme — une difficulté courante tient au fait que les programmeurs limitent leur planification et leur vision compte tenu des contraintes budgétaires du moment ou des intérêts des donateurs. Dans les programmes couronnés de succès, on tend au contraire à avoir une vision plus lointaine et un plan à long terme pour atteindre les objectifs fixés au-delà de la durée des dotations assurées. • Un style de leadership non autocratique — les programmes sont souvent dirigés par des individus charismatiques (souvent leurs fondateurs) qui ont tendance à accaparer tous les pouvoirs et se croient «indispensables». Si ce style de leadership visionnaire est efficace pendant la première phase d'un programme, la durabilité de ce dernier exige une décentralisation et la répartition des pouvoirs entre plusieurs personnes. En outre, il faut prévoir la relève à la tête du programme. 	<ul style="list-style-type: none"> • La participation de jeunes — les programmes où l'on assure la participation de jeunes à la planification, à la décision et à l'exécution restent pertinents et apparaissent plus légitimes aux yeux de la communauté et des parties prenantes. • La réponse à un besoin réel — le programme doit être lancé pour répondre aux besoins et aux souhaits de la communauté et des adolescents en cause. Il doit comporter des mécanismes qui encouragent une information en retour de la part des participants et autres parties prenantes et assurent la souplesse nécessaire pour s'adapter au changement.

Tableau 6
(suite)

Caractéristiques opérationnelles	Caractéristiques programmatiques
<ul style="list-style-type: none"> • Une viabilité financière durable et des budgets réalistes — il faut dès le départ établir un plan diversifié et à long terme qui assure des recettes au programme. Le plan doit être compatible avec les objectifs du programme et, autant que possible, ne pas reposer sur une unique source de soutien. • Le développement et le recrutement du personnel — le syndrome d'usure est courant dans ce domaine car la plupart des travailleurs de santé s'occupant de jeunes sont sous-payés et ont des emplois très exigeants et éprouvants sur le plan affectif. Il est absolument capital de donner à ce personnel la possibilité de progresser, de se développer et de se renouveler. Dans le même temps, il faut recruter des jeunes en tant que ressource pour l'avenir. • La surveillance de l'efficacité — en dernière analyse, un programme ne doit être poursuivi que s'il est efficace et apporte des améliorations à la vie des adolescents. Chaque programme doit comporter des mécanismes permanents qui permettent d'évaluer les résultats obtenus et les ajustements nécessaires. • Une croissance et une extension en plusieurs étapes — la tentation est souvent grande de vouloir développer les programmes efficaces, ce qui donne naissance à toute une série de nouveaux problèmes. L'expérience montre que l'extension ou la répétition d'un programme doivent être dictées par la demande et se faire progressivement, compte tenu de la capacité et de l'infrastructure existantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'exploitation des ressources locales — dans toute la mesure du possible, il faut tirer parti de l'infrastructure existante et travailler en équipe avec des organisations complémentaires. • Un travail dans de nombreux contextes avec de multiples acteurs — pour avoir les meilleures chances d'assurer aux jeunes un développement positif, il est indispensable de coordonner les principaux contextes et acteurs qui influent sur la santé des adolescents (foyer, école, groupes de jeunes, pairs, services de santé, pouvoirs publics, etc.). En travaillant dans de nombreux contextes et avec de multiples acteurs, on favorise la coordination et on évite les activités faisant double emploi. • Le renforcement de la capacité locale — il faut planifier l'action programmatique en tenant compte du fait que les organisations responsables ou les programmes ne sont pas éternels. Dès le début de la mise en œuvre d'un programme, les responsables doivent s'efforcer d'assurer un transfert local de connaissances et de compétences au profit des individus, des familles et des organisations communautaires. • La formation — dans le cadre du renforcement de la capacité locale, il faut assurer la formation de tous ceux qui ont des interactions régulières avec des adolescents et leurs pairs. Ces personnes ont besoin de connaître les problèmes touchant à la santé et au développement des adolescents, mais aussi d'avoir des aptitudes à la communication, spécialement celle de savoir écouter.

(M. Alexander, communication personnelle, 1997).

9.2 Encouragement des partenariats entre jeunes et adultes

Les adolescents sont sortis de l'enfance, mais sans être encore des adultes. Ce truisme est essentiel pour comprendre aussi bien l'importance des adultes dans la vie des adolescents que leur rôle dans la programmation. Pour que les adolescents se développent en bonne santé, ils ont besoin d'être soutenus et d'avoir la possibilité d'assumer des rôles et d'adopter des comportements d'adulte. Les programmes dont les activités impliquent l'intervention de jeunes et d'adultes en qualité de partenaires, ont une importance capitale pour trois raisons :

- ils développent la capacité et les ressources futures au plan local — la participation de jeunes aux côtés d'adultes à des programmes qui influent sur la vie des adolescents et le bien-être de leur communauté, constitue une occasion idéale pour acquérir des connaissances et compétences qui bénéficieront non seulement aux adolescents mais également à leurs familles, à leur collectivité et à leur progéniture.
- ils permettent de suivre le bien-fondé de l'action menée — en faisant participer des jeunes à la planification et à l'exécution des programmes, on aide les adultes de leur communauté et du personnel des organisations à ne pas perdre de vue l'évolution des réalités auxquelles sont confrontés les jeunes et à s'y adapter.
- ils garantissent une légitimité durable — l'adhésion résolue d'adultes à une participation réelle des jeunes, est un gage de respect et d'estime à leur égard. En outre, on assure ainsi la crédibilité du programme auprès des jeunes (le public visé) et sa légitimité aux yeux de la communauté.

A vrai dire, la participation des jeunes est la condition *sine qua non* de la survie des programmes et projets relatifs à la santé des adolescents, comme le reconnaissent de plus en plus souvent les pouvoirs publics, les planificateurs de programme et les collectivités elles-mêmes. Toutefois, on ne dispose pas d'exemples suffisamment bien documentés de programmes où des adultes et des jeunes aient travaillé ensemble à chaque étape du processus, particulièrement celles de la planification et de la prise de décision, de la fixation des priorités et de la gestion d'ensemble. S'il reste beaucoup à apprendre dans ce domaine, certains programmes ont déjà fait une priorité de l'attribution de rôles significatifs à des jeunes.

Un obstacle important à l'établissement de partenariats entre jeunes et adultes, consiste dans l'attitude condescendante d'adultes qui oublient qu'un jeune a besoin de se sentir «quelqu'un». D'après les adolescents la façon dont ils sont traités par les adultes est bien la preuve qu'ils sont comptés pour quantité négligeable. Il s'agit

fondamentalement d'un problème de pouvoir, les adultes (y compris les parents) cherchant à garder la maîtrise de la situation. «C'est une cause de ressentiment, de la part des jeunes qui veulent être pris au sérieux et échapper à ce climat politique étouffant» (R. Rajani, communication personnelle, 1995). En outre, la Convention relative aux droits de l'enfant (voir Annexe 2) n'est pas acceptée en totalité dans quelques pays où les adultes ont souvent beaucoup de mal à reconnaître une certaine autonomie aux adolescents.

L'aspect sans doute primordial lorsqu'on cherche à établir un partenariat entre jeunes et adultes, consiste à créer une atmosphère de confiance et de respect mutuel. Pour y parvenir, il faudrait que chacun dans la société arrive à mieux comprendre ce que signifie le fait d'être un adolescent dans le monde d'aujourd'hui et ce que les jeunes peuvent apporter et apportent réellement à la société. D'un autre côté, pour créer les conditions d'un «environnement propice à l'apprentissage», tant pour les adultes que pour les jeunes, il suffit parfois de choses relativement simples, par exemple un respect a priori, un éthos participatif favorisant la confiance et les discussions franches et de légers changements d'attitude. Il peut également être intéressant de demander aux adultes d'évoquer leur vécu à l'âge de 14 ans et de se rappeler l'impression que cela leur faisait alors d'être jeunes. Quel type de rapports les adultes avaient-ils avec leur entourage dans la vie courante et de quelle façon les traitaient-ils ? Qu'est-ce qui leur facilitait ou leur compliquait l'existence ? Lorsque les jeunes et les adultes changent ainsi mutuellement de rôle, ils arrivent parfois à mieux comprendre l'optique, les problèmes et les préoccupations de l'autre génération. Il faut examiner la nature des mécanismes en place pour assurer/suivre l'implication des jeunes et aider ces derniers à prendre conscience de tout ce qu'ils peuvent tirer des adultes, spécialement sous forme de conseils éclairés. Une évolution standardisée du type actuel de leadership et de gestion autocratiques, dirigés du sommet vers la base, est d'un très grand secours, de même que des discussions franches chaque fois qu'un adulte témoigne d'une attitude ambivalente vis-à-vis des jeunes.

Si l'on veut que les adultes parviennent à explorer les problèmes, à fournir les renseignements nécessaires au sujet de la croissance et du développement des jeunes et à respecter leurs décisions, il faut aussi respecter les sentiments et les préoccupations des adultes et les aider à mieux comprendre la position des jeunes. Les adultes ont besoin de recevoir une formation de base à l'art d'écouter et doivent s'entraîner avant d'assumer un rôle de facilitateur auprès de jeunes ou de se charger de la formation de futurs pairs éducateurs ou animateurs. Les caractéristiques souhaitables chez des adultes qui deviennent les

partenaires d'adolescents, ressortent par exemple des résultats de l'évaluation que l'Organisation mondiale du mouvement scout a consacrée, entre autres, aux caractéristiques des chefs scouts, sous la forme de trois études de cas approfondies réalisées dans des pays différents. Aux dires des jeunes, ce qu'ils apprécient et recherchent le plus, c'est une relation qui soit fondée sur une écoute attractive et une communication d'égal à égal, bien plus que ce n'est souvent le cas à l'école ou dans leur famille (185).

Une étude de l'ICRW, aux Caraïbes, a montré que si les responsables de programme recommandent couramment que leurs «clients», c'est-à-dire les jeunes, soient impliqués dans le processus, ils s'appliquent rarement cette recommandation à eux-mêmes (48). Une explication partielle à ce paradoxe consiste dans le manque de connaissance et d'expérience concernant la façon de s'y prendre pour faire effectivement participer les jeunes.

Les mécanismes présentés ci-dessous sont de nature à favoriser un partenariat entre jeunes et adultes au niveau de la programmation :

- Explorer franchement ce qu'on peut attendre de la participation de jeunes à l'effort de programmation dans la situation considérée — prendre le temps nécessaire au stade de la planification des programmes pour mieux voir en quoi la participation de jeunes est importante et pour étudier les fonctions que des jeunes pourraient assumer.
- Éviter les faux-semblants — repérer à l'intention de jeunes des rôles qui aient vraiment un intérêt, par exemple lors des discussions de planification stratégique sur l'identification des personnes les mieux placées pour atteindre chacun de ceux qui peuvent faire accepter le programme. Par exemple, mieux vaut peut-être au départ que ce soient des adultes qui s'entretiennent avec les chefs religieux.
- Identifier d'emblée les mécanismes à utiliser pour garantir une contribution constante des jeunes au programme (si l'on a recours pour cela à la création d'un comité, veiller à ce que des jeunes en soient membres à part entière) et se mettre d'accord sur une liste de pointage qui permette de suivre l'implication des jeunes ainsi que la satisfaction des jeunes comme par des adultes vis-à-vis du processus.
- Prévoir dès le début un lieu de réunion pour les jeunes afin qu'ils puissent se faire entendre (ce qui est difficile pour eux, comme pour tout autre groupe au pouvoir limité).
- Rechercher des mécanismes de contrôle — incorporer dans le système, et utiliser avec sérieux des indicateurs du processus

d'engagement des jeunes et, au bout d'un an, faire le point sur les progrès réalisés.

- Envisager divers moyens pour promouvoir l'engagement des jeunes à tous les niveaux. Si les planificateurs nationaux sont réellement désireux de favoriser la programmation en faveur des adolescents, il faut mettre au point des méthodes qui permettent d'impliquer des jeunes dans le processus de planification stratégique et faire la preuve de l'intérêt qui en découle pour la programmation.

En s'assurant très tôt le soutien des parents et de la communauté et en veillant, d'une façon ou d'une autre, à ce que ces deux groupes participent constamment au processus, on contribue à éviter plus tard un rejet. Quand la communauté a cessé de croire que les programmes sont compatibles avec des pratiques acceptables, il peut être difficile de retrouver son soutien, d'où des interruptions possibles dans l'exécution des programmes. Ainsi, on contribue à la durabilité de l'action entreprise en s'assurant un appui grâce à l'incorporation dans le processus de mécanismes qui renforcent la prise de conscience.

Comme exemple de rétablissement d'un partenariat entre adultes et adolescents alors que la confiance entre enseignants et élèves de sexe féminin avaient été ruinée à la suite d'actes répréhensibles, on peut citer l'action menée dans les districts de Mwanza et de Magu, en République-Unie de Tanzanie, par une ONG, le Tanzania-Netherlands Project to Support HIV/AIDS Control (TANESA) [Projet Tanzanie-Pays-Bas en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA]. L'enquête menée par TANESA pour recueillir les déclarations des victimes, et les plaintes du Comité scolaire du SIDA de ces deux districts, ont révélé que des professeurs hommes avaient abusé de leurs jeunes élèves. Afin de rendre les écolières moins vulnérables, les autorités éducatives régionales du district de Mwanza ont lancé un programme où un rôle de tuteur était confié à des enseignantes choisies pour leur âge, leur expérience pédagogique, leur ouverture aux autres et leurs bonnes manières, au terme d'une formation en matière de conseil et de santé sexuelle et génésique. Un an seulement après le début du programme, une première évaluation a montré que, parmi les filles qui avaient pris contact avec un tuteur (61%) la première raison évoquée (par 59% d'entre elles) était le harcèlement sexuel subi de la part des garçons, suivi d'un harcèlement sexuel par des hommes (13%) ou par des enseignants (9%). Naturellement, d'autres problèmes ont été discutés, à savoir les MST/SIDA (35%), la grossesse (32%) et la prévention des grossesses (22%). Ce programme de tutorat a été jugé très efficace, tant par les

professeurs que par les écolières, et, l'on peut espérer, même si les délits sexuels à l'école ne donnent pas encore toujours lieu à des poursuites devant les tribunaux, que la publicité négative faite au sujet de ces événements devrait désormais rendre plus difficile le harcèlement sexuel des filles dans ce milieu. Cette stratégie a été adaptée par la suite de façon que les garçons des écoles de la région puissent eux aussi faire appel à des tuteurs (des professeurs hommes) (210).

9.3 Réorientation et pérennisation des interventions existantes par le biais de la formation

La mise au courant, la formation, la coordination et le développement permanent de ceux qui ont des interactions avec les jeunes, sont capitales pour la programmation relative à la santé des adolescents, et cela pour plusieurs raisons dont les principales sont présentées ci-dessous :

- Tout d'abord, les personnes qui travaillent directement avec des adolescents constituent à leurs yeux des modèles de rôle, qu'il s'agisse de comportements positifs ou négatifs. Volontairement ou non, elles peuvent influencer sur l'image qu'un jeune a de lui-même, sur sa perception des adultes, sur ses décisions touchant à sa santé et sur de nombreuses autres croyances enracinées.
- Par ailleurs, les adolescents ont au cours d'une même journée des interactions avec de nombreuses personnes et dans des cadres divers (la maison, l'école, les groupes de jeunes, les services de santé, le lieu de travail, la cafétéria, etc.). Tous ces auteurs peuvent a priori avoir une forte influence sur le développement des adolescents dans un sens bénéfique; il faut donc qu'ils comprennent les objectifs de la programmation relative à la santé pour pouvoir mener une action concertée.
- En troisième lieu, il faut que la formation constitue d'emblée un aspect important du programme pour permettre le transfert de connaissances et compétences aux individus, aux familles et aux organisations communautaires de l'endroit. Un intérêt supplémentaire est qu'on assure ainsi la durabilité du programme au-delà de celle prévue pour le projet initial.
- Enfin, quatrième raison, des occasions de formation et de développement personnel contribuent à éviter le syndrome d'usure et la déception chez le personnel et chez les bénévoles qui travaillent avec les jeunes. Bien trop souvent, les programmes sont compromis par le taux de rotation élevé du personnel ou par la présence chez celui-ci d'individus qui n'ont pas résolu leurs propres problèmes et (ou) surmonté leurs préjugés. Travailler avec des

adolescents est le plus souvent une tâche mal rétribuée, imposant de lourds horaires et éprouvante sur le plan affectif. Les personnes qui travaillent avec des adolescents doivent avoir des occasions de se ressourcer, d'étudier ou de progresser sur le plan professionnel dans des conditions stimulantes, et elles doivent bénéficier du soutien de leurs collègues.

Pour être efficaces, tous ceux qui ont des interactions avec les adolescents doivent être informés des problèmes de santé et de développement concernant ce groupe d'âge, y compris les questions sensibles de la sexualité et des toxicomanies, et avoir des aptitudes à la communication avec autrui, spécialement savoir écouter. Pour certains, une formation spécialisée est nécessaire (en matière de conseil, par exemple), mais pour nombre d'entre eux, un rapide stage de formation par des techniques fondées sur la pratique peut suffire à créer la sensibilité requise. Souvent, l'information, le suivi et la supervision régulière du personnel qui travaille avec des jeunes, ne sont pas considérés comme des priorités du programme. La conséquence est qu'un obstacle constant réside dans l'absence, chez ce personnel, de connaissances sur la maturation des adolescents et son manque de compétences en matière de conseil et de relations avec autrui, notamment son incapacité à adopter une attitude neutre, excluant toute condamnation lorsqu'il se trouve confronté à des adolescents dont il désapprouve le comportement. Il est souvent particulièrement délicat de traiter de la question sensible, mais capitale, de la sexualité. Les efforts visant à promouvoir la santé des adolescents sont fréquemment ruinés par le mythe dévastateur — tenace en dépit de preuves scientifiques du contraire — selon lequel le fait d'assurer à des jeunes une information et des services concernant des problèmes sensibles tels que le comportement sexuel et la prévention des grossesses et des MST, équivaut à les inciter au vagabondage sexuel.

En outre, la réorientation des interventions menées dans le cadre d'un programme soulève des problèmes de formation propres à ce contexte. C'est ainsi que les enseignants sont hostiles à l'introduction de programmes d'éducation à la vie familiale, certains parce qu'ils estiment leur tâche déjà trop lourde, d'autres parce qu'ils sont mal à l'aise avec cette matière et ne se sentent pas préparés à l'enseigner, d'autres encore parce qu'ils redoutent les critiques des parents. Un délai est indispensable pour permettre des discussions au sujet des attitudes et des sentiments à l'égard des nouvelles interventions. Il importe de noter que les enseignants peuvent être de bons éducateurs en matière de santé génésique lorsqu'ils sont correctement consultés, formés et soutenus (211). Le personnel des dispensaires, lui aussi,

a besoin d'une formation spéciale pour pouvoir adopter vis-à-vis des jeunes clients une attitude de soutien, excluant tout jugement, et les aider à choisir une méthode appropriée de contraception et de protection contre les MST. D'autres types de formation sont nécessaires pour différents acteurs, à savoir : une formation aux techniques de la recherche en vue des analyses de situation; une formation à la gestion, notamment au sujet des approches multisectorielles et de l'implication des jeunes; une meilleure connaissance des méthodes de nature à assurer la durabilité; enfin, une formation à des techniques de surveillance et d'évaluation qui soient adaptées au domaine de la santé des adolescents.

Un certain nombre de programmes menés à l'échelle d'un pays ont déjà réussi à s'installer dans la durée grâce à des stratégies de formation et de réorientation corrélative (Encadré 27). La capacité technique à élaborer des interventions et à apprendre à des adolescents et à des adultes à les mettre en œuvre, peut être renforcée par l'établissement de liens entre le programme et d'autres organisations — notamment les universités — capables dans de nombreux endroits de contribuer à la formation et au développement des moyens d'action.

Encadré 27

Importance de la formation pour la durabilité des programmes

Un programme national étendu à l'ensemble de la Jamaïque a mis sur pied avec succès une série d'interventions confiées à des pairs éducateurs en matière de santé génésique. La formation indispensable chaque année aux nouvelles promotions de pairs éducateurs a été assurée grâce à un système à deux étages qui prépare des formateurs à travailler en équipe pour former à leur tour des pairs éducateurs dans l'ensemble des régions du pays. Le processus de programmation se distingue notamment par l'élaboration et l'essai pratique rigoureux, d'une part, du programme d'enseignement de base confié aux pairs et, d'autre part, des ateliers prévus pour la formation des pairs éducateurs et de leurs propres formateurs. La mise au point initiale a pris longtemps, mais, dès la troisième année, le «retour sur investissement» a connu une croissance explosive puisque 250 pairs éducateurs travaillant en équipes dirigeaient des sessions interactives au profit de jeunes du même âge, les faisaient bénéficier d'interventions interactives d'information et d'acquisition d'aptitudes et, en cas de besoin, les dirigeaient sur les services de santé compétents, en zone urbaine ou rurale. L'évaluation du processus a été capitale à chaque stade pour assurer la bonne adéquation des matériels, des méthodes de formation et des critères fixés pour la sélection des candidats aux fonctions de pairs éducateurs ou de formateurs de ces derniers.

Encadré 27 (suite)

Ce genre de système de formation permet de préparer des éducateurs capables de diriger des ateliers et de préparer d'autres qu'eux à mener à plus grande échelle telle ou telle intervention. Si ce programme a pu assurer une vaste couverture, c'est pour beaucoup grâce à la présence dans le pays d'un réseau de la Croix-Rouge qui faisait largement participer des jeunes à nombre de ses activités. Néanmoins, les séances de formation visant à sensibiliser les adultes bénévoles aux objectifs de la programmation concernant la participation des jeunes ont conservé tout leur intérêt, vu que ces adultes n'étaient pas tous également prêts à accorder aux jeunes un rôle réel dans la planification, l'exécution et l'évaluation. La rédaction de textes divers et de guides pour chacun des niveaux du système de formation, de même que l'établissement de plans pour le recrutement des éducateurs, sont des aspects essentiels d'un système de formation qui ne s'appuie sur un seul et même petit groupe de personnes, souvent contraint de travailler à partir d'un emplacement central, pour former les pairs éducateurs. Cette programmation semble très prometteuse, mais il faudra qu'elle subisse l'épreuve du temps pour qu'on puisse pleinement en apprécier la valeur (Croix-Rouge jamaïcaine & Croix-Rouge américaine, données non publiées, 1995).

Au Brésil, les responsables du Programme national relatif à la santé des adolescents imputent son succès à la mise au courant et à la formation de personnel à tous les niveaux. Le système de formation adopté comporte trois stades :

- Sensibilisation — un stage de formation de 40 heures permet de familiariser les professionnels avec l'adolescence en général, les besoins et les préoccupations de cette période, le cadre général du programme, les priorités des soins aux adolescents, etc.;
- Constitution d'une capacité — elle est assurée grâce à des séries de séances de formation consacrées à des problèmes particuliers de l'adolescence, par exemple la croissance et le développement, la santé mentale, la santé physique, etc.;
- Cours pour facilitateurs — ces cours destinés à former des professionnels qualifiés qui seront chargés à leur tour de former d'autres personnes sont souvent organisés avec la coopération d'universités. En 1991, le SASAD (Serviço de Assistência a Saúde do Adolescente — Service d'aide à la santé des adolescents) a préparé un manuel de sensibilisation, suivi, en 1993, d'un guide technique sur les groupes d'adolescents et les techniques participatives. Avec l'appui de l'OPS et l'aide de facilitateurs préalablement formés, le SASAD a réuni une équipe pluridisciplinaire de professionnels et revendique la création, dans chaque Etat du pays, d'au moins un noyau qui assure l'intégralité des soins de santé aux adolescents (par des professionnels parfaitement qualifiés). Le programme devra poursuivre la diffusion active de ses méthodes de formation car, étant donné le nombre d'adolescents, il n'existe pas encore suffisamment de professionnels formés aux problèmes de santé de cette classe d'âge (C. Hanson, données non publiées, 1995).

9.4 **Coordination des activités menées dans de multiples contextes**

L'exposé ci-dessus des approches retenues pour améliorer la santé et le développement des adolescents, montre que les projets foisonnent dans ce domaine. Cependant, rares sont les cas où la gamme complète des interventions envisageables a été appliquée dans tous les contextes où elles auraient été souhaitables. Un problème difficile à résoudre consiste à coordonner les activités actuelles et à s'appuyer sur elles, étant donné leur nature multidimensionnelle, la diversité de leurs priorités et leur capacité inégale à assurer l'exécution et la gestion des interventions dans les différents contextes. L'expérience de la programmation démontre que les efforts visant à assurer la coordination dans une situation aussi complexe ne peuvent pas aboutir en l'absence d'un mécanisme qui permette de réunir régulièrement les principaux partenaires afin qu'ils fixent et surveillent le calendrier d'exécution tout en confrontant leurs expériences en la matière.

Une autre méthode préconisée par l'UNICEF (30) consiste à réunir un groupe représentatif de personnes intéressées pour leur confier la direction du processus de mise en œuvre. Des groupes de coordination de ce type doivent compter parmi leurs membres des techniciens et des gestionnaires représentant les différents contextes, les ministères d'exécution, les centres de recherche et les ONG partenaires, ainsi que les organisations multilatérales et les donateurs bilatéraux. Cela permet de dégager plus facilement un minimum d'accord général sur les concepts directeurs, les principes de la programmation et les stratégies essentielles au niveau national, ce qui, du même coup, facilite un processus similaire pour la mise en œuvre au niveau infranational. Le plus souvent, ce type de collaboration est assuré par des organismes variés : groupes de travail nationaux relatifs à la santé des adolescents, suffisamment nombreux pour donner aux intéressés le sentiment d'avoir leur mot à dire sans toutefois atteindre un effectif qui les rende ingérables; coalitions nationales entre partenaires d'exécution déjà en place, principalement des ONG et d'autres organisations communautaires; commissions nationales, se consacrant le plus souvent à des problèmes déterminés, concernant par exemple la population ou la maternité sans risque; enfin, groupes à thème en rapport avec la santé et le développement des jeunes, notamment groupes déjà créés à la suite des problèmes posés par le VIH/SIDA ou l'usage illicite de la drogue.

Une évaluation thématique récente consacrée par le FNUAP aux programmes d'information et de service visant les adolescents a

montré qu'il existait effectivement dans la plupart des administrations nationales des organismes chargés de coordonner les activités de planification familiale et (ou) de population et qu'on y avait récemment créé des organes centralisateurs pour les questions touchant aux jeunes (84).

A l'heure actuelle, on constate qu'une coordination s'opère au niveau national dans plusieurs pays. Cela s'explique du fait que les partenaires responsables de l'exécution sont eux-mêmes conscients de l'importance d'une clarification et d'une coordination sur plusieurs points :

- le profil actuel des activités, des partenaires et des collaborations et l'ampleur de l'action menée;
- l'identification de mécanismes pragmatiques utilisables pour assurer une coordination efficace aux niveaux national et local;
- un consensus au sujet des priorités, des objectifs et des stratégies de mise en œuvre;
- les mécanismes utilisables en pratique pour confronter les méthodes qui se sont révélées efficaces et réfléchir en commun sur ce qui marche ou ne marche pas;
- les possibilités de mieux axer, compléter et partager les ressources techniques, gestionnaires et financières dont disposent des acteurs aux intérêts convergents;
- les efforts nécessaires pour combler les lacunes habituelles constatées en tirant parti au maximum de l'expertise technique existante, en liaison avec un réseau d'assistance technique régional et, si besoin est, international;
- les stratégies assurant une participation efficace des jeunes;
- la rentabilité et la durabilité des programmes.

En Malaisie, plusieurs initiatives créatrices sont en cours en faveur de la jeunesse. Elles présentent un bon exemple d'activités qui sont menées dans différents contextes et qui, malgré des liens mutuels, ne relèvent pas toutes des mêmes instances administratives, d'où le risque de problèmes de coordination. Par exemple, une initiative nationale ambitieuse en faveur des jeunes est gérée, sous le nom de Rakan Muda (amitié avec les jeunes), par le ministère de la Jeunesse et des Sports et vise à canaliser l'énergie des jeunes vers divers programmes de mode de vie très attrayants à leurs yeux et à développer chez eux la volonté de résister aux nombreuses tentations maléfiques de la société actuelle (Sharifah Tahir, communication personnelle).

Une fondation lancée avec le soutien de l'UNICEF, CHILDHOPE ASIA — Families and Children for Empowerment and Development

Foundation Incorporated, constitue un exemple d'organisme au sein duquel de nombreuses ONG se regroupent en vue d'améliorer les conditions de vie, d'aider les familles et de faire évoluer les esprits au sujet des raisons du phénomène des jeunes des rues et de la nature des besoins de ces jeunes, notamment sur le plan sanitaire. En collaborant avec l'OMS dans le cadre de son projet «enfants des rues», lequel relève du Programme de l'Organisation sur les toxicomanies, la Fondation est en train d'élargir cette base de réseaux et d'actions communautaires concertées en vue d'améliorer les interventions dans le domaine de la drogue. Un autre élément qui contribue beaucoup au renforcement de la collaboration, consiste dans la capacité d'assurer une formation dans trois domaines : les problèmes essentiels expliquant l'usage de la drogue chez les jeunes, les méthodes d'évaluation rapide permettant de mieux connaître les besoins des jeunes, et les façons de mobiliser la communauté pour qu'elle recherche l'engagement d'autres ONG (212).

9.5 **Recrutement permanent de jeunes en tant que ressources humaines**

Comme cela est affirmé tout au long du présent document (voir section 6.2), la participation directe de jeunes est l'un des principes les plus importants de la programmation relative à la santé des adolescents. Par ailleurs, comme on l'a déjà dit, les jeunes deviennent rapidement des adultes et doivent alors céder la place à d'autres jeunes. La participation systématique de jeunes implique donc la reconstitution constante de cette ressource essentielle pour l'élaboration, l'exécution et le renouvellement des programmes — impératif qui reste l'un des principaux problèmes gestionnaires inhérents à ce type de programmes. Si ce perpétuel changement exige un effort particulier, il est aussi une source de vigueur nouvelle pour des programmes dont il contribue à maintenir la bonne adéquation et la crédibilité.

L'UMATI vise précisément, par l'initiative dont il a été fait état plus haut, à résoudre ce problème dans ses programmes de formation de pairs éducateurs. Il a été reconnu qu'il importe de répéter les cycles de formation pour chaque nouvelle génération de pairs éducateurs et d'offrir aux «anciens» de nouveaux rôles et opportunités dans le programme à mesure que leurs centres d'intérêts changent avec l'âge (N.B. Katunzi, données non publiées, 1995).

Dans d'autres endroits, par exemple l'Université Kenyatta de Nairobi (Kenya), on utilise avec succès des supports imprimés à très large

diffusion pour sensibiliser le grand public au programme et recruter les futurs pairs éducateurs. Un magazine géré par les étudiants, *KU Peer*, aborde toute une série de problèmes de santé, par exemple les toxicomanies, la santé sexuelle et génésique, la réduction de la violence et d'autres problèmes sociaux importants sur le campus. Des articles et éditoriaux de fond rédigés par des pairs conseillers traitent de problèmes concernant les adolescents plus âgés et s'efforcent de mieux faire connaître des jeunes les comportements bénéfiques à la santé. La publication a également l'intérêt de rehausser le statut social des pairs conseillers en mettant en relief les services qu'ils rendent et les activités qu'ils mènent, ce qui augmente la motivation des étudiants à assumer ce type de fonctions. Imprimé en collaboration avec Pathfinder International, dans le cadre du Family Welfare and Counselling Project de l'Université Kenyatta, le magazine touche plus de 20000 lecteurs répartis dans les universités, les collèges universitaires et les écoles de l'ensemble du pays. Il est indéniable qu'il a contribué à mieux faire connaître le programme actif et respecté des pairs quand on sait, par exemple, que les coordinateurs du programme ont dû traiter 5000 demandes de jeunes qui souhaitaient devenir des pairs éducateurs dans l'ensemble de la région de Nairobi (213).

Pour entretenir l'intérêt des jeunes, une méthode consiste à faire en sorte que les sujets abordés soient d'actualité et adaptés aux préoccupations des jeunes et à l'évolution de leurs besoins. La programmation répond à la nécessité d'une certaine souplesse de fonctionnement dans le pays, en apprenant aux enseignants, aux animateurs et aux bénévoles à savoir se procurer l'information dont ils ont besoin. Des membres éminents de la communauté peuvent également apporter leur aide aux animateurs pour que ceux-ci soient mieux prêts à répondre à toute une série de problèmes de santé dans le cadre des programmes. En Tunisie, le ministère de l'Education a réussi à créer dans les écoles des clubs de santé qui bénéficient d'une participation active de jeunes grâce au principe adopté, à savoir que les domaines abordés doivent correspondre à leurs problèmes, questions et préoccupations. On apprend aux enseignants à engager directement les élèves dans la recherche de l'information. C'est ainsi que si un élève souhaite travailler sur une question a priori non planifiée, il doit d'abord déterminer les endroits où trouver l'information nécessaire, les intervenants à inviter, les sites communautaires à visiter et les autres organisations ou groupes susceptibles de l'aider. Cette approche aurait contribué à maintenir l'intérêt des jeunes pour le programme et leur participation (144).

9.6 Une programmation à grande échelle

Si l'on consacre partout dans le monde des programmes efficaces à la santé et au développement des adolescents, ils n'atteignent qu'une fraction de leurs bénéficiaires potentiels. Comment faire pour que ces programmes soient adaptés, développés ou répétés de façon qu'un plus grand nombre de jeunes en tirent profit ? D'après l'expérience de la Fondation internationale de la jeunesse (bilan de 132 programmes consacrés aux jeunes dans plus de 30 pays), l'extension d'un programme relève classiquement d'un (ou plusieurs) des mécanismes suivants : l'augmentation du nombre d'endroits où le programme est mis en œuvre; l'accroissement du nombre de jeunes qui en bénéficient à un endroit donné; enfin, le renforcement de l'impact du programme grâce à la constitution de réseaux, en exploitant l'infrastructure existante, ou à l'établissement de liens avec des programmes indépendants qui proposent des services similaires ou complémentaires. Les exemples abondent de programmes que l'on a réussi à répéter ailleurs ou à étendre — aux plans local, national ou international.

Depuis quelques années, les directeurs de programme et les organismes de financement sont de plus en plus soucieux d'efficacité à long terme et de durabilité et, pour mieux y parvenir, explorent la possibilité d'adapter les «meilleures pratiques». L'étude précitée de la Fondation internationale de la jeunesse a révélé qu'en 1990 environ 80% du financement mondial des programmes relatifs aux jeunes avait été affecté à des programmes novateurs et non à la répétition de programmes antérieurs. Seuls 20% de ces «programmes pilotes» se sont prolongés plus de cinq ans. La majorité des spécialistes estiment que mieux vaudrait arrêter de «réinventer sans cesse la roue» et investir au lieu de reproduire et (ou) développer des programmes qui répondent aux «meilleures pratiques», moyennant leur adaptation. Toutefois, le terme «reproduction» pose problème, en particulier parce que rares sont ceux qui s'accordent sur la façon de reproduire un programme et plus encore sur la définition de ce terme. En 1990, la Fondation C.S. Mott a établi un rapport spécial intitulé *Replication : sowing seeds of hope* dans lequel on trouve l'analyse de quatre stratégies courantes pour la reproduction des programmes : la franchise ou reproduction à l'identique, l'approche adaptative, la diffusion d'un concept et la constitution de réseaux.

- La franchise ou reproduction à l'identique (*cookie cutter*, saucissonnage) — cette méthode vise à lancer le même programme dans de nombreux endroits. Le plus souvent, cette répétition à l'identique est coordonnée par un organisme central qui assure

un contrôle rigoureux dans les divers endroits afin d'assurer l'uniformité et la qualité tant des prestations que des résultats. Dans le cas des programmes relatifs aux jeunes, une version légèrement moins rigide, permettant certains aménagements, est sans doute plus courante. Pour la plupart des programmes sociaux, le clonage, l'imitation ou d'autres formes de reproduction à l'identique ne sont ni praticables ni souhaitables.

- L'approche adaptative — tout en maintenant la finalité et l'intégrité du programme original, cette stratégie prévoit une marge de manœuvre qui permet d'adapter les programmes à la diversité des besoins, du public visé ou d'autres éléments culturels. Comme programme de ce type, on peut citer Youth as Resources, modèle de service communautaire élaboré aux Etats-Unis d'Amérique puis adapté avec succès dans toute la Pologne. Un autre exemple est fourni par l'évaluation déjà citée de l'Organisation mondiale du mouvement scout, laquelle a également porté sur l'apport éducatif du scoutisme pour les adolescents. Dans les trois études de cas approfondies menées dans différents pays, il apparaît que cet apport dépend en dernière analyse de la capacité de l'animateur local à adapter les méthodes du scoutisme aux besoins des jeunes dans le contexte qui est le leur (185).
- La diffusion d'un concept — cette méthode de reproduction d'une grande souplesse consiste à diffuser un concept sans pratiquement exercer de contrôle sur les modalités de l'élaboration des programmes à tel ou tel endroit. Un exemple concernant l'Amérique latine est celui du concept de l'«éducation dans la rue» visant les enfants qui vivent et travaillent sur la voie publique. L'éducation dans la rue est utilisée seule ou, plus souvent, parallèlement à des programmes comportant plusieurs phases. L'application de la méthode présente la même diversité que ceux à qui elle est confiée. Cependant, la diffusion de l'information, l'aide technique et la constitution de réseaux entre «éducateurs de la rue», se révèlent décisifs pour la qualité du service.
- La constitution de réseaux — comme celle de la diffusion d'un concept, il s'agit d'une méthode souple dont l'objectif consiste à encourager l'adaptation et la reproduction de programmes et de pratiques qui ont donné satisfaction. La mise en place de réseaux permet de créer des liens entre diverses organisations et d'assurer ainsi un apprentissage interactif rapide ainsi que la propagation de méthodes ou modèles particuliers. Pour illustrer cette méthode, on peut citer le mécanisme du «groupe de soutien technique», effort concerté inter-organisations qui a bénéficié de l'appui de

l'UNICEF de 1993 à 1995 en vue d'accélérer l'apprentissage au sein de l'organisation et d'améliorer ainsi le concours de l'UNICEF dans les domaines de la santé et du développement des adolescents et du VIH/SIDA. L'implication résolue de partenaires clés, dont les institutions spécialisées des Nations Unies, diverses fondations et d'autres organisations techniques, a constitué un élément d'autant plus capital qu'il s'agissait d'un domaine d'activité où l'efficacité n'est possible que si les connaissances sont partagées de façon à transcender les intérêts et programmes étroits des organisations en cause. Alors que, en 1991 et 1992, aucun bureau de l'UNICEF ne participait à des programmes d'appui relatifs au VIH/SIDA chez les adolescents, on comptait en 1995, lors de l'achèvement du mandat du groupe de soutien technique, au moins 35 rapports annuels par pays faisant état d'initiatives en cours relatives aux adolescents, aux jeunes et au VIH/SIDA (214, 32). La Fondation internationale de la jeunesse insiste beaucoup sur la nécessité d'encourager la constitution de réseaux et le partage de l'information sur les meilleures pratiques en vue de promouvoir un développement positif chez les jeunes. En 1991, elle a entrepris la mise en place d'un réseau international regroupant les programmes du monde entier qui ont assuré avec succès des services aux jeunes. Vu l'importance du contexte culturel, la Fondation insiste sur le partage des stratégies ou des meilleures pratiques, de préférence à l'adoption de programmes «modèles».

- L'édification sur la base d'une infrastructure importante — il peut s'agir par exemple, du système scolaire, institution capitale à deux égards : la prise en charge par l'école de programmes d'éducation sanitaire complets et, comme l'a recommandé le Comité OMS d'experts sur l'éducation et la promotion sanitaire globales à l'école, la promotion d'un environnement salubre global à l'école qui doit devenir un lieu sans danger pour les élèves et un endroit où le souci de la santé est constant tout au long de la journée. En Belgique, le système scolaire concerné par un projet concernant la nutrition ne comptait au début, en 1991 et 1992, que 35 écoles, avant de s'étendre, sans difficulté majeure, à 300 écoles réunissant 80 000 élèves, à la fin de 1995 (C. Vandoorne, A. Poumay & M.L. Nieuwenhuyse, données non publiées, 1995). Au Botswana, le programme PACT d'éducation par les pairs (déjà cités) qui avait commencé dans 11 écoles de Gaborone a pu être étendu, au bout de trois ans, aux écoles d'autres villes et bourgades, l'objectif étant d'atteindre la totalité des écoliers du pays d'ici à la fin de 1996. Dans chaque cas, les facteurs décisifs ont consisté dans la collaboration sans réserve des enseignants et des élèves et dans

l'adhésion et le soutien du gouvernement face à un besoin reconnu des jeunes (YWCA, données non publiées, 1995).

Recours à quelques partenaires nationaux potentiels pour atteindre plus facilement une programmation à grande échelle au niveau du pays

Le rôle des pouvoirs publics, en tant que principal partenaire national, peut sembler aller de soi; il est pourtant essentiel d'en mentionner le rôle et la capacité du secteur public s'agissant de conférer une ampleur suffisante aux programmes efficaces. Si la prudence est de mise pour éviter qu'un programme ne dépende trop du financement de l'Etat (ce qui serait d'ailleurs préférable à une dépendance vis-à-vis de donateurs extérieurs), le secteur public a indiscutablement un rôle essentiel pour assurer l'extension des programmes efficaces. Comme autres infrastructures nationales, il faut citer les services des ministères compétents (santé, éducation, bien-être social, protection et développement de la femme, etc.). Dans plusieurs pays, le ministère de la jeunesse et de la santé ou celui de la jeunesse et des sports consacrent des programmes spécifiques aux jeunes. C'est ainsi que le ministère de la Jeunesse et des Sports en Malaisie et l'Union des jeunes au Viet Nam ont mis en place d'excellents réseaux pour assurer une programmation à grande échelle, et cela avec une forte participation des jeunes eux-mêmes.

A côté du secteur public, il existe dans tous les pays un certain nombre d'ONG nationales qui sont des partenaires importants opérant aux niveaux national et infra-national et dont le concours serait logique et très efficace étant donné leurs possibilités d'accéder aux collectivités écartées et d'établir des réseaux locaux. On devrait aussi pouvoir trouver des partenaires dans les organisations internationales qui comptent des jeunes parmi leurs membres et disposent de réseaux nationaux partout dans le monde, tout particulièrement le Mouvement des scouts et des guides, l'YMCA et l'YWCA. Il faut également mentionner des organisations internationales comme la Croix-Rouge et le Croissant-Rouge dont une des missions consiste à atteindre les jeunes au niveau des communautés, ainsi que des organisations multilatérales comme l'UNICEF. Une autre ONG internationale mérite d'être signalée est l'IPPF qui assure un soutien à ses bureaux nationaux en matière de programmation et coiffe des programmes concernant certains aspects de la santé génésique, notamment à l'intention des adolescents. L'intérêt d'appartenir à un réseau international est double : la possibilité d'apprendre, de partager et de travailler avec des homologues d'autres pays, et la réalisation d'économies d'échelle

grâce à la mise en commun de prototypes de matériels et de guides relatifs à la programmation, ce qui facilite l'information et l'aide technique. En outre, la présence sur la scène internationale facilite souvent l'accès aux donateurs intéressés et, par voie de conséquence, l'obtention d'un financement.

Facteurs contribuant au succès de l'extension de projets et programmes

Les exemples qui suivent de projets et programmes déterminés, — déjà présentés dans ce qui précède — mettent en lumière toute une série de facteurs jugés à l'origine de leur succès.

- Le soutien des pouvoirs publics constitue un élément important dans la plupart des projets, tant pour leur développement que pour leur durabilité. Au Botswana, le projet PACT qui avait débuté en tant qu'activité de l'YMCA financée par l'Agence suédoise de coopération au développement international (Sida), a par la suite diversifié ses sources de financement en s'adressant à plusieurs donateurs internationaux avant de se voir finalement accorder des subventions par les ministères de l'Éducation et de la Santé et par le Conseil du développement démographique (YWCA, données non publiées, 1995).
- Une action promotionnelle de la part des directeurs de projet auprès des leaders nationaux, permet parfois d'obtenir un soutien accru. En témoigne, par exemple, le fait que le PACT a réussi à obtenir l'appui de l'administration centrale grâce à une stratégie promotionnelle axée sur les hommes politiques, les hauts fonctionnaires responsables de la politique générale, les chefs d'établissement scolaire, les enseignants et les responsables des services officiels chargés des questions de population et de développement. Comme autres exemples, on peut citer des initiatives telles que «Cities in Schools» aux États-Unis d'Amérique (8), «Butterflies (8) et «Project Alternatives» (D.C. Kaminsky, données non publiées, 1995).
- L'établissement d'un partenariat multisectoriel entre le Gouvernement ougandais, le FNUAP et certaines ONG se reflète dans les stratégies adoptées pour l'exécution du Programme for Enhancing Adolescent Reproductive Life (215). Lancé en 1995 et 1996 sous forme d'un projet pilote dans quatre districts, ce programme devrait être étendu à quatre nouveaux districts par an pendant la période quadriennale 1997-2000.
- L'association d'une direction énergique et d'une gestion efficace à la confiance engendrée par le succès du projet, trouve une

illustration dans le projet SERVOL (G. Robinson, données non publiées, 1995b).

- La garantie de la stabilité financière indispensable au développement du projet est illustrée par le projet belge relatif à la nutrition (C. Vandoorne, A. Poumay & M.L. Nieuwenhuyse, données non publiées, 1995).
- La constitution d'une capacité est un aspect qui caractérisait la plupart des projets, et plus particulièrement ceux de l'UMATI (N.B. Katunzi, données non publiées, 1995) qui a réussi à étendre progressivement un modèle de formation à certains districts. Chacun des projets a établi un programme et des directives propres qui ont été mis à profit dans le processus d'extension.
- La participation des jeunes et de la communauté a été une caractéristique commune à tous ces projets, jugée capitale pour le succès de l'entreprise par les organisateurs.
- La demande d'activités émanant indépendamment de certains clients est apparue comme un facteur important à prendre en cause car l'extension des projets ne peut être couronnée de succès que si elle répond à la demande effective et à des besoins authentiques.

Quelques exemples de programmation à grande échelle

Un certain nombre de projets ont été intégrés dans des institutions ou des systèmes qui étaient déjà en place dans l'ensemble d'un pays et se prêtaient à leur extension, une fois la méthodologie adoptée et trouvée utile. En voici quelques exemples :

- Les médias, par exemple le projet radiophonique *Dehleez* en Inde qui a diffusé une série de dramatiques spécialement destinées aux jeunes pour les sensibiliser aux problèmes de sexualité et de santé génésique et accroître leurs connaissances dans ce domaine. La participation interactive des auditeurs a rendu ce programme très populaire et a contribué à son succès, de sorte qu'il est aujourd'hui largement étendu par Air India qui en assure la traduction dans les langues locales de l'Inde. La radio constitue l'un des moyens qui permet d'atteindre la totalité des zones rurales, et ce projet démontre également qu'une ONG nationale travaillant avec le secteur privé — en l'occurrence une station de radio commerciale — peut arriver à assurer une large couverture à des programmes importants pour la santé des jeunes (G. Giridhar, données non publiées, 1995a).
- Des clubs de jeunes locaux ont été créés par l'Union vietnamienne de la jeunesse en s'appuyant sur la structure administrative

décentralisée du pays pour couvrir la totalité des districts. Plus de 1000 clubs ont été créés dont chacun se développe indépendamment au sein de la communauté dont il relève. Sont à noter essentiellement le ferme soutien des pouvoirs publics et une conception du projet fondée sur la «participation des jeunes», considérée comme une clé du succès remporté (C. Serrano, données non publiées, 1995).

Durabilité de la programmation à grande échelle

Il n'existe pas de solutions faciles au problème souvent évoqué de la durabilité des programmes. C'est désormais une préoccupation pour la plupart des gouvernements, des organisations et des donateurs, et certainement des communautés, encore qu'une clarification reste nécessaire du point de vue opérationnel et que l'on aurait besoin de quelques exemples de meilleures pratiques. Toutefois, il existe certains éléments dont on considère qu'ils contribuent à la durabilité des projets et programmes, à savoir des facteurs financiers, le contexte général (pertinence, engagement politique, réponse aux besoins locaux), des facteurs institutionnels (capacité, expertise technique), les ressources humaines (capacité et gestion) et les facteurs d'environnement (d'impact).

Premier problème évident, sur lequel ont principalement porté les études anciennes, la durabilité des projets sur le plan financier continue d'être une importante préoccupation pour les donateurs. Classiquement, puisque la viabilité financière d'un projet ou programme est souvent appréciée sur toute la durée prévue pour celui-ci, il est fréquent que son étude relève de la prospective et soit fondée sur les tendances du moment. Dans la plupart des cas, il serait irréaliste d'escompter une viabilité financière à court terme. Il faut d'emblée conférer au projet ou au programme une orientation qui réduise au minimum la dépendance vis-à-vis de donateurs extérieurs et, pour le moins, «répartir» la base financière entre plusieurs donateurs.

Une méthode concrète pour tenter d'améliorer la viabilité financière est celle du partage des coûts, technique relativement récente qui aboutit à établir de nouveaux partenariats en vue du financement en faisant appel aux communautés (216) et aux médias, ainsi qu'au secteur de l'entreprise (119).

La capacité institutionnelle et la réunion de moyens d'action sont deux autres domaines qui ont retenu l'attention, encore que leur analyse soit délicate car les méthodes et outils d'évaluation à utiliser n'ont pas été correctement explorés, identifiés et développés. Les

lacunes dans ce domaine devront être prises en compte grâce à l'établissement systématique de réseaux et à la confrontation des expériences menées par tous les partenaires : donateurs, organisations multilatérales, gouvernements, ONG et instituts de recherche. Toutefois, certaines observations préliminaires donnent à penser que la capacité à assurer la durabilité institutionnelle est souvent liée à la capacité à assurer également la durabilité sur le plan financier (217).

10. Surveillance et évaluation

10.1 Généralités

De nombreuses parties prenantes veulent de plus en plus souvent savoir à quoi exactement ont abouti tous les efforts et toutes les ressources investis dans les programmes. Les responsables de la politique générale et les prestataires de services veulent connaître le coût des programmes, leur mode de fonctionnement, la façon d'en maximiser l'apport complémentaire tout en réduisant au minimum les doubles emplois, et disposer de données et d'observations sur lesquelles fonder leurs décisions. La surveillance et l'évaluation sont les fonctions précisément d'intérêt primordial à cette fin puisqu'elles permettent de savoir ce qui se passe sur la base de données susceptibles d'être recueillies par toutes les parties intéressées. L'importance de ces deux processus pour l'élaboration et la mise en œuvre de n'importe quelle stratégie systématique de la programmation, est de plus en plus manifeste. C'est ainsi qu'une surveillance et une évaluation bien conduites, outre qu'elles permettent à toutes les parties prenantes — communautés, personnel du programme, pouvoirs publics, organisations et donateurs — d'être informées du déroulement du programme, assurent également une information en retour sur le plan opérationnel qui permet de réorienter la stratégie et de renforcer telle ou telle intervention. Avant tout, il est urgent dans le domaine de la santé publique d'arriver à comprendre les interactions complexes qui s'exercent entre tous les facteurs sources de progrès pour la santé et le développement des adolescents, de sorte qu'on puisse revoir la stratégie des programmes en conséquence et améliorer ainsi l'efficacité des interventions. Toutes ces raisons confèrent une importance vitale à la surveillance et à l'évaluation des programmes.

L'objet de la surveillance et l'évaluation est d'obtenir des informations sur lesquelles fonder la décision et l'action. Même lorsque la collecte de données est systématique, il arrive beaucoup trop souvent que des ressources précieuses soient attribuées à la

collecte proprement dite et non à l'analyse, à l'interprétation et à l'exploitation de ces données. Seules des données exploitables doivent être recueillies pour qu'on puisse consacrer à d'autres affectations les maigres ressources dont disposent les programmes. Il importe aussi de suivre non seulement ce qui est fait — et de quelle façon et avec quels résultats —, mais également ce qui ne marche pas, et pour quelles raisons. Bien conçues, la surveillance et l'évaluation permettent ainsi d'avoir connaissance des résultats, planifiés ou imprévus, de l'action menée, qu'ils soient bénéfiques ou néfastes, et d'en comprendre les raisons. Il est tout aussi important de tirer les leçons des échecs que de s'attacher aux raisons du succès, comme c'est la démarche habituelle. Pour que la surveillance et l'évaluation aient leur maximum d'intérêt, il faut qu'elles soient incorporées dans le programme dès le début de son élaboration et fassent partie intégrante du processus de planification. Plus les stratégies et les objectifs précis du programme sont clairs, plus la surveillance et l'évaluation sont faciles à réaliser et utiles. En outre, l'association de la surveillance constante des processus et issues à des évaluations périodiques apporte davantage d'informations qu'une évaluation unique réalisée à la fin de l'exécution du projet ou programme. Diverses définitions ont été données à la surveillance et à l'évaluation selon les aspects particuliers que souhaite mettre en relief tel ou tel spécialiste des programmes de santé publique (Encadré 28).

La surveillance et l'évaluation sont indispensables aux niveaux international, national et local vu que l'information nécessaire pour les comparaisons internationales, l'action promotionnelle, la fixation d'objectifs nationaux et la mobilisation du grand public renseigne rarement sur la nature des interventions à mener au niveau local. Il faut donc examiner une série de données plus détaillées et variées, spécialement au niveau infranational, pour pouvoir prendre en compte des objectifs et problèmes de développement spécifiques. De plus en plus, il faut qu'un partenariat et un dialogue s'instaurent sur un pied d'égalité entre les donateurs et les pays en développement pour définir les nouveaux concepts qui apparaissent au sujet de la santé et du développement des adolescents. C'est le seul moyen de parvenir au consensus souhaité sur la façon de «mesurer» et documenter des activités couronnées de succès qui étaient axées sur les jeunes et leur développement, favorisaient l'établissement de relations positives avec les adultes et s'appuyaient sur les ressources locales, entre autres initiatives.

De plus en plus souvent, la nature culturelle et interprétative des changements d'attitudes et de comportements souhaités chez les

Encadré 28

Surveillance et évaluation — quelques définitions

Surveillance

Pour l'OMS, la surveillance consiste dans le suivi continu des activités pour s'assurer qu'elles se déroulent conformément au plan prévu. Dans certains programmes, on ajoute à cette définition «la mesure de la nature et de l'importance des services assurés, ainsi que l'identité de leurs prestataires et bénéficiaires» (218). Selon l'UNICEF (219), la surveillance consiste dans «le contrôle périodique de l'exécution d'une activité, destiné à établir dans quelle mesure les apports, les calendriers, les autres actions nécessaires et les résultats sont conformes au plan prévu, de façon qu'on puisse agir sans retard pour remédier aux insuffisances éventuellement constatées».

Evaluation

Conformément à l'étymologie latine, évaluer signifie «apprécier la valeur de». Quand ils ont la certitude qu'un programme a effectivement des résultats, les organismes de parrainage et le personnel sont encouragés à redoubler d'efforts. Si les évaluations peuvent être rétrospectives, elles sont pour l'essentiel tournées vers l'avenir et axées sur l'objectif visé. L'évaluation applique les leçons de l'expérience aux décisions relatives à des programmes actuels ou futurs. Une évaluation de qualité permet de soumettre plusieurs solutions de rechange aux décideurs. Une évaluation peut par ailleurs constituer un excellent outil d'apprentissage, ainsi qu'un moyen d'améliorer l'efficacité du programme et de s'assurer que son exécution est surveillée. D'un point de vue plus théorique, l'évaluation est un processus qui consiste à essayer de déterminer le plus systématiquement et objectivement possible la pertinence, l'efficacité, l'efficience et l'impact des activités par rapport à des objectifs spécifiés. C'est un outil gestionnaire tourné vers l'action qui est riche d'enseignements et un processus organisationnel grâce auxquels on peut améliorer à la fois les activités en cours et la planification, la programmation et la prise de décision futures (219).

L'évaluation d'un programme peut être considérée comme l'appréciation systématique de sa pertinence, de son adéquation, de son efficacité, de son efficience et de son impact. Dans le Programme de l'OMS relatif aux toxicomanies, l'évaluation est définie comme l'appréciation de la bonne marche d'un programme, destinée à apporter la réponse à des questions précises concernant son exécution (218). Deux des plus importantes sont les suivantes :

- les activités planifiées se déroulent-elles effectivement ?
- le programme répond-il aux besoins de la population visée ?

Une évaluation des résultats permet de savoir si les objectifs du programme à court terme sont atteints. Le plus souvent, ce type d'évaluation est axé sur les changements obtenus dans les comportements et (ou) l'état de santé.

adolescents, rend indispensables des données qualitatives complémentaires, en plus des statistiques quantitatives plus traditionnelles qui sont normalement établies. Ces données qualitatives doivent être réunies et analysées de façon scientifique et rigoureuse pour permettre une meilleure évaluation de la programmation relative à la santé et au développement des adolescents. Ce point est particulièrement important lorsqu'on s'intéresse à la santé et au bien-être des intéressés, au-delà des statistiques de morbidité et de mortalité. Le recours aux méthodes qualitatives est nécessaire pour l'évaluation d'aspects programmatiques tels que le degré de participation des jeunes, l'importance donnée à l'approche multisectorielle, l'évolution de l'opinion de ceux qui comptent dans la communauté et des jeunes eux-mêmes, et les changements de politique générale motivés par les résultats de la programmation. C'est ainsi que des données qualitatives peuvent fournir au sujet des valeurs, des normes, des connaissances et des principes d'action des acteurs sociaux, y compris les adolescents, des renseignements d'intérêt capital pour qu'on puisse interpréter leurs expériences et éclairer la signification de leurs pratiques et interactions sociales (220). Les techniques les plus utilisées pour la collecte de données qualitatives sont l'observation, les entretiens personnels approfondis et la réunion de petits groupes de réflexion. La synthèse de données quantitatives et de données qualitatives fournit un tableau plus révélateur et précis de ce qui se passe, des raisons qui l'expliquent et de ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation des adolescents et de leur communauté.

En général, les enquêtes de grande ampleur sont considérées comme la méthode de choix pour l'évaluation formelle des programmes. Ce type d'enquête quantitative permet de réunir des données auprès d'un grand nombre de personnes selon des méthodes normalisées, ce qui rend possibles les comparaisons entre communautés, pays et périodes de temps. Toutefois, il est fréquent qu'à elles seules elles n'apportent pas toutes les données précises nécessaires pour comprendre la complexité du comportement humain et formuler des stratégies et programmes de prévention et de lutte. Comme cela a été examiné par ailleurs (221), des données qualitatives doivent être établies au sujet des mêmes questions de façon qu'on puisse avoir une connaissance plus détaillée, plus rapide et, souvent, plus exacte des caractéristiques sociales et culturelles qui influent sur des modes de comportement déterminés ou leur sont associés (222).

Il est parfois difficile de faire comprendre l'utilité de la surveillance et de l'évaluation, car certains y voient un exercice purement théorique, long et coûteux et exigeant le concours de spécialistes hautement

qualifiés pour leur réalisation ou leur interprétation. En réalité, il n'est pas rare que des fonctionnaires et des groupes communautaires locaux procèdent à une surveillance et à une évaluation informelles, de sorte qu'il suffirait parfois de renforcer des compétences et des activités existantes pour assurer une évaluation efficace. La démystification du processus d'évaluation devrait le faire accepter, et c'est la première étape pour que les intéressés cessent de penser que le processus et ses résultats échappent totalement à leur maîtrise, de sorte qu'ils soient convaincus de leur propre valeur et acceptent une part de responsabilité dans les décisions. La formation des chefs et notables de la communauté à l'évaluation, peut accroître leur capacité à planifier et exécuter des activités de développement (223). Une telle approche conduit tout naturellement au renforcement de la capacité locale, ce qui a des conséquences non seulement pour la surveillance et pour l'évaluation mais aussi pour tous les aspects de l'exécution des programmes. Une leçon qui se dégage de l'expérience directe est que les résultats de l'évaluation perdent beaucoup de leur intérêt lorsque ceux qui les utilisent n'ont pas participé à la planification et à la mise en œuvre du processus (224).

Les obstacles habituellement rencontrés en matière d'évaluation sont les suivants :

- le manque de fonds pour financer la collecte et l'analyse des données, la conception des systèmes d'information, l'aide technique ou le recrutement de personnel qualifié pour l'évaluation;
- l'absence de tout engagement ou un engagement limité de la part des institutions dont le personnel ne voit guère l'intérêt de l'évaluation, si ce n'est qu'elle justifie certaines dépenses aux yeux des donateurs;
- le manque de temps pour que le personnel puisse élaborer et rendre opérationnel un plan d'évaluation;
- l'incertitude qui entoure la méthodologie à appliquer (mesurer les processus ou les résultats);
- l'absence de modèles d'évaluation adéquats qu'on puisse adapter aux programmes en cause;
- des insuffisances dans la conception et la gestion des programmes, de sorte qu'il est difficile de dire exactement ce qui doit être fait et ce qui doit être surveillé et évalué;
- l'insuffisance des indicateurs d'issue utilisables dans le cas des adolescents.

On a fait observer (65) que les responsables du secteur de la santé publique font souvent preuve de naïveté en attendant beaucoup

trop d'une promotion massive de la santé. Dans l'industrie, une progression ne serait-ce que de 1% des parts de marché peut constituer un grand succès. Dans le domaine de la santé publique, les outils de mesure ne peuvent mettre en évidence qu'une évolution substantielle, de sorte que de nombreuses campagnes d'éducation de masse sont arrêtées à cause de leur échec présumé, alors que, à long terme, elles auraient pu avoir des conséquences considérables pour l'état de la santé publique. Par exemple, une réduction même infime de la proportion des fumeurs représenterait un investissement important sous forme d'un allongement de la durée de vie et d'un abaissement des dépenses de santé. Dans des pays au budget de plus en plus limité, le besoin d'une surveillance et d'une évaluation encore plus rigoureuses et sensibles des programmes destinés à améliorer la qualité de vie, n'a jamais été aussi grand.

Dans le domaine de la santé et du développement des adolescents, où les résultats obtenus sur le plan des comportements dépendent souvent du contexte, la surveillance et l'évaluation des programmes peuvent apporter une connaissance systématique et approfondie des préoccupations des jeunes et des problèmes et situations auxquels ils doivent faire face. Si les problèmes rencontrés par les jeunes — par exemple du fait de leur comportement et de la nature de leurs rapports sur le plan sexuel, de la violence, de l'usage du tabac, de l'alcool ou de la drogue — ont un certain nombre de causes communes, la fréquence et la nature de ces problèmes sont fortement influencées par des facteurs d'environnement. L'efficacité des interventions visant à atténuer ou renforcer cette influence, peut être déterminée grâce à la surveillance et à l'évaluation. L'information ainsi recueillie peut guider les changements nécessaires ou justifier la poursuite d'interventions efficaces.

La surveillance et l'évaluation devraient être utilisées pour concevoir des interventions répondant aux besoins des différents groupes de jeunes et pour démontrer l'intérêt de la participation de jeunes à la planification, à la réalisation et à l'évaluation de ces interventions. De surcroît, elles apportent une information en retour au sujet des attitudes dominantes de la communauté — enseignants, parents et autres personnalités — vis-à-vis des programmes : modalités de l'approche multisectorielle; soutien durable obtenu de la communauté; succès et problèmes de la communauté. Cette information peut être mise à profit pour effectuer des modifications ou justifier la poursuite d'interventions efficaces.

Autre point non moins important : une évaluation et une surveillance bien conduites peuvent apporter la preuve circonstanciée qu'un

programme atteint les jeunes (couverture), qu'il est apprécié par eux (qualité) et qu'il est efficace (autrement dit qu'il a des effets bénéfiques sur les connaissances, les attitudes, les comportements et la santé). Grâce à ces résultats, il devient plus facile d'obtenir le soutien de tout une série d'acteurs : pouvoirs publics, communautés elles-mêmes, organisations donatrices, etc.

Le Chicago Project for Violence Prevention est un exemple de projet qui tient compte de l'influence de l'environnement sur la violence à l'égard des jeunes et comporte un plan d'action qui englobe un système de surveillance et d'évaluation. Ce projet tire parti de la capacité des jeunes eux-mêmes à résoudre les problèmes en partenariat étroit avec divers groupes de leur communauté (familles, forces de police, autorités municipales, organismes de formation professionnelle ou d'aide à l'emploi), le système de santé, le système éducatif et l'appareil judiciaire.

Ce projet est spécialement axé sur les jeunes contrevenants les plus dangereux qu'on s'efforce de frapper de peines progressives, tandis que la communauté assure avec le soutien de la police, la surveillance et le maintien de l'ordre et veille aussi à protéger les anciennes victimes et les futures victimes potentielles. Le projet offre également des possibilités de formation professionnelle et coiffe des programmes de développement des aptitudes et d'activités de loisirs après les cours. Les jeunes se voient proposer des rôles appréciables au sein de leur communauté ainsi qu'une aide à l'emploi. On s'attache également beaucoup à promouvoir et faire respecter des normes contre la violence grâce à l'éducation publique de la communauté.

Comme le montre l'exemple ci-dessus du projet de Chicago, la surveillance et l'évaluation soulèvent indéniablement des problèmes très particuliers quand il s'agit de la programmation relative à la santé des adolescents, et cela pour diverses raisons (voir Tableau 7). Ces programmes s'attaquent à toute une série de problèmes, ils font souvent intervenir de nombreuses organisations et visent une clientèle variée, et ils se transforment en même temps que les besoins. En outre, le fait d'avoir à travailler avec des adolescents qui se trouvent dans une phase critique de leur développement, l'âge de la puberté, conduit à aborder des questions extrêmement sensibles, au risque de susciter des controverses dans la communauté (G. Slutkin, communication personnelle, 1997).

Certaines des méthodes essayées et expérimentées pour la conduite d'une évaluation concernant des adultes, ne donnent pas d'aussi bons résultats avec les jeunes; il faut donc élaborer, pour la collecte des données, des méthodes nouvelles et originales qui intéressent les

Tableau 7

La violence chez les jeunes — un exemple d'évaluation repris d'un projet mené à Chicago (Etats-Unis d'Amérique)

Objectifs	Stratégies→	Indicateurs de stratégie→	Indicateurs intermédiaires→	Indicateurs d'issue
Sécurité	*Réseau destiné à faire face aux crises *Limitation du nombre d'armes à feu en circulation *Probation/contrainte *Endroits vulnérables	*Notification et réactions *Efficacité *Surveillance des endroits à risque	*Circonstances évitées *Port d'armes à feu	
Opportunités	*Programmes post-scolaires *Liaisons avec le monde du travail et aide à l'emploi	*Existence de programmes pour les jeunes — après l'école — aide à l'emploi	*Participation des jeunes à des activités productives ou orientation dans ce sens	✓Endroits et heures sans danger ✓Sentiment de sécurité
Normes	*Education du grand public — refus de la violence — autres actions spécifiques	*Distribution et réception de messages	*Comportement à adopter dans des circonstances particulières	\Nombre d'agressions \Nombre de tués
Soins	*Relations avec des maîtres à penser		*Jeunes entourés d'adultes attentionnés	

(G. Slutkin, communication personnelle, 1997).

jeunes sans leur donner le sentiment qu'on empiète exagérément sur leur domaine réservé. En outre, les méthodes utilisées pour la surveillance et l'évaluation doivent impliquer les jeunes selon des modalités participatives et interactives, ce qui pose en soi des problèmes spéciaux de mesure. Là encore, étant donné que les résultats obtenus en ce qui concerne le comportement des adolescents dépendent souvent du contexte, de la collecte des données il n'est pas facile de transposer ni d'appliquer partout, quel que soit le contexte

culturel, de nombreuses méthodes qui ont pourtant fait leurs preuves. La confrontation des expériences entre pays dits «développés» ou «en développement» devra être encore facilitée, car on manque de documentation sur le partage d'expériences spécifiques au contexte d'un pays en développement. Des obstacles à ce processus consistent notamment dans les différences de langue et dans une appréciation insuffisante de la diversité culturelle et des divergences d'opinion au sujet de l'adolescence. Parmi les problèmes d'ordre programmatique qui soulèvent des difficultés pour l'évaluation des programmes relatifs à la santé et au développement des adolescents, on peut citer les suivants (225) :

- Définition de la participation aux programmes et des unités d'analyse — il est difficile de connaître la participation exacte à des programmes concernant des jeunes car il est souvent possible de s'y engager ou de s'en dégager sans contrôle rigoureux. De plus, on peut se demander s'il convient que l'évaluation porte aussi sur l'apport des programmes à des bénéficiaires indirects, par exemple les parents ou les premiers flirts des garçons et des filles. L'expérience montre qu'il faut suivre les participants à partir de leur point d'entrée dans le programme et contrôler le déroulement de toutes les principales activités de ce dernier.
- Evaluation de la relation entre participation et résultats — dans de nombreux programmes, l'affectation au groupe bénéficiant d'un traitement particulier se fait, non pas au hasard, mais sur la base des besoins individuels, les services les plus intensifs étant réservés aux adolescents qui présentent les problèmes les plus graves. Cela ôte toute valeur à la comparaison avec les résultats obtenus chez les non utilisateurs ou les utilisateurs moins fréquents. Il faut donc s'informer des risques et des besoins des participants lors de leur admission dans le programme pour pouvoir en tenir compte dans des comparaison du type «avant-après».
- Recherche a posteriori (traçabilité) des services dont ont bénéficié les participants — pour voir jusqu'où a été poussée l'intégration des services, il est essentiel de disposer d'une documentation sur les sujets qui ont été dirigés vers le programme, mais c'est une tâche longue et délicate qui exige le recueil d'un consentement par écrit à la divulgation de certains renseignements.
- Elaboration d'accords inter-organisations sur les objectifs des programmes — il est capital que les organisations concernées tombent d'accord pour l'essentiel sur les objectifs et stratégies des programmes avant le lancement des activités.
- Constitution d'une documentation sur les prestations assurées par de multiples organisations — il faut élaborer, à un stade précoce de

la planification, un système pour la collecte des données sur les bénéficiaires de tel ou tel type de service et sur l'importance des services nécessaires.

- Mesure des effets du système de prestation de services — les évaluations doivent permettre de mesurer le degré d'intégration des services.

Etant donné la phase du cycle vital que constitue l'adolescence, l'intérêt des interventions conçues à l'intention de cette classe d'âge peut n'apparaître qu'après plusieurs décennies. Seule une évaluation à long terme permettrait donc d'établir l'impact des interventions, mais elle exigerait des investissements en temps et en argent que certains préféreront à des problèmes et besoins plus pressants nécessitant une attention et des ressources immédiates.

Un programme novateur, destiné aux adolescents, qui a récemment fait l'objet d'une évaluation formative après un an de fonctionnement est celui qui a été mené par le Gouvernement ougandais avec le soutien du Bureau du FNUAP dans le pays, sous le titre Programme for Enhancing Adolescent Reproductive Life (PEARL) (226). Le programme PEARL a pour objectif d'améliorer la santé génésique des jeunes Ougandais (de 10 à 24 ans) en leur assurant des services de santé et de conseils appropriés et en encourageant les chefs et notables des districts et communautés à participer pleinement à l'action menée. En décembre 1996, le projet a été lancé sous forme d'un projet pilote dans quatre des 39 districts du pays, et il est prévu de l'étendre progressivement à raison de quatre nouveaux districts par an de 1997 à l'an 2000. Les quatre grands domaines d'intervention de PEARL sont les suivants :

- l'environnement socio-culturel et politique;
- les adolescents eux-mêmes;
- la mise en place de services de consultations en santé génésique;
- la coordination et la constitution d'une capacité.

PEARL s'efforce de créer des centres communautaires polyvalents destinés aux adolescents qui facilitera le processus de croissance si quatre conditions sont remplies : la promotion systématique d'un environnement socio-culturel et politique accueillant et favorable, la possession par les adolescents d'outils et d'attitudes qui permettent à certains d'entre eux de jouer le rôle de pairs, la fourniture aux adolescents, par du personnel qualifié, d'informations et de conseils de qualité concernant la santé génésique, enfin, le développement d'une capacité coordonnée et durable en vue de la prestation de services de santé génésique aux jeunes, dans une atmosphère de cordialité.

On notera que cette évaluation du programme PEARL, après seulement un an de fonctionnement, est trop précoce pour qu'on puisse faire apparaître des résultats significatifs ou durables. Mieux vaudrait procéder à une nouvelle évaluation au moins deux ans plus tard pour confirmer que les tendances observées se poursuivent. Elles sont résumées ci-dessous :

- La demande de services de santé et de conseil est en augmentation. Les adolescents ont la possibilité de discuter librement de sujets jusqu'alors tabous, tels que les grossesses non planifiées et les complications de l'avortement.
- On assiste à un recul des problèmes de santé génésique et de leurs ramifications, à des changements d'attitudes et de comportements bénéfiques à la santé et à une meilleure perception des risques de la part des adolescents, particulièrement en ce qui concerne les grossesses non désirées, des procédures d'avortement incomplètes, les MST et le VIH/SIDA.
- L'approche (concept PEARL) axée sur des tâches précises, inclusive et participative qui a été adoptée à tous les stades de l'exécution du programme, a facilité une meilleure compréhension des problèmes génésiques des adolescents et leur intégration dans les systèmes de services communautaires existants.
- L'implication des adolescents dans l'exécution du programme et le recours le plus large possible aux ressources de la communauté et aux services de santé existants, se sont révélés rentables.
- Le développement des ressources humaines et la constitution d'une capacité institutionnelle ont intéressé à la fois le niveau central, les districts et les subdivisions administratives inférieures au comté.
- Le réseau institutionnel a facilité l'extension rapide des activités du programme à une large proportion de la communauté dans les districts pilotes. La méthode PEARL comporte un effet multiplicateur et elle a été introduite dans d'autres districts que les districts pilotes grâce à la collaboration d'autres programmes tels que Family Life Education et Safe Motherhood Initiative (Education à la vie de famille et Initiative pour une maternité sans risque).

Dans un rapport du FNUAP concernant une série de programmes de santé génésique destinés aux adolescents (84), il est recommandé que des travaux de recherche concertés fassent partie intégrante de la surveillance et de l'évaluation des programmes. Cette collaboration pourrait s'instaurer entre les responsables des programmes et les établissements universitaires et autres instituts extérieurs capables de mener des recherches. Le rapport — qui porte sur la santé génésique des adolescents dans huit pays — constate que lorsque le projet est

placé sous l'égide d'une université ou d'une ONG importante, son évaluation est généralement de qualité tandis qu'elle laisse beaucoup à désirer quand le projet se déroule de façon indépendante. Par ailleurs, le rapport définit trois principaux points faibles qui subsistent dans la surveillance et l'évaluation des programmes de santé génésique des adolescents :

- De très grandes lacunes dans les questions abordées.
- L'absence, lors de la collecte et de la présentation des données, d'une ventilation par classes d'âge, ce qui masque d'importantes différences en matière de comportements et de besoins.
- La rétention des résultats, alors qu'ils pourraient servir à la conception des programmes et à l'élaboration de la politique générale.

D'après les auteurs du rapport, ces insuffisances pourraient être réduites au minimum si l'on confiait à un établissement chef de file le soin de superviser le programme de recherche. En outre, la collecte des données doit se faire par des méthodes qui assurent une ventilation selon le sexe et le groupe d'âge : une classe même réduite au 15–19 ans est encore trop large car les jeunes de 15 ans ont une expérience très différente de celle de leurs aînés de 19 ans. Enfin, il convient d'assurer une large diffusion aux résultats de la recherche, l'une des méthodes pour ce faire consistant à créer un centre chargé à la fois de l'échange des informations et de l'exécution des travaux.

10.2 Définition et utilisation d'indicateurs

Pour faciliter la surveillance et l'évaluation systématiques, il faut, comme on l'a vu plus haut, faire de la question des indicateurs l'un des aspects de l'élaboration des programmes dès les phases de démarrage et de planification. Dans la pratique, la solution classique consiste à procéder à une analyse ou à une évaluation de la situation pour déterminer la situation de départ (valeurs de référence) des adolescents et les problèmes qui appellent une intervention. Cela conduit à établir un plan de programme comportant la définition des objectifs visés, un plan d'exécution précisant les diverses interventions et un plan de surveillance et d'évaluation, comme il est indiqué dans l'Encadré 29. Les indicateurs sont un élément capital dans ce processus, et leur choix doit découler tout naturellement des objectifs prévus et des activités planifiées, sans oublier la façon dont ils seront mesurés. C'est dire que le processus de mesure est absolument subordonné à la définition et au choix des indicateurs qui vont servir à apprécier les résultats de l'action menée. La mesure porte à la fois sur le déroulement des activités et sur les résultats obtenus.

Encadré 29

Déroulement de la surveillance et de l'évaluation

Pour que la surveillance et l'évaluation soient efficaces, il faut commencer par établir des données de référence, essentielles pour repérer les changements intervenus. L'idéal serait de disposer des résultats d'une analyse de situation complète, réalisée conformément au processus décrit à la section 8 pour définir les activités prioritaires. Parallèlement, il faut mettre en place des systèmes pour la surveillance et pour la notification des données réunies et fixer la nature des paramètres sanométriques à surveiller. Les données qui sont demandées aux programmes de façon régulière, doivent être jugées utiles et valoir les efforts et le temps qu'exige leur collecte. Il faut également clarifier dès le départ l'exploitation qui sera faite de ces données. Tout cela constitue un problème difficile car les désaccords sont fréquents au sujet de la nature des informations à recueillir. La liste qui suit récapitule les étapes ci-dessus ainsi que les étapes ultérieures de l'ensemble du processus de surveillance et d'évaluation et représente une version abrégée et généralisée de l'approche actuelle de l'UNICEF (222).

Tâches à effectuer lors de l'analyse de situation :

- identification des données de référence ou des moyens de se les procurer;
- synthèse et ventilation des données, analyse des tendances et des perspectives;
- analyse des besoins et identification des contraintes et possibilités d'action.

Tâches à effectuer lors de la préparation du programme :

- choix d'objectifs aussi précis que possible;
- établissement d'indicateurs permettant de suivre l'avancement des activités ou leur efficacité;
- planification de la surveillance et de l'évaluation;
- évaluation de la capacité nationale en matière de surveillance et d'évaluation des programmes;
- création d'occasions de partager, examiner et utiliser les résultats.

Tâches à effectuer lors de l'exécution du programme :

- contrôles pour s'assurer que la collecte des données s'effectue conformément au plan de surveillance;
- examen des rapports d'avancement périodiques avec les responsables du programme, comparaison du stade atteint avec le stade prévu;
- identification des ressources complémentaires nécessaires en matière de formation, d'aide technique, etc.;
- information en retour des parties concernées.

Tâches à effectuer lors de l'évaluation du programme :

- évaluation des résultats;
- discussion de l'évaluation avec les ministères compétents et les autres partenaires du programme;

Encadré 29 (suite)

- choix concerté du public et des objectifs de l'évaluation;
- obtention d'un accord sur le mandat;
- adoption des mesures nécessaires pour que les recommandations formulées soient suivies d'effet et qu'il soit tiré parti des résultats de l'évaluation lors des programmes actuels et futurs.

Le terme «résultat» a été défini (226) comme désignant les changements observés dans une population parmi les membres de la sous-population qui fait l'objet d'une intervention ou d'un programme déterminé. Il existe deux types de résultats :

- Effets — évolution, à court ou moyen terme (2–5 ans), de certains comportements, dans le sens souhaité par le programme.
- Impact — modification à plus long terme des taux de fécondité, de morbidité et de mortalité — ou «effet global sur la situation sanitaire et le développement socio-économique» (glossaire OMS).

«Les indicateurs fournissent une description des résultats, produits ou changements projetés et sont utilisables comme preuve concrète de l'impact effectif des interventions... Il s'agit de faits, d'opinions, d'événements, etc., qui définissent la performance habituelle ou celle qui serait nécessaire pour qu'on atteigne les résultats planifiés» (227) [Trad.]. Les indicateurs sont plus efficaces lorsqu'ils sont définis dès la phase de planification car on peut alors se fixer des objectifs qui soient eux-mêmes mesurables. Quand c'est impossible mais qu'on juge néanmoins l'indicateur important, il faut mettre au point une méthode pour sa mesure. Un indicateur contient les éléments ci-dessous (212) :

- les participants à l'intervention ou ses bénéficiaires (qui ?);
- les qualités/comportements/conditions/compétences qui vont évoluer/apparaître/se développer (quoi ?);
- un chiffrage, en d'autres termes l'importance ou la fréquence des changements escomptés (combien ?);
- la durée prévue pour que le changement se réalise (quand ?);
- la localisation de la population visée (où ?).

L'exemple suivant regroupe ces divers éléments : le nombre (chiffrage) de jeunes femmes à faible revenu âgées de 15 à 24 ans (bénéficiaires) qui participent à des programmes de crédit renouvelable (qualités) dans la ville de Machala (localisation) à la fin d'une période de 12 mois (durée); le nombre de réunions tenues (aspect quantitatif); l'estime de soi (aspect qualitatif). Ces indicateurs

constituent un élément de référence pour le suivi permanent au cours de la période de 12 mois, ainsi que pour l'évaluation finale (qui montre quels sont les objectifs atteints ou non en fin de période et, pour chacun d'eux, pour quelles raisons).

Aucun consensus clair n'a encore été possible au sujet de la série d'indicateurs essentiels à utiliser pour l'évaluation et la surveillance de la santé et du développement des jeunes. Les comparaisons s'en trouvent compliquées, que ce soit dans un même pays ou d'un pays à l'autre. Cependant, tous s'accordent à reconnaître que les indicateurs choisis doivent être utilisables en pratique, valables indépendamment du contexte culturel, reproductibles et, de préférence, simples et peu coûteux (25). À l'évidence, la capacité de surveiller des indicateurs pose problème dans de nombreux pays. Plutôt que d'obtenir un faible volume d'information sur toute une série d'indicateurs, mieux vaut en fin de compte se concentrer sur quelques indicateurs qui soient en rapport avec les priorités nationales concernant la santé des adolescents et soient susceptibles de mesures exactes.

Traditionnellement, le principal indicateur «sanométrique» utilisé par les planificateurs, les responsables de la politique générale, les chercheurs et le personnel des programmes, est la mortalité. Il est certes très important d'établir des statistiques de morbidité et de mortalité, mais l'utilisation des taux correspondants comme principaux indicateurs de la santé des adolescents comporte des limites très nettes. Dans le cas des jeunes, l'importance de la santé et des comportements relatifs à la santé est grossièrement sous-estimée si l'on prend comme unique critère les taux de morbidité et de mortalité du moment. En plus de ces taux, il est indispensable d'utiliser le plus grand nombre possible d'indicateurs — tous ventilés, si faire se peut, selon l'âge et le sexe — révélateurs d'une bonne santé, de comportements favorables et d'un bon développement chez les adolescents.

Pour cette classe d'âge, il faut disposer entre autres d'indicateurs relatifs à la santé sexuelle et génésique, à l'usage du tabac, de l'alcool et de la drogue, aux habitudes alimentaires, à l'hygiène bucco-dentaire, à l'état nutritionnel, aux suicides et aux agressions. L'élaboration d'indicateurs positifs du bien-être, de la santé et du développement est particulièrement délicate et exige absolument qu'on commence par réunir systématiquement des données sur les comportements des jeunes en matière de santé. En fait, il est impossible de mettre sur pied des programmes de recherche et d'intervention satisfaisants tant qu'on ne dispose pas d'au moins quatre catégories de données sur les jeunes :

- données d'ordre sanitaire — par exemple, mortalité, morbidité et invalidité;
- données subjectives — par exemple la façon dont les jeunes perçoivent la maladie et les risques qu'ils encourent;
- données d'ordre comportementale — par exemple usage du tabac, de l'alcool et de la drogue, pratiques sexuelles, hygiène générale et bucco-dentaire, régime alimentaire, exercice physique, utilisation de moyens de protection, aptitudes interpersonnelles, gestion du stress;
- indicateurs positifs du bien-être, des résultats favorables sur le plan sanitaire et du développement.

Il faut aussi connaître non seulement les principaux problèmes de santé et de développement de cette classe d'âge, mais aussi la façon dont le stade individuel de développement physique, psychologique et social interagit avec la santé et la maladie chez les jeunes. A cette fin, des enquêtes de grande ampleur au niveau d'une population, se sont révélées utiles pour découvrir et mieux comprendre les problèmes de santé des adolescents dans de nombreux pays développés. Dans certains pays, on s'est appuyé sur l'étude des associations entre les comportements à risque, les nouveaux modes de vie et les principales pathologies de l'adolescent et de l'adulte (228). Mais, quand on l'applique exclusivement à des jeunes, ce type d'étude comporte des limites, à savoir :

- le recours à des sources secondaires ou à d'autres personnes que les intéressés eux-mêmes pour se renseigner sur la santé des adolescents (en général les parents, qui n'ont pas forcément une connaissance de première main de la question);
- la prise en compte d'une partie seulement de la classe d'âge concernée (désaccord sur le sens du mot «adolescence»; utilisation de cohortes d'âge non identiques et non comparables, regroupant parfois des jeunes d'âge très variés malgré les différences importantes qui existent entre le début et la fin de l'adolescence);
- le caractère non transversal et donc non représentatif des enquêtes réalisées (c'est ainsi qu'une enquête sur la drogue en milieu scolaire laisse de côté la population non scolarisée, pourtant à haut risque);
- les difficultés inhérentes à la mesure de la santé chez des adolescents — comment définir la «santé» à cet âge ou théoriser à son propos ? La conclusion de certains chercheurs (229) est qu'il ne faut pas escompter une auto-suffisance absolue chez l'adolescent et qu'un développement cognitif, psychologique, social et physique satisfaisant pour l'âge de l'intéressé constitue un aspect plus important.

Il faut aussi s'intéresser aux «indicateurs de processus». La participation des jeunes à la prise de décision est capitale et doit absolument constituer l'un des indicateurs de processus clés, à surveiller systématiquement. S'ils sont clairement articulés avec un cadre de travail programmatique, les indicateurs de ce type et certains autres, peuvent devenir immédiatement exploitables pour la fixation des priorités. L'objectif qu'il faut s'efforcer d'atteindre consiste à suivre et évaluer systématiquement l'action menée grâce à des paramètres/indicateurs sensibles et utilisables dans la pratique, de façon qu'on puisse faire connaître à d'autres les enseignements qui s'en dégagent et en tenir compte pour rendre la programmation optimale sur le plan de la rentabilité et de la réponse aux problèmes.

Selon la description qui en est donnée dans le projet d'évaluation du Carolina Population Center (226), de bons indicateurs doivent :

- fournir une idée non seulement de l'ampleur du problème, mais également de sa nature dans toute la mesure du possible;
- inclure les causes de mortalité; toutefois, il faudrait également inclure des paramètres révélateurs de l'état de santé et du bien-être;
- être relativement faciles ou peu onéreux à se procurer;
- inclure des mesures des risques encourus et des dommages subis;
- constituer à la fois une mesure directe (associée aux objectifs à long terme) et indirecte (associée aux objectifs intermédiaires nécessaires pour atteindre les objectifs à long terme).

En outre, tous les indicateurs doivent :

- fournir une mesure exacte du phénomène qu'ils sont censés mesurer (validité);
- donner les mêmes résultats lorsqu'on les utilise plusieurs fois pour mesurer exactement le même phénomène (fidélité);
- mesurer uniquement le phénomène qu'ils sont censés mesurer (spécificité);
- refléter les changements qui interviennent dans le phénomène étudié (sensibilité);
- être mesurables ou chiffrables selon des définitions et des normes de référence éprouvées (caractère opérationnel).

Pour mesurer les indicateurs, il faut employer des méthodes qui soient spécialement adaptées aux adolescents et relativement simples et rapides. A mesure qu'on dispose de méthodes répondant à ces critères, grâce aux progrès scientifiques, on peut les introduire dans la formation des responsables de l'évaluation des programmes. Il existe aujourd'hui quelques instruments qui permettent de mesurer dès

indicateurs sanométriques et des indicateurs des comportements sanitaires qui sont spécialement adaptés aux adolescents. Comme exemple d'instrument utilisable pour mesurer ce second type d'indicateur à l'échelle nationale, on peut citer le Youth Risk Behaviour Surveillance System (230) mis au point aux Etats-Unis d'Amérique par les Centers for Disease Control and Prevention.

Les indicateurs qui suivent permettent d'évaluer l'importance de certains problèmes de santé en termes de morbidité et de mortalité (25) :

Santé génésique

- rapport de mortalité maternelle chez les adolescentes de moins de 17 ans;
- pourcentage des jeunes femmes ayant leur premier enfant avant l'âge de 20 ans;
- connaissances des jeunes en matière de sexualité humaine, de contraception et de MST;
- pourcentage chez les jeunes entrés dans la vie sexuelle de ceux qui ont recours à un moyen contraceptif, par exemple le préservatif masculin;
- pourcentage des grossesses se terminant par un avortement chez les jeunes femmes de moins de 20 ans;
- pourcentage des sujets atteints des MST classiques dans les groupes d'âge 10–15 ans, 15–19 ans et 20–24 ans;
- pourcentage des sujets porteurs du VIH dans les groupes d'âge 10–15 ans, 15–19 ans et 20–24 ans;

Maladies endémiques (tuberculose)

- fréquence des nouveaux d'hémopstysie chez les jeunes (10–24 ans);
- proportion des cas positifs diagnostiqués chez des jeunes ayant déjà suivi un traitement;
- mortalité associée à la tuberculose chez les jeunes;

Santé mentale

- incidence des psychoses aiguës chez les jeunes;
- pourcentage des jeunes venant consulter pour des troubles «psychosomatiques»;
- taux des tentatives de suicide chez les jeunes;
- taux des suicides réussis chez les jeunes;

Tabagisme

- pourcentage des jeunes qui fument ou ont fumé à une époque antérieure, par âge;

- pourcentage des jeunes qui sont des fumeurs réguliers, par âge;
- âge d'entrée dans le tabagisme chez les 20–24 ans;
- attitudes et connaissances des jeunes au sujet du tabagisme.

Toutefois, ce dont on a besoin en dernière analyse, c'est d'une série d'indicateurs de l'état de santé des adolescents qui permettent, globalement, non seulement de surveiller les principales causes de morbidité et de mortalité chez les jeunes mais aussi d'axer les efforts nationaux sur leur santé et leur bien-être. Comme exemples d'indicateurs du bien-être, on peut citer certains comportements, par exemple le port de la ceinture de sécurité ou l'utilisation du préservatif, le taux d'alphabétisation ou l'importance des liens d'affection ou d'attachement (sentiment, chez un jeune, de compter aux yeux d'au moins un adulte; voir Encadré 30).

Encadré 30

Quelques indicateurs de la santé des adolescents

Indicateurs positifs

- acquisition d'aptitudes à la vie (estime de soi/sentiment d'appartenance/valeur à ses propres yeux/connaissances nécessaires pour prendre des décisions favorables à une bonne santé, conserver des liens d'affection ou échapper à l'exclusion en restant rattaché à au moins un adulte);
- port de la ceinture de sécurité;
- utilisation du préservatif masculin;
- connaissance des questions de sexualité/reproduction chez les adolescents;
- présence d'adolescents ayant les moyens de se procurer des services;
- appartenance à un groupe de pairs approprié;
- nombre/type d'organisme assurant des services aux adolescents;
- adolescents bénéficiant des conseils d'un personnel qualifié en santé génésique;
- taux de réussite scolaire.

Indicateurs négatifs

- prévalence de l'infection à VIH et des autres MST chez les adolescents;
- taux d'avortement chez les adolescentes;
- prévalence des toxicomanies;
- pourcentage des foyers où le chef de famille est un adolescent.

A côté de mesures directes du type ci-dessus, il existe des indicateurs indirects importants, par exemple le taux de scolarisation, le taux d'emploi, la situation du logement et la structure familiale, ainsi que les conditions d'environnement susceptibles d'être modifiées du fait des politiques et de la programmation.

Des facteurs plus précis doivent parfois être analysés aux fins de la surveillance des programmes — au-delà de la détermination et de la surveillance de l'état de santé. L'exemple qui suit donne une idée générale d'un essai d'intervention randomisé et contrôlé dans lequel on surveillera et évaluera à la fois des indicateurs d'impact (évolution de l'état de santé et des comportements) et des indicateurs de processus (mise en œuvre des principales interventions, et rôle qu'y jouent les principaux acteurs).

Un essai comportant plusieurs interventions dans des communautés choisies au hasard est en cours dans la région rurale de Mwansa (République-Unie de Tanzanie) en vue de faire reculer les comportements sexuels à risque et de réduire la prévalence et l'incidence du VIH et des autres MST chez les adolescents. L'essai repose sur le choix aléatoire des communautés témoins et des communautés soumises à une intervention et sur des comparaisons du type «avant/après». En outre, une enquête sera effectuée dans la totalité de ces communautés, avant et après la phase de mise en œuvre. Il s'agit-là de l'un des rares programmes visant à prévenir l'infection à VIH/les MST/les grossesses d'adolescentes qui soient expressément consacrés aux adolescents dans le monde en développement (148).

L'intérêt particulier de cet essai, véritable «étalon or» en la matière, est qu'il inclura une évaluation rigoureuse de l'impact sur la santé, sans équivalent à ce jour dans les autres programmes. Si l'on a parfois fait état dans ceux-ci des progrès réalisés sur le plan des connaissances et des comportements, jamais les résultats obtenus sur le plan sanitaire n'ont été mesurés. La raison en est d'ailleurs simple, à savoir l'importance des ressources et le temps qu'exige notoirement ce type de mesure. Pour établir un lien de cause à effet, il faut faire des mesures dans une cohorte et dans un groupe soigneusement choisi à titre comparatif, ce qui double la taille de l'échantillon. De plus, pour pouvoir mesurer valablement l'évolution de l'état de santé, spécialement une baisse de l'incidence et de la prévalence de l'infection à VIH (laquelle devrait être de l'ordre de 2,5% sur trois ans dans le groupe pris à titre de comparaison), il faut respecter des conditions rigoureuses pour l'effectif minimal de la cohorte et du groupe de comparaison. Qui plus est, comme c'est le cas habituel pour les études de cohorte, l'échantillon initial doit être majoré en fonction des taux d'abandon usuels (estimés ici à 20–30% sur trois ans).

Cependant, lorsqu'un essai comme celui de Mwansa aura établi qu'il existe un lien entre les interventions, les changements de comportement consécutifs et, en fin de compte, l'impact sur la santé, l'existence d'un lien de cause à effet sera démontrée pour les autres

programmes d'intervention. En principe, il ne sera plus nécessaire d'apporter de nouveau la preuve que ce genre d'interventions est bénéfique pour la santé et le bien-être des adolescents, ce qui sera d'un grand intérêt pour les autres activités du type d'intervention. C'est dire que l'essai en question vient à son heure puisque les renseignements qu'il apportera à la fin du programme (en principe cinq ans après l'enquête de départ, avec une durée d'observation de trois ans une fois les interventions en place) seront d'une valeur inestimable pour tous ceux qui sont engagés dans des efforts similaires. Les trois principales interventions prévues sont les suivantes :

- inscription dans les programmes scolaires d'éducation aux aptitudes à la vie de l'éducation à la santé sexuelle et à la santé génésique;
- enseignement aux adolescents des aptitudes nécessaires pour passer d'un simple changement d'attitudes à un changement de comportements;
- intégration dans l'actuelle structure des soins de santé primaires de services de santé accueillants pour les jeunes, notamment en matière de traitement des MST, de planification familiale et de conseil.

La communauté environnante sera mobilisée au service de ces interventions, tandis que des pairs éducateurs en milieu scolaire seront spécialement recrutés pour faciliter l'information et le développement des aptitudes chez les adolescents, y compris eux-mêmes. Pour apprécier l'impact, on mesurera principalement l'incidence et la prévalence de l'infection à VIH, des autres MST et des grossesses d'adolescentes dans une cohorte de jeunes de 14–15 ans au départ qui seront suivis pendant trois années avant la mesure finale. En outre, on mesurera les résultats obtenus en ce qui concerne les principaux objectifs comportementaux ci-dessous :

- retard du début des premiers rapports;
- recours à des pratiques moins dangereuses de la part de ceux qui ont déjà commencé leur vie sexuelle;
- reconnaissance précoce des symptômes des MST et adoption d'un comportement plus responsable vis-à-vis des MST et de la grossesse.

On évaluera la rentabilité globale des interventions en utilisant des méthodes analogues à celles qui ont servi lors du précédent essai d'intervention concernant le VIH/MST dans la région de Mwansa. Les coûts différentiels des interventions seront estimés (en distinguant les coûts de l'intervention proprement dite des coûts de la

recherche). Les mesures d'impact se limiteront à la cohorte initiale choisie au hasard parmi les adolescents scolarisés, sans tenir compte des avantages éventuels des interventions pour le groupe des jeunes non scolarisés au départ. De la sorte, la rentabilité ne risquera pas d'être surestimée.

Les «mesures de processus» sont complexes à réaliser dans un essai comme celui-ci qui comporte de multiples interventions dans de nombreux contextes, de sorte qu'il faut suivre le processus pour les diverses associations entre ces interventions et cadres et les «bienfaiteurs» intermédiaires souhaités (agents de santé, enseignants, pairs éducateurs) et les bienfaiteurs définitifs (adolescents). Ainsi, les mesures de processus portent sur tout ce qui contribue à la meilleure gestion du programme, ainsi que sur les aspects épidémiologiques concernant la population d'adolescents en cause et leurs interactions avec les interventions et les cadres où celles-ci sont menées.

Parmi les facteurs relatifs à la gestion du programme, il faut citer la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et le calendrier des interventions. Les facteurs épidémiologiques comprennent les modalités de l'utilisation des services par les adolescents et la mesure dans laquelle les sous-groupes souhaités sont effectivement atteints (couverture et portée des activités). Ces mesures de processus complémentaires sont importantes pour, à titre intermédiaire, s'assurer que les conditions voulues sont remplies pour qu'on puisse parvenir aux résultats visés en ce qui concerne le comportement et la santé des adolescents sur le plan sexuel. Les indicateurs de processus à mesurer sont fondés sur les éléments suivants :

- les principaux acteurs et le rôle de chacun (formateurs, agents de santé, pairs éducateurs, enseignants);
- les groupes que l'on souhaite atteindre grâce à l'activité des principaux acteurs;
- les caractéristiques essentielles des activités elles-mêmes (formation, acquisition d'aptitudes, prestations de services);
- la qualité des activités (nature, cadre et méthodes utilisées);
- le déroulement et le calendrier de ces activités, y compris une formation combinée, des matériels complémentaires et l'établissement de passerelles, qui constituent des facteurs décisifs pour l'intégration des différents efforts.

10.3 Surveillance de la qualité et de la couverture dans différents contextes

Il est difficile de tirer des enseignements des programmes consacrés avec succès à la santé et au développement des adolescents du fait

de leur complexité inhérente : il s'agit en effet de programmes qui abordent de multiples problèmes de santé en associant diverses interventions dans des contextes variés, avec les jeunes pour épicer. Pourtant, en s'attachant à établir la qualité et la couverture de chaque intervention, on incitera les responsables à tomber d'accord sur un certain nombre de normes minimales pour les services assurés dans différents contextes (l'école, les centres de santé, les centres communautaires) au profit d'un nombre de jeunes qui doit être suffisant. Cela permettra des prises de position communes au sujet de la nature des apports nécessaires, des principaux acteurs à impliquer, des processus à surveiller et des résultats à escompter, l'ensemble étant de préférence complété par une estimation des coûts.

Mais, pour commencer, il faut parvenir à un consensus sur les critères applicables à la qualité des services aux adolescents et sur la possibilité de définir des normes minimales acceptables. Les services en cause concernent la santé, l'éducation, l'information, le conseil, la formation aux activités de loisirs et la formation professionnelle, et sont tous assurés dans les cadres variés mentionnés plus haut. Pour chacune de ces catégories de services et chacun de ces cadres, il faut se mettre d'accord sur la définition de la qualité en se fondant sur une base conceptuelle commune (disponibilité, accessibilité — physique, relationnelle et financière — acceptabilité). A noter que chacun de ces facteurs est susceptible d'une analyse plus fine selon qu'on s'intéresse à la qualité de services de santé ou, par exemple, à la formation aux aptitudes à la vie. C'est ainsi que le critère d'acceptabilité important peut être la garantie de la confidentialité dans le premier cas et l'utilisation de méthodes interactives dans le second.

Par le passé, la plus grande confusion régnait au sujet des mesures de qualité pour lesquelles on s'est référé à des aspects aussi divers que le degré de complexité technique des services ou même l'impact démographique prévisible de ces services. Dans le cas des services de planification familiale et de soins de santé génésique, Bruce (231) a présenté un cadre de travail fondé sur un service de santé modèle qui s'inspire des éléments critiques aux yeux de la clientèle (choix des méthodes, information donnée à la clientèle, compétence technique, relations interpersonnelles, mécanismes de suivi et de continuité, gamme appropriée de services). Ce cadre doit être rendu compatible avec d'autres aspects qui confèrent un caractère «convivial» aux services assurés aux jeunes, spécialement pour qu'on puisse définir certaines «normes minimales» de qualité qui soient accessibles et mesurables. Il serait important de réunir autour d'une même table des prestataires de services et des adolescents, ainsi que des responsables

de programme et des chercheurs, afin qu'ils se mettent d'accord sur les critères de qualité, les indicateurs adaptés à leur évaluation et les éléments nécessaires pour en faciliter la mesure.

Comme on pouvait s'y attendre, il existe un lien entre couverture et qualité puisque cette dernière entraîne normalement un recours accru aux services et donc une couverture plus élevée. Cependant, un accord est indispensable au sujet des éléments à mesurer, car la notion de couverture n'est pas elle-même sans poser de problèmes. La couverture potentielle correspond à la proportion de la population susceptible de bénéficier des services, tandis que la couverture réelle correspond à la proportion qui en bénéficie effectivement (232). Comme l'interaction entre les services assurés et les adolescents qui les reçoivent/utilisent est complexe, la couverture peut être mesurée par plusieurs paramètres : disponibilité, accessibilité, acceptabilité, contact et efficacité. En outre, la mesure de la couverture implique l'utilisation d'un dénominateur différent selon qu'il s'agit de services de prévention, de promotion ou de soins car les groupes visés ne sont pas les mêmes (la totalité des adolescents dans le cas des interventions à caractère préventif, mais uniquement les adolescents ayant des besoins particuliers — par exemple la prise en charge d'une toxicomanie ou le traitement d'une MST — dans celui des interventions à caractère thérapeutique). Les services à visée préventive sont axés sur les individus ou les ménages (caractéristiques démographiques), tandis que les services à visée thérapeutique doivent tenir compte de caractéristiques démographiques et épidémiologiques en s'appuyant par exemple, sur la notion de «cas» (grossesses, MST). Enfin, la nature des services eux-mêmes implique la couverture d'un groupe particulier (principalement les femmes dans le cas des grossesses, mais à la fois les hommes et les femmes dans celui des MST).

A mesure qu'on connaît mieux la couverture d'interventions de qualité dans une population de jeunes bien définie, le problème de l'intégration des activités devient plus clair. Bien entendu, il faut aussi se mettre d'accord sur le choix d'indicateurs relatifs à l'intégration des interventions, par exemple l'orientation des personnes concernées d'un service vers l'autre, le partage des ressources humaines (soignants ou éducateurs) ou matérielles, les messages complémentaires et la nature des partenariats entre les diverses organisations.

Il serait important d'identifier les programmes qui sont considérés comme de bons exemples d'interventions intégrées en faveur des adolescents dans de multiples contextes; cela permettrait de

rassembler une documentation concrète sur la nature et les modalités de ces interventions, sur les éléments qui sont suivis dans le cadre du contrôle de l'exécution et sur les facteurs qui témoignent du succès de l'action menée, qu'ils soient mesurables ou non. Une documentation et une analyse systématiques de ce type fourniraient les bases nécessaires pour le cadre général applicable à la programmation, à la surveillance et à l'évaluation des programmes relatifs à la santé et au développement des adolescents. L'essai de Mwanza offre une telle possibilité de suivi malgré la complexité de sa conception expérimentale où, on l'a vu, les communautés bénéficiant d'une intervention ou servant de témoins ont été choisies de façon aléatoire et où des comparaisons ont été effectuées avant et après les interventions.

Comme exemple de programme d'interventions destiné à améliorer la santé et le développement des adolescents, on peut citer le programme intitulé Basic Education, Child Care and Adolescent Development (BECCAD), mené par le Gouvernement ougandais avec le soutien de divers partenaires, dont le bureau de l'UNICEF dans le pays. Ce programme a pour caractéristique importante l'accent qu'il met sur le cycle de croissance du jeune Ougandais, de la naissance à l'adolescence, en s'intéressant tout particulièrement à l'évolution des besoins sur le plan du développement social, affectif et cognitif. Ce programme associe une politique nationale de développement et de promotion à des interventions opérationnelles en partenariat avec des ONG ayant directement accès aux adolescents. Vu l'importance actuelle donnée à la décentralisation, un soutien technique et financier est directement assuré par les districts en vue de l'élaboration et de l'exécution de programmes axés sur les adolescents, particulièrement ceux qui ne sont pas scolarisés.

Un examen du programme BECCAD à mi-période d'exécution (233) a récemment été effectué à Kampala par des participants au programme gouvernemental représentant l'administration des districts et par des représentants d'ONG, de centres de recherche locaux et d'autres partenaires du système des Nations Unies. Ils ont entrepris l'étude en commun des facteurs qu'il convient de surveiller et d'évaluer pour suivre le déroulement du programme. Les trois domaines d'intervention retenus pour les discussions ont été les services conviviaux offerts aux adolescents, la formation aux aptitudes à la vie et la communication de masse. Dans chacun d'eux, l'issue des discussions a consisté dans la définition d'une série de questions à prendre en compte pour la surveillance et l'évaluation sous l'angle de la qualité, de la couverture et de l'impact. De vives réserves ont été formulées au sujet de l'intérêt des mesures d'impact,

à effectuer de façon très sélective étant donné l'importance des ressources techniques et financières que cela exige sans qu'on puisse toujours les garantir (voir Tableau 8).

Il existe plusieurs exemples de projets et programmes de qualité qui améliorent apparemment la vie des adolescents, mais ne comportent pas un système d'évaluation sur lequel s'appuyer pour prendre des décisions ou procéder à une adaptation en vue de leur répétition dans

Tableau 8

Suivi de la qualité, de la couverture et de l'impact — exemple du Programme Basic Education, Child Care, Adolescent Development, Ouganda (233)

Interventions	Qualité	Couverture	Impact
Services «conviviaux» à l'égard des adolescents	*Satisfaction des usagers	Nombre de points de prestation de services (rapporté à la population)	Prévalence des problèmes de santé (MST, grossesses non désirées)
	*Disponibilité (services, médicaments et installations)	Nombre d'adolescents vus dans les services, et proportion de ceux qui devraient/pourraient consulter	Comportement observé (démonstration d'aptitudes à la vie)
	*Acceptation (interaction empathique)		Importance du soutien communautaire
	*Confidentialité Orientation/recours		
Aptitudes à la vie	*Méthodes d'enseignement interactives	Nombre de matériels dans les différentes langues	Adoption de pratiques sexuelles sans danger
	*Intérêt manifesté par les jeunes	Nombre de formateurs formés	Incidence du VIH/SIDA
	*Implication des jeunes	Nombre de jeunes formés	Développement des adolescents (capacité de réagir, résistance aux brimades)
Communication	*Demande (diffusion, public)	Pourcentage atteint parmi le public visé, avec une ventilation par zone géographique Age/sex	Changements constatés dans les comportements
	*Réponse (lettres à la rédaction)		Niveau des connaissances

d'autres endroits. On peut citer à cet égard l'action menée en Malaisie par le Youth Advisory Center (YAC). Il s'agit d'une ONG qui cherche à assurer aux jeunes des services de santé sexuelle et génésique et une préparation à la vie de famille tout en les formant à des fonctions de leader. Son action s'exerce dans toute une série de cadres dont l'école, le milieu professionnel et la communauté. Bien qu'aucune évaluation approfondie n'ait été réalisée, l'impression qui prévaut chez les membres du YAC est celle du succès. Il semble que la plupart des jeunes atteints par les activités du Centre ont effectivement tiré profit de leur participation (234). Ces observations pourraient être corroborées par des analyses qualitatives simples, mais stratégiques, permettant d'identifier :

- en quoi consiste le succès, selon les membres du YAC;
- comment on est arrivé à ce résultat;
- les avantages que les jeunes ont tiré de leur participation;
- de quelle façon;
- les facteurs complémentaires de réussite susceptibles d'être mesurés;
- les avantages complémentaires possibles pour les jeunes participants et la façon de les mesurer;
- les déficiences éventuelles dans la définition et (ou) la mesure du succès et des avantages, et la façon d'y remédier;
- les insuffisances éventuelles dans la description de la façon dont le succès et les avantages ont été obtenus, et la façon d'y remédier;
- les erreurs à éviter dans l'adaptation du présent projet en vue de sa répétition dans d'autres endroits.

10.4 **Evaluation de l'influence de la participation des jeunes à tous les stades de la programmation**

On a examiné à la section 8.4 les obstacles qui empêchent les jeunes de participer pleinement et authentiquement à l'ensemble des activités d'un programme. La réalité technique est que les obstacles socio-culturels à une participation effective des jeunes sont tels qu'il n'est même pas possible de dire en quoi consiste une participation authentique en termes mesurables, sans parler de la surveillance et de l'évaluation ultérieures de l'apport de cette participation. Dans ces conditions, il est clair que des outils sont nécessaires pour surveiller tous les aspects de la participation des jeunes — appréciation préliminaire, planification et exécution du programme, surveillance et évaluation et impact obtenu — tant du point de vue des jeunes eux-mêmes que de celui de la faisabilité, de la pertinence, de l'efficacité et de la durabilité du programme.

Une première étape consiste à définir la participation des jeunes. Il faut ensuite élaborer des mesures ou des indicateurs de cette participation en veillant à ce qu'ils soient «valables», en ce sens qu'ils mesurent réellement cette participation. C'est là une tâche difficile dont certains aspects sont déjà pris en compte, à défaut de travaux systématiques, dans plusieurs modèles programmatiques (principalement ceux d'ONG) et dans le cadre du contrôle de l'application par les pays de la Convention relative aux droits de l'enfant. L'étape suivante consisterait à se mettre d'accord sur des critères d'efficacité, d'impact ou de succès imputables à la participation des jeunes à la programmation. L'entreprise sera évidemment encore plus laborieuse car, s'il est déjà difficile en soi de s'accorder sur des mesures pragmatiques de l'impact d'un programme, il l'est beaucoup plus de démêler la part exacte qui revient à la participation des jeunes.

Pour ce qui est de la première étape, la surveillance de la participation, il peut s'agir d'une fin en soi dans plusieurs activités programmatiques, sous réserve que la surveillance mesurée ne soit pas illusoire, purement apparente. Dans de nombreux contextes socioculturels, cette participation est plutôt mal accueillie, de sorte qu'il importe de tout faire pour la faciliter avant de chercher à en mesurer l'impact éventuel. La participation produit un effet immédiat sur les jeunes concernés en leur donnant un sentiment d'accomplissement personnel et en leur permettant de développer leurs aptitudes. En principe, une influence s'exerce simultanément sur les perceptions, les croyances et les comportements des adultes proches des jeunes participants, et doit elle aussi être comptée parmi les résultats.

Une possibilité supplémentaire d'exercer cette surveillance est fournie par l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant dans les Etats parties, soit au plan national, soit dans le cadre des rapports des pays au Comité des droits de l'enfant. Ce processus implique l'identification de toute une série d'indicateurs, notamment pour contrôler le respect de l'article 12 de la Convention qui traite expressément d'une forme de participation des jeunes. On trouvera à l'Annexe 2 la production des articles de la Convention qui traitent de la situation des adolescents. Ces articles ont été regroupés sous plusieurs titres en fonction des problèmes considérés, le dernier concernant les «droits à la participation». Un guide a été rédigé pour faciliter l'application de la Convention (235) au niveau national en éclairant les gouvernements, les ONG et les autres partenaires sur l'interprétation de la Convention par le Comité des droits de l'enfant et sur ce qu'on attend d'eux en matière de surveillance et de rapports (voir également Annexe 2) pour chacun des articles. Si le guide

tourne inévitablement autour des aspects législatifs et juridiques avant tout, la liste de contrôle établie pour l'article 12 mentionne plusieurs problèmes relatifs à la surveillance de la participation des adolescents, en particulier leur interaction avec la société qui les entoure.

L'impact à plus long terme de la participation des jeunes à un programme dépend de la réalisation des objectifs spécifiques de celui-ci (modification des comportements et de l'état de santé, habilitation) et des objectifs sous-jacents qui consistent à faire la preuve de la faisabilité, de la pertinence, de l'efficacité et de la durabilité de ce genre de programme. Un autre problème délicat consiste à établir la part qui revient aux jeunes, mais la question n'est pas à reprendre chaque fois dans ce genre de programme puisqu'on peut s'inspirer des enseignements solides fournis par certains exemples de «meilleures pratiques».

Il est indispensable de concevoir et exécuter des travaux relevant de la recherche opérationnelle qui permettent aussi de mesurer l'apport des jeunes dans des domaines particuliers de la programmation, à savoir la planification stratégique, la mise en œuvre des interventions et les activités de surveillance et d'évaluation. Deux types de questions sont à aborder : les différences présentées par les interventions en matière d'information, de développement des aptitudes et de conseil selon que la direction en revient à des jeunes ou à des adultes, et les conséquences d'une implication des jeunes dès le stade de la planification d'un programme sur la durée de leur participation ultérieure et l'impact du programme sur les comportements. En outre, l'étude des raisons qui expliquent le succès de partenariats entre jeunes et adultes dans tous les domaines de la programmation, permettrait de mieux savoir comment renforcer l'efficacité des interventions et établir des indicateurs de processus utiles.

Des travaux limités ont également été consacrés à l'influence de la participation de jeunes sur le succès des programmes. On peut donner l'exemple d'une initiative menée aux États-Unis d'Amérique, sous le titre National Crime Prevention Council's Youth as Resources [Les jeunes, une ressource pour le Conseil national de la prévention de la criminalité], pour donner à des jeunes la possibilité de planifier et exécuter des projets communautaires et de promouvoir l'idée que les adolescents sont à considérer comme une ressource pour la collectivité. Des entretiens structurés réalisés dans le cadre de l'évaluation du projet, ont montré que plus les jeunes ont un rôle effectif important dans l'élaboration et la gestion d'un projet, plus celui-ci est bénéfique et couronné de succès (194).

Par ailleurs, des travaux intéressants ont été consacrés à l'influence des interventions dirigées par des pairs sur les programmes de promotion de la santé. Le dépouillement de la littérature consacrée à ce genre de programmes montre que le recours à des pairs éducateurs ou à des pairs conseillers dans le cadre d'une intervention se révèle plus efficace que le recours à des adultes, par exemple des enseignants ou du personnel infirmier, pour diffuser des informations, des aptitudes et des normes (51). Les pairs chargés d'un rôle de direction indiquent qu'ils ont adopté de meilleurs comportements sur le plan sexuel et sont devenus plus conscients de leur propre valeur (YWCA, données non publiées, 1995; Croix-Rouge jamaïcaine & Croix-Rouge américaine, données non publiées, 1995). En Thaïlande, la fonction de pair éducateur s'est révélée bénéfique pour les jeunes filles qui ont ainsi la possibilité de parler de problèmes sexuels sans risquer d'être accusées par la société d'être des débauchées (111). La West African Youth Initiative constitue un exemple de programme qui comporte un plan concis pour la surveillance et l'évaluation des processus et qui peut désormais faire état de progrès mesurables (Encadré 31). Les jeunes doivent être impliqués dans la planification, l'exécution et l'évaluation des activités du projet, non seulement pour assurer l'efficacité des programmes mais également parce que c'est pour eux un droit (94).

11. Conclusions

Sortis de l'enfance sans être encore des adultes, les adolescents se trouvent à un stade de développement rapide où ils acquièrent de nouvelles capacités et sont confrontés à de nombreuses situations sans précédent pour eux. Au moment où ils doivent affronter les difficultés de la deuxième décennie de la vie, un peu d'aide peut beaucoup contribuer à orienter leur énergie sur des voies positives et productives. La négligence à l'égard des adolescents peut être une source de problèmes, tant dans l'immédiat que dans les années futures. L'un des engagements les plus importants qu'un pays peut prendre pour son progrès et sa stabilité futurs sur le plan économique, social et politique, concerne la satisfaction des besoins de ses ressortissants adolescents en matière de santé et de développement.

Le monde moderne est riche à la fois d'opportunités et de dangers pour la santé des adolescents. Plus que jamais auparavant, les adolescents ont la possibilité d'aller à l'école et de bénéficier du progrès technique. Pourtant, la vie de millions d'entre eux est gâchée par la pauvreté, le manque d'éducation et d'emplois, l'exploitation, la

Encadré 31

Un exemple de surveillance de l'implication des jeunes

La West African Youth Initiative

Un exemple de programme dans lequel on surveille l'implication des jeunes est donné par la West African Youth Initiative dont l'objectif est d'apprécier l'apport des programmes de formation de pairs portant sur les problèmes de santé génésique des adolescents. Un plan a été élaboré en vue de suivre et évaluer la participation des jeunes à la gestion du programme (C. Lane, données non publiées, 1995). A cette fin, on se sert notamment des indicateurs ci-dessous :

Indicateurs

- nombre de jeunes formés;
- nombre de jeunes travaillant comme bénévoles;
- fonctions et rôles assumés par les jeunes;
- temps consacré par les jeunes à l'organisation;
- place des jeunes dans la composition des comités consultatifs;
- assistance des jeunes aux réunions de planification et d'organisation;
- participation active des jeunes aux réunions;
- opinions des jeunes au sujet de leur implication;
- opinions des membres de la communauté au sujet du degré d'implication des jeunes.

Pour mesurer ou évaluer ces indicateurs, on se sert des méthodes suivantes :

- dossiers relatifs à la formation;
- comptes rendus des réunions;
- descriptions de poste (même pour les bénévoles);
- rapports d'activité;
- interrogatoire de jeunes, de membres du personnel, de membres de la communauté, de clients;
- observation sur les lieux du projet.

guerre, les troubles civils et les discriminations fondées sur l'appartenance ethnique ou le sexe. L'urbanisation rapide, les télécommunications, les voyages et les migrations sont pour les jeunes une source d'occasions nouvelles mais aussi de dangers inconnus. Cette situation peut compromettre directement leur santé et affaiblir le soutien traditionnel de la société qui aidait les jeunes à préparer, négocier et explorer les possibilités et les exigences dont s'accompagne le passage à l'âge adulte. Les comportements attendus de la société, les rôles attribués, l'accès aux ressources et les perspectives de développement, ne sont pas les mêmes pour les adolescents des deux sexes. Dans de nombreuses régions du monde,

la perte d'influence de la famille et de la culture, la puberté plus précoce et le mariage plus tardif, augmentent le risque de rapports sexuels non protégés chez les adolescents célibataires. Il existe des pays où les mariages et les grossesses précoces sont une cause de mortalité maternelle et infantile élevée. Dans d'autres, les maladies sexuellement transmissibles, notamment l'infection à VIH/SIDA, font peser des risques considérables sur la santé des adolescents. Les substances potentiellement nocives — tabac, alcool et drogue — sont aujourd'hui plus faciles à se procurer pour les adolescents et constituent une menace pour leur santé, à court et à long terme. La violence subie ou exercée par des jeunes est un phénomène en extension. Les jeunes gens sont fréquemment impliqués dans des actes de violence, notamment en faisant la guerre. Apparemment, les tentatives de suicide sont en progression chez les jeunes dont beaucoup sont victimes de la violence, notamment d'abus sexuels, souvent de la part d'adultes.

L'adolescence constitue une voie royale pour la promotion de la santé. Bon nombre des modes de comportements adoptés à cet âge (par exemple les rapports avec l'autre sexe, la pratique sexuelle, l'usage du tabac, de l'alcool et de la drogue, les habitudes alimentaires et l'attitudes face aux conflits et aux risques), vont être ancrés à vie, avec répercussions sur la santé et le bien-être des générations futures. L'adolescence est une période de la vie où l'on peut encore prévenir l'adoption de comportements préjudiciables à la santé et leurs conséquences potentielles. Fort heureusement, les adolescents sont ouverts aux idées nouvelles; ils sont très désireux d'exploiter au maximum leur capacité sans cesse accrue à prendre des décisions. La curiosité et l'intérêt dont ils font preuve offrent une possibilité exceptionnelle d'encourager la responsabilité individuelle en matière de santé. En outre, les activités positives et constructives dans lesquelles ils se lancent sont une occasion pour les adolescents d'établir des relations avec leurs pairs et avec des adultes et également d'acquérir des comportements d'importance capitale pour la santé.

Les problèmes de santé des adolescents sont interdépendants. Les facteurs sous-jacents qui expliquent le développement d'adolescents mal portants sont souvent liés au milieu social. Il s'agit notamment de la pauvreté et du chômage, de la discrimination fondée sur le sexe ou l'appartenance ethnique et des répercussions des transformations sociales sur la famille et la communauté. Certes, les efforts programmatiques relatifs à la santé des adolescents ne peuvent pas être directement axés sur les inéquités et les injustices qui existent dans la société, mais ils doivent tenir compte du fait que ces

conditions sont un obstacle réel pour l'amélioration de la santé et du bien-être des adolescents. Les attitudes et comportements sur lesquels les programmes cherchent à agir (par exemple le comportement sexuel et les rapports entre les deux sexes, les toxicomanies, l'attitude face aux conflits et aux dangers), découlent souvent les uns des autres et se renforcent mutuellement. Par exemple, la consommation de substances psychoactives fausse le jugement et augmente par conséquent le risque d'actes agressifs, de relations sexuelles non protégées et d'accidents. En outre, les interventions destinées à prévenir ces comportements sont identiques et contribuent toutes à une croissance et à un développement positifs de l'individu.

Les programmes qui connaissent le succès ont besoins d'être appuyés pour élargir le champ couvert. S'il convient encore d'affiner les interventions, on en sait assez pour agir dès maintenant. Les programmes doivent apporter aux adolescents le soutien et les opportunités dont ils ont besoins pour :

- se procurer des informations exactes;
- renforcer leurs aptitudes;
- obtenir des conseils (spécialement à l'occasion d'une crise);
- avoir accès aux services de santé, notamment aux services de santé génésique;
- vivre dans un environnement sûr et favorable.

Le milieu social doit favoriser le développement personnel, inciter les jeunes à adopter des comportements sains et leur permettre d'assumer progressivement des responsabilités d'adulte en participant aux décisions qui influent sur leur vie et en apportant leur contribution à leur famille et à leur communauté. Il faudrait que les responsables des grandes orientations et des médias se fassent plus fermement les défenseurs et les propagandistes de normes positives concernant les comportements des adultes comme des adolescents, par exemple les normes en matière d'égalité et d'équité à l'égard des deux sexes. L'attention portée à la satisfaction des besoins sécuritaires essentiels, le sentiment d'appartenance et l'estime de soi, ainsi que la maîtrise des compétences indispensables à une vie normale, sont autant d'aspects qui améliorent le développement global des adolescents. Ces derniers peuvent alors se prémunir contre les dangers qui menacent leur santé et trouver des raisons d'adopter durablement des comportements non préjudiciables. Le contenu des programmes doit être défini en tenant compte du fait que les adolescents ne sont pas tous identiques et qu'il faut donc moduler les interventions en fonction des besoins et des circonstances.

L'impulsion et l'orientation données au renforcement de l'action en faveur de la santé des adolescents, émanent de nombreuses sources. Les obligations et droits fondamentaux concernant la promotion et la protection de la santé des adolescents, sont explicités dans la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ainsi que dans la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Ces droits et obligations ont encore été défendus et renforcés par des conférences et des déclarations internationales récentes, par exemple la Conférence internationale sur la population et le développement (1994), la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995) et le Programme mondial d'action des Nations Unies pour la jeunesse jusqu'à l'an 2000 et au-delà. En outre, des mesures explicites ont été prises par l'OMS, le FNUAP et l'UNICEF pour appuyer, stimuler et renforcer la législation, les politiques et la programmation des différents pays en faveur de la santé des adolescents.

12. Recommandations

12.1 Recommandations à l'OMS, au FNUAP et à l'UNICEF

1. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient promouvoir l'utilisation du cadre de la programmation relative à la santé des adolescents au niveau des pays (voir Fig. 1, page 3). Ce cadre constitue le résumé, sous forme graphique, des éléments à prendre en compte dans ce domaine et à ce niveau et, de surcroît, il met en relief les principaux problèmes que soulève la programmation.
2. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient fixer des objectifs précis aux activités des diverses organisations afin d'accélérer la programmation nationale relative à la santé des adolescents, et définir clairement des systèmes qui permettent de surveiller la collaboration inter-organisations.
3. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient renforcer et développer la collaboration, au niveau des pays, avec d'autres organisations et institutions du système des Nations Unies (par exemple le HCR, le PNICD, le PNUD et l'UNESCO, ainsi que la Banque mondiale) et avec les partenaires concernés, notamment les donateurs bilatéraux et multilatéraux, les ONG et le secteur privé, afin d'appuyer l'action menée en faveur de la santé des adolescents.
4. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient appuyer la programmation au niveau des pays sur la base des priorités et

situations particulières à chacun d'eux et exploiter les mécanismes existants pour coordonner les activités opérationnelles du système des Nations Unies.

5. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient porter ces conclusions et recommandations, ainsi que les questions connexes, à l'attention de leurs organes exécutifs respectifs et donner la suite qui convient aux recommandations compte tenu, pour chacune de ces organisations, de son mandat, de sa structure et de son avantage comparatif.

Actions mondiales visant à améliorer la qualité et la portée de la programmation

6. Au niveau mondial, l'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient s'attacher à mieux faire comprendre l'intérêt de la santé des adolescents en insistant sur les données et les arguments d'ordre sanitaire et économique qui militent en sa faveur et, de la sorte, favoriser des investissements accrus dans des activités de programmation.
7. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient, au niveau mondial, déterminer des indicateurs appropriés — ainsi que des méthodes pour leur mesure — dont on puisse se servir pour la planification, la surveillance et l'évaluation des programmes nationaux.
8. Pour attirer sans délai l'attention sur l'urgence qu'il y a à connaître les modalités d'une extension rentable et durable de la programmation, il conviendrait que l'OMS, le FNUAP et l'UNICEF s'efforcent conjointement d'appuyer et d'étudier les expériences nationales qui témoignent de la volonté d'étendre sensiblement, au cours des toutes prochaines années, des aspects critiques de leur programmation relative à la santé des adolescents.
9. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient faire la synthèse des données disponibles et fournir des exemples de meilleures pratiques dans la programmation relative à la santé des adolescents; appuyer des travaux sur la recherche de méthodes rentables et durables pour l'extension de la programmation; et mettre au point des instruments pratiques pour faciliter l'élaboration et l'exécution des programmes.
10. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient assurer l'information nécessaire à l'accélération des programmes, notamment en ayant recours à des techniques nouvelles comme les CD-ROM et Internet, et mettre en place un système qui permette de surveiller

la situation sanitaire des adolescents, en envisageant la publication éventuelle des observations.

Actions régionales visant à renforcer les efforts nationaux

11. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient patronner conjointement et appuyer des réseaux régionaux de formation et d'échange d'idées et d'informations dans le domaine de la santé des adolescents.
12. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient réunir et analyser des données sur l'état de santé des adolescents et sur la programmation relative à la santé des adolescents au niveau des pays. Ces organisations devraient également soutenir des travaux de recherche opérationnelle sur la programmation de façon qu'on puisse mettre en évidence les meilleures pratiques.
13. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient encourager le partage des connaissances en organisant et facilitant des voyages d'étude qui permettent à des responsables de la politique générale, à des chefs religieux et à des directeurs de programme de se rendre sur place pour s'informer de programmes efficaces, spécialement de programmes où des jeunes sont réellement impliqués. Ces organisations devraient établir des directives pour la programmation, assurer une plus large diffusion et faciliter l'accès aux matériels de base utilisés dans des programmes qui ont connu le succès et accorder leur soutien en vue de l'adaptation de ces matériels.
14. L'OMS, le FNUAP et l'UNICEF devraient se donner des moyens d'action et s'assurer l'engagement de leur personnel en organisant des réunions communes pour informer et mobiliser leurs agents respectifs, obtenir un plus large consensus, identifier les actions prioritaires intra- et inter-organisations et faciliter l'accès à des personnes qui comptent au niveau régional.

12.2 Recommandations à l'intention des pays

1. Les pays devraient plaider la cause de la santé des adolescents en faisant mieux comprendre la nécessité de politiques et de programmes en la matière, s'agissant notamment de la santé sexuelle et génésique, compte tenu des profits économiques et des avantages pour la santé publique qui découlent des investissements dans la santé et le développement des jeunes.
2. Il faudrait que les pays exposent les besoins sanitaires de leurs ressortissants adolescents et mobilisent un engagement en vue de

les satisfaire en copatronnat des analyses de situation et des travaux de planification (comportant une participation appréciable de jeunes), par exemple en créant des groupes d'étude multisectoriels ou en réunissant des ateliers à l'échelle nationale pour établir des coalitions avec les organisations intéressées et élaborer des plans d'action communs.

3. Les pays devraient se constituer une capacité en entreprenant en commun des activités de formation et de sensibilisation de leurs ressortissants (y compris des jeunes) pour assurer le progrès et la pérennité de la programmation relative à la santé des adolescents.
4. Les pays devraient appuyer l'exécution de plans d'action nationaux et d'autres activités clairement axés sur la santé des adolescents en mobilisant les ressources locales et en s'appuyant sur les infrastructures en place dans le secteur public, dans le secteur non gouvernemental et dans le secteur privé.
5. Les pays devraient accorder leur soutien à des méthodes susceptibles d'extension de façon rentable et durable. Afin de tirer les leçons du passé, ils devraient procéder conjointement à des mises au point sur les différents programmes, lesquelles viendraient compléter le processus de programmation.
6. Les pays devraient renforcer leurs moyens de diffusion d'informations sur l'état de santé des adolescents et sur les programmes qui ont été couronnés de succès.
7. Les pays devraient appuyer la surveillance, l'évaluation et la recherche opérationnelle relatives aux programmes, notamment en utilisant des indicateurs appropriés, et exploiter les résultats obtenus pour informer la communauté et améliorer la qualité et la couverture des programmes.

Remerciements

Les membres du Groupe d'étude tiennent à remercier les personnes suivantes d'avoir bien voulu leur remettre les documents indiqués dont ils avaient besoin pour leurs travaux :

Barton T, Wamai G. *Indicators for adolescent health.*

Berman SM, Herrera G. *Interventions related to reproductive health of adolescents.*

Brabin L. *Preventive and curative care for adolescents: the role of the health sector.*

Brew-Graves SH. *Adolescent health in Ghana: a selected country study of school health services.*

Bureau régional OMS du Pacifique occidental. *Western Pacific regional report on adolescent health programmes — case studies on adolescent health: Philippines, Malaysia, Republic of Korea and Australia.*

Florenzano Urzua R. *Mental health interventions addressed to young people: a review.*

Hanson C. *Role of policy in the context of national adolescent health programs.*

Howard J. *Health sector interventions in reducing harmful use of tobacco, alcohol and other psychoactive substances.*

Khalakadina M. *Eastern Mediterranean regional report on adolescent health: a review and analysis of information on the health of female adolescents in the Eastern Mediterranean Region.*

Kusuma Buana Foundation. *South-east Asia regional report on adolescent health programmes — an overview of the adolescent health situation in SEARO regional countries: an input for the WHO Study Group on Programming for Adolescent Health.*

MacFarlane A, Peckham S. *Report to the World Health Organization on adolescent health in Europe survey.*

Monroy A. *Provision of counselling to adolescents in developing countries.*

Monroy A, Valesco L. *The quality and nature of counselling for adolescent sexuality and reproductive health in developing countries in Latin America and the Spanish Caribbean.*

Montsi MR. *The quality and nature of counselling in adolescent sexuality and reproductive health.*

Organisation panaméricaine de la Santé. *American regional report on adolescent health programmes: toward the development of a regional programme for addressing adolescent and youth health.*

Rasolofomanana R. *La programmation en santé des adolescents: revue de quelques expériences de la région africaine.*

Samarasinghe D. *Counselling for adolescents: Services in south and south-east Asia.*

Simon M, Monahan K, Slutkin G. *Selected studies of intentional injury/violence prevention and victim intervention.*

Sleet DA, Seay A. *Unintentional injury prevention in international settings.*

Wastell CA. *Effectiveness of counselling in adolescence.*

En outre, les études de cas ci-dessous ont été rédigées à l'intention du Groupe d'étude:

Bunsanneh I. *Youth Front Against Drug and Alcohol Abuse.*

Croix-Rouge jamaïcaine et Croix-Rouge américaine. *Jamaican Island-wide HIV/STD Prevention Project.*

Dey D. *The Tata Iron and Steel Co. Ltd.: family initiatives and social services.*

Giridhar G. *Dehleez, radio serial drama. India: management and financial review of Dehleez. India — Prerana Associate CEDPA: management and financial review.*

Hickey P. *Botswana social marketing programme.*

Holzer M. *The Vistula Civic Foundation.*

Kaur J. *Newspaper-in-education: a model for dynamic education.*

Kaminsky DC. *Project alternatives, Tegucigalpa, Honduras.*

Katunzi NB. *UMATI — Family Planning Association of Tanzania.*

Lane C. *Nigeria and Ghana: the West African Youth Initiative.*

Maddaleno M, Gattini C. *Programming for adolescent health in Chile.*

Meshesha B. *Ethiopian Youth Project.*

Robinson G. *Management and financial review: Chile adolescent health programme. Trinidad and Tobago — Servol Limited: management and financial review.*

Serrano C. *Vietnamese Youth Union.*

Vandoorne C, Poumay A, Nieuwenhuyse ML. *Je mange bien à l'école.*

YWCA. *Peer approach to counselling by teens (PACT).*

Ces documents de travail font partie de ceux qui ont été examinés aux réunions préparatoires du Groupe d'étude qui se sont tenues sous le patronage de la Fondation Rockefeller au Centre international de Bellagio, en juillet 1995, ainsi qu'à sa réunion de décembre 1995. Les membres du Groupe et les organisateurs de la présente réunion tiennent à rendre hommage à la Fondation Rockefeller pour son soutien constant au stade préparatoire puis pour la mise au point définitive des documents issus de la réunion, dont le présent rapport. Une mention particulière doit être faite d'un membre de la Fondation, Jane Hughes, pour son apport technique important pendant toute la préparation de la réunion et des rapports.

Le Groupe d'étude tient également à remercier de leur contribution technique les personnes dont le nom suit : Dr S. Acharya, Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est, New Delhi, Inde; Dr A. Ajayi, Population Council, Nairobi, Kenya; Mme A. Amana, Equipe de soutien par pays du FNUAP pour l'Afrique occidentale et centrale, Addis Abeba, Ethiopie; Dr R. Amin Al-Ali Jabal Al-Hussein, Amman, Jordanie (représentant le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, Alexandrie, Egypte); M. G. Barker, The Chapin Hall Center for Children at the University of Chicago, Chicago, IL, Etats-Unis d'Amérique; Dr A. Ball, Programme sur les toxicomanies, OMS, Genève, Suisse; Mme C. Benbow-Ross, Division technique et de l'évaluation, FNUAP, New York, NY, Etats-Unis d'Amérique; Mme R. Birrell-Weisen, Programme sur la santé mentale, OMS, Genève, Suisse; M. R. Brown, Pharos Corporation, Belgique; Dr S. Campbell-Forester, Western Health Area Administration, Montego Bay, Jamaïque; Mme S. Chauhan, Better Life Project, The Center for Development and Population Activities, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique; Mme Y. Clark, Croix-Rouge jamaïcaine, Jamaïque; M. S. Colunga, Integrated Corporate Services, Mexique; M. M. Connolly, Département de la politique, de la stratégie et de la recherche, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève, Suisse; Dr H.A. Corvalan, Gestion des programmes démographiques, FNUAP, Santiago, Chili; Dr J. de Codes, Santé et développement des adolescents, OMS, Genève, Suisse; Dr K. Cravero, UNICEF, Kampala, Ouganda; Dr M.A.C. Dowling, Genève, Suisse; Mme N. Fee, Londres, Royaume-Uni; Dr J-Y. Frappier, Pédiatrie, Université de Montréal, Montréal, Canada; Mme L. Frieiro, Division de l'Amérique latine et des Caraïbes, FNUAP, New York, NY, Etats-Unis d'Amérique; Mme M. Fugelsang, Santé sexuelle et génésique des jeunes, Département de la santé internationale et de la médecine sociale, Unité de recherche internationale sur les soins de santé, Institut Karolinska, Stockholm, Suède; M. J. Geoghagan, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, Suisse; Mme Françoise Globa, Genève, Suisse; M. A. Gullet, Département de la jeunesse,

Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, Suisse; Mme S. Hall, Bureau mondial du mouvement scout, Genève, Suisse; Mme L. Hue, Projet de prévention du VIH/MST dans les îles, Société jamaïcaine de la Croix-Rouge; Mme I. Irby, Fondation internationale pour la jeunesse, Baltimore, MD, Etats-Unis d'Amérique; M. J. Jones, Division de la Promotion de l'Education et de la Communication pour la santé, OMS, Genève, Suisse; Mme M. Kabana, The AIDS Service Organization, Kampala, Ouganda; Dr S. Kalibala, Département de la politique, de la stratégie et de la recherche, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève, Suisse; Dr D. Kaseje, Santé communautaire, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, Suisse; Mme C. Kauffman, Policy and Planning Health and Safety Service, Croix-Rouge américaine, VA, Etats-Unis d'Amérique; Professeur S. Koetsawang, Siriraj Family Health Research Centre, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Bangkok, Thaïlande; Dr F. Kwekeke, Gaborone, Botswana; Dr M. Ladjali, Santé familiale et génésique, OMS, Genève, Suisse; M. A. Leelavathy, The Tata Iron and Steel Co. Ltd., Jamshedpur, Inde; Mme J. Lockwood, Ann Arbor, MI, Etats-Unis d'Amérique; M. C. Lowry, Street Kids International, Toronto, Canada; Mme E. Lustig, Santé et Développement des Adolescents, OMS, Genève, Suisse; Dr C.D. Maendaenda, Family Planning Association of Tanzania, Dar es Salaam, République-Unie de Tanzanie; Mme I. McCobb, AngloPhone, Genève, Suisse; M. A. Mehta, Newspapers-in-Education, RMD, Times of India, New Delhi, Inde; Mme C. Michaels O'Laughlin, Fondation internationale pour la jeunesse, Battle Creek, MI, Etats-Unis d'Amérique; Mme L. Miller, UNICEF, Genève, Suisse; Mme R.O. Ogutu, Responsable de la communication, UNICEF, Nairobi, Kenya; Mme B. Olowo-Frere, UNICEF, Kampala, Ouganda; Mme Mette Ostergaard Strandlod, Reproductive Health Branch, FNUAP, New York, NY, Etats-Unis d'Amérique; Père G. Pantin, Servol Limited, Trinité; Dr H. Peimani, Versoix, Suisse; Dr R. J. Penna Melo, Représentant de l'OMS, Santiago, Chili; Dr A. Petitgirard, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, Suisse; M. P. Pijollet, Bureau mondial du mouvement scout, Genève, Suisse; Mme K. Pittman, Fondation internationale pour la jeunesse, Baltimore, MD, Etats-Unis d'Amérique; Mme S. Rao, Population Foundation of India, New Delhi, Inde; Dr P. Poore, Policy Development Unit, Save The Children Fund, Londres, Royaume-Uni; Mme M. Rice, Planification familiale et population, OMS, Genève, Suisse; Mme L. Riley, Programme sur les Toxicomanies, OMS, Genève, Suisse; Dr M.H. Ruzany, Bureau régional OMS des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé, Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique; Professeur J. Satia, International Council on Management of Population Programmes, Kuala Lumpur, Malaisie; Dr J. Sepulveda, JEFÉ, Département des programmes, Ministère de la Santé, Santiago, Chili; Dr J. Sherry, UNICEF, New York, NY, Etats-Unis d'Amérique; Dr K. Srinivasan, Population Foundation of India, New Delhi, Inde; Mme S. Tahir, International Council on Management of Population Programmes, Kuala Lumpur, Malaisie; M. R. Thomson, Equipe de soutien par pays du FNUAP pour l'Afrique occidentale et centrale, Dakar, Sénégal; Mme M. Vanqa, Alliance mondiale des Unions chrétiennes féminines (YWCA), Gaborone, Botswana; Mme M. Youssef, Genève, Suisse.

De vifs remerciements sont également dus aux personnes dont le nom suit pour leur précieuse contribution technique à la préparation du rapport du Groupe d'étude : Mme M. Alexander, Battle Creek, MI, Etats-Unis d'Amérique; M. P. Bloem, Programme sur la Santé et le Développement des Adolescents, OMS, Genève, Suisse; Dr K. Bose, Programme sur la Santé et le Développement des Adolescents, OMS, Genève, Suisse; Dr V. Chandra-Mouli, Programme sur la Santé et le Développement des Adolescents, OMS, Genève, Suisse; Dr H.L. Friedman, Londres, Angleterre; Dr A. Kaya, Genève, Suisse; et Mme D. Widdus, Programme sur les Toxicomanies, OMS, Genève, Suisse. Le Secrétariat rend par ailleurs

hommage au Dr A. Waddell, Wantage. Royaume-Uni, pour son aide capitale sur le plan éditorial ainsi qu'au Dr T. Türmen. Directeur exécutif, Santé familiale et génésique, OMS, Genève, Suisse, pour son soutien constant. Enfin, les travaux de secrétariat ont bénéficié de l'aide consciencieuse de Mme S. Cummins et de M. V. Unikkadath, Programme sur la Santé et le Développement des Adolescents, OMS, Genève, Suisse.

Bibliographie

1. *Action for adolescent health: towards a common agenda. Recommendations from a joint Study Group.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document non publié WHO/FRH/ADH/97.9; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
2. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. *Promotion de la santé*, 1986, 1(4):iii-v.
3. *First call for children: world declaration and plan of action from the World Summit for Children — Convention on the Rights of the Child.* New York, NY, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1990.
4. Pittman K. Changing conditions, changing odds, changing lives. *Perspectives on children and youth*, 1995.
5. Cohen RN. *Shaping tomorrow: the Servol programme in Trinidad and Tobago.* La Haye, Bernard van Leer Foundation, 1991.
6. *Great transitions: preparing adolescents for a new century.* New York, NY, Carnegie Corporation of New York, 1995.
7. *Life skills education for children and adolescents in schools.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié WHO/MNH/PSF/93.7A; disponible sur demande auprès de la Division de la Santé mentale et de la Prévention des Toxicomanies, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
8. Pittman K, Irby M. *Challenging assumptions: an advocate guide to promoting youth development.* Baltimore, MA, International Youth Foundation, 1994.
9. *World urbanization prospects: the 1994 revision.* New York, NY, Nations Unies, 1995.
10. *Statistical yearbook 1995.* New York, NY, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1995.
11. *ILO labour statistics.* Genève, Organisation internationale du Travail, 1995.
12. *UNICEF and ILO in joint fight against child labour.* Genève, Organisation internationale du Travail, 8 oct. 1996 (Communiqué de presse).
13. *La santé des jeunes, un défi, un espoir.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994.
14. Gittelsohn J. Opening the box: intra household food allocation in rural Nepal. *Social science and medicine*, 1991, 33(10):1141-1154.
15. Senderowitz J. *Adolescent health: reassessing the passage to adulthood.* Washington, DC, Banque mondiale, 1995 (World Bank Discussion Paper, No. 272).

16. Friedman HL. Reproductive health and adolescent sexuality: a global perspective on the patient as person. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):359–370.
17. Chen LC et al. Maternal mortality in rural Bangladesh. *Student family planning*, 1974, 5(11):334–341.
18. Harrison KA. Childbearing, health and social priorities: a survey of 22 774 consecutive hospital births in Zaria, Northern Nigeria. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 1985, 92(Suppl. 5):1–119.
19. *World population prospects — 1994 revision*. New York, NY, Nations Unies, 1995.
20. *Marriage and entry into parenthood*. Calverton, MD, Macro International, 1994 (Comparative Studies, No. 10).
21. *Facts at a glance*. New York, NY, Population Reference Bureau and Center for Population Options, 1994.
22. *Comité d'experts des maladies vénériennes et des tréponématoses*, sixième rapport. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (OMS, Série de Rapports techniques, No. 736).
23. Sexually transmitted diseases: three hundred and thirty-three million new, curable cases in 1995. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1995 (Communiqué de presse, WHO/64 1995).
24. *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA*. Genève, UNAIDS, 1997.
25. *A picture of health? A review of health and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (document non publié WHO/FHE/ADH/95.14; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
26. *World health: special issue on substance abuse*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995.
27. *Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales 1994*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.
28. *Rapport sur la Santé dans le monde 1995: Réduire les écarts*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.
29. Murray C, Michaud C. *Estimates of the burden of disease among adolescents, youth and young people: a reanalysis of GBD version 5.5 result*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
30. *Youth health for a change: a UNICEF notebook on programming for young people's health and development*. New York, NY, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1997.
31. Heaven PCL. *Adolescent health: the role of individual differences*. Londres, Routledge, 1996.
32. Sobal J. Health concerns of young adolescents. *Adolescence*, 1987, 22:739–750.

33. Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 1993, **14**:626–631.
34. Dryfoos JG. *Adolescents at risk: prevalence and prevention*. New York, NY, Oxford University Press, 1990.
35. Kirby D. *No easy answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC, National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 1997.
36. Flisher AJ et al. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high school students — part IX: evidence for a syndrome of adolescent risk behaviour. *South African medical journal*, 1996, **86**(9):1090–1093.
37. Buttrum K. *Juvenile justice: working effectively with young offenders*. Paper presented at the Second IAAH Pacific Rim Conference on Adolescent Health, Sydney, 12–14 Nov 1997.
38. Resnick et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of American Medical Association*, 1997, **279**(10):823–832.
39. Maslen S. *The reintegration of war-affected youth: the experience of Mozambique*. Genève, Bureau international du travail, 1997.
40. Saad El-Deen Mahmoud Zidan M. Discrimination from birth. In: 1996 UNFPA International youth essay contest — *Promoting responsible reproductive health behaviour: the youth perspective*. New York, NY, Fonds des Nations Unies pour la population, 1996.
41. Bhende AA. *Evolving a model for AIDS prevention education among under-privileged adolescent girls in urban India: Women and AIDS Research Program*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1995 (Research Report Series, No. 5).
42. Weiss E, Whelan D, Gupta GR. *Vulnerability and opportunity: adolescents and HIV/AIDS in the developing world*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1996.
43. Heise L. La violence à l'encontre des femmes. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 1993, **46**:78–85.
44. Yunes J, Rajs D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de las región de las Americas [Tendances de la mortalité imputable à la violence dans la population générale et chez les jeunes et les adolescents de la région des Amériques.] *Caderno de Saúde Publica [Cahiers de santé publique]*, 1994, **10**(Suppl. 1):88–125.
45. Kurz KM, Johnson-Welch C. *The nutrition and lives of adolescents in developing countries: findings from the Nutrition of Adolescent Girls Research Program*. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1994.
46. Barker G. *The health needs of adolescent males: emerging research and implications for health promotion*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (document non publié; disponible sur demande auprès de la Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

47. **Friedman H.** *Adolescent health and development: the key to the future.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (document non publié WHO/ADH/94.3; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
48. **Kurz KM et al.** *Adolescent fertility and reproductive health: a needs assessment in the English-speaking Caribbean for the Pew Charitable Trusts.* Washington, DC, International Center for Research on Women, 1995.
49. **Barker G, Fontes M.** *Review and analysis of international experience with programs targeted on at-risk youth.* Washington, DC, World Bank, 1996.
50. **Howard M, Blamey McCabe J.** Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family planning perspectives*, 1990, 22(1):21-26.
51. **Perry CL, Sieving R.** Peer involvement in global AIDS: prevention among adolescents. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1991 (document non publié; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
52. **Blum RW.** *Successful programmes for youth with disabilities and chronic illness.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (document non publié; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
53. **Martin HP.** Parental response to handicapped children. *Developmental medicine and child neurology*, 1975, 17:251-252.
54. **Friedman RS.** *Modelling behaviour of nondisabled and disabled adolescents based upon social preference for and similarity to nondisabled and disabled models* [Thèse]. Hempstead, NY, Hofstra University, 1974.
55. **Richmond JB.** The family and the handicapped child. *Clinical proceedings: Children's Hospital National Medical Centre*, 1973, 25:156-164.
56. **Waldhorn HK.** *Rehabilitation of the physically handicapped adolescent.* New York, NY, John Day, 1972.
57. **Blum R.** Sexual health needs of physically and intellectually impaired adolescents. In: Blum R, éd. *Chronic illness and disabilities in childhood and adolescence.* Orlando, FL, Grune and Stratton, Inc., 1984:127-142.
58. *La toxicomanie chez les enfants des rues et les autres enfants et adolescents confrontés à des situations particulièrement difficiles.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (WHO aide-mémoire, No. 151).
59. *A one-way street? Report on phase I of the Street Children Project.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié WHO/PSA/93.7; disponible sur demande auprès de la Division de la Santé mentale et de la Prévention des Toxicomanies, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
60. **UNICEF.** *State of the world's children.* New York, NY, Oxford University Press, 1996.
61. *Impact of armed conflict on children.* Rapport de l'expert du Secrétaire général, Mme Graça Machel, présenté en application de la Résolution 48/

157 de l'Assemblée générale, New York, Nations Unies, 26 Août 1996 (A/51/306).

62. **Rhodes J, Jason L.** *Preventing substance abuse among children and adolescents*. New York, NY, Pergamon Press, 1988.
63. *Street children, substance use and health: training for street educators*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (document non publié WHO/PSA/95.12/Revised; disponible sur demande auprès de la Division de la Santé mentale et de la Prévention et des Toxicomanies, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
64. **Tolan PH et al.** A developmental-ecological perspective on antisocial behaviour in children and adolescents: towards a unified risk and intervention framework. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1995, 63(4):579–584.
65. **Hornik R.** *Public health education and communication as policy instruments for bringing about changes in behaviour*. Philadelphie, PA, University of Pennsylvania, 1995.
66. **Steinberg L.** Latchkey children and susceptibility to peer pressure: an ecological analysis. *Developmental psychology*, 1986, 22:433–439. Quoted in: Perry et al. The social world of adolescents: family, peers, schools, and the community. In: Millstein S et al., éd. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, Oxford University Press, 1993:73–96.
67. **Ferguson J.** *Valoriser les relations entre adolescents et parents: rapport final [Promoting good relations between adolescents and parents: final report.]* Séminaire des toxicomanies — le rôle des familles et de la société. Berne, Commission fédérale de la santé publique, 1995.
68. **McCauley AP, Salter C.** Meeting the needs of young adults. *Population reports*, 1995, Series J. 41.
69. *Youth suicide prevention: a parent's guide*. Sydney, Scout Association of Australia, 1996.
70. **Sanger M.** *Working with parents: trainers' manual on human sexuality*. New York, NY, Planned Parenthood of New York City, 1988.
71. **Compas B.** Promoting positive mental health during adolescence. In: Millstein S et al., éd. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, NY. Oxford University Press, 1993:159–179.
72. **Felner RD, Adan AM.** The school transition environment project: an ecological intervention and evaluation. In: Price RH et al., éd. *Fourteen ounces of prevention: a casebook of exemplary primary prevention programs*. Washington, DC, American Psychological Association, 1988.
73. **Felner RD, Felner TY.** Primary prevention programs in the educational context: a transactional-ecological framework and analysis. In: Bond LA, Compas BE, éd. *Primary prevention and promotion in the schools*. Newbury Park, CA, Sage, 1989:13–49.
74. **Cauce AM, Comer JP, Schwartz D.** Long term effects of a systems-oriented school prevention program. *American journal of orthopsychiatry*, 1987, 57:127–131.

75. Comer JP. *School power: implications of an intervention project*. New York, NY, Free Press, 1980.
76. Comer JP. Educating poor minority children. *Scientific American*, 1988, 259:42-48.
77. *Sara communication initiative: the adolescent girl in Africa*. Nairobi, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1996.
78. Millstein S, Petersen AC, Nightingale EO. Adolescent health promotion: rationale, goals, and objectives. In: Millstein S et al., réd. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, NY, Oxford University Press, 1993:3-10.
79. McGovern et al. Trends in mortality, morbidity, and risk factor levels for stroke from 1960 through 1990: the Minnesota heart survey. *Journal of American Medical Association*, 1992, 268(6):753-759. Cité dans : Hornik R. *Public health education and communication as policy instruments for bringing about changes in behaviour*. Philadelphie, PA, University of Pennsylvania, 1995.
80. *Final report — Liberia project: a film, a future for our children*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1986.
81. Everett K. The development of an AIDS photo-comic for South African teenagers. *AIDS bulletin*, 1992, 1(2):7-9.
82. Khaled GS et al. *Mobilizing rural youth for safe motherhood*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié; disponible auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
83. Hauser D, Michaud P. Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP AIDS Campaign) modify sexual behaviour among adolescents? *Pediatrics*, 1994, 93:580-585.
84. *Thematic evaluation of adolescent reproductive health programmes*. New York, NY, Fonds des Nations Unies pour la Population, 1997 (Evaluation Report, No. 13).
85. *Laws and policies affecting adolescents' access to information and services*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997. (document non publié; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
86. *Sistematización de la reforma penal juvenil en Costa Rica y aportes para su ejecución [Systématisation de la réforme du Code Pénal applicable aux mineurs délinquants au Costa Rica, et contributions à sa mise en oeuvre]*. San Jose, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1997.
87. Carnegie R et al. *Making change possible: creating an enabling environment*. In McKee N, réd. *Involving people, evolving behaviour*. Penang, Southbound, 1998.
88. Where have all the fathers gone? *Bernard van Leer Foundation Newsletter*, 1992, 65:1-9.
89. Targeting teenagers. *Bernard van Leer Foundation Newsletter*, 1995, 77:1-13.

90. **Zimbardo PG et al.** *Influencing attitudes and changing behaviour*. Reading, MA, Addison Wesley, 1979.
91. **Coates TJ et al.** *Promoting adolescent health: a dialog in research and practice*. San Diego, CA, Academic Press, 1982.
92. **Rajani R, Kudrati M.** *The varieties of sexual experience of the street children of Mwanza, Tanzania: notes on the possibilities of HVI/STD prevention — draft 1995*. Rédigé à l'intention du Groupe d'étude OMS/FNUAP/UNICEF sur la programmation relative à la santé des adolescents, Hôtel des Bains de Saillon, Saillon, Suisse, 28 nov.–4 déc. 1995 (document non publié; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
93. **WHO/UNESCO.** *School health education to prevent AIDS and STD: a resource package for curriculum planners — teachers' guide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994.
94. **Fee N, Youssef M.** *Young people, AIDS and STD prevention: experiences of peer approaches in developing countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
95. **Yao F.** Youth and AIDS — a priority for prevention education: AIDS health exchange. In: *Youth, HIV infection and development in Africa*. Document technique préparé par the Prevention Unit, WHO Global Programme on AIDS for The Pan African Conference on Youth and Development, Tunis, mars 1995.
96. **Kirby D et al.** Programmes to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public health reports*, 1994, 109(3):339–360.
97. **Djaelani JSH et al.** *A survey on adolescent reproductive health services provision*. Jakarta, Indonesian Planned Parenthood Association and Samahat Remaja, 1994.
98. **Danguilan M et al.** *A survey on adolescent reproductive health services provision*. Manila, WOMANHEALTH, 1994.
99. **Barker G et al.** *Serving the future: an update on adolescent pregnancy prevention programs in developing countries*. Washington, DC, Center for Population Options, 1990.
100. **Hubley J.** *Communicating health: an action guide to health education and health promotion*. Londres, Macmillan Press Ltd., 1993.
101. *Resource pack on sexual health and AIDS prevention for socially apart youth*. Londres, Appropriate Health Resources and Technologies Action Group Ltd. and Brazilian Center for the Defense of Rights of Children and Adolescents, 1993.
102. *Report on youth workshop on peer education, reproductive health, and HIV/AIDS*. Jakarta, Asian Red Cross and Red Crescent Task Force, 1995.
103. **Rimon II J.** Sing and the world sings with you. *Development communication report*, 1990, 71:8–9.
104. **Brown JE, Ayowa OB, Brown RC.** Dry and tight: sexual practices and potential AIDS risk in Zaire. *Social science and medicine*, 1993, 37(8):989–994.

105. *Scenarios from the Sahel, interim report*. Dakar, the Global Dialogues Trust, 1997.
106. Hawkins K, Ojaka D. *Review of the youth programme of the Family Guidance Association of Kenya*. Nairobi, Fédération internationale pour le Planning familial, 1992.
107. *Rapport sur le développement dans le monde*. Washington, DC, Banque mondiale, 1993.
108. Ndlovu RJ, Sihlangu RH. Preferred sources of information on AIDS among high school students from selected schools in Zimbabwe. *Journal of advanced nursing*, 1992, 17(4):507-513.
109. Odujinrin OM, Akinkuade FO. Adolescents' AIDS knowledge, attitude and beliefs about preventive practices in Nigeria. *European journal of epidemiology*, 1991, 7(2):127-133.
110. Muriuki PW. *Growing up and responsible living*. Nairobi, Fédération internationale pour le Planning familial, 1985.
111. Cash K, Anasuchatkul B. *Experimental educational interventions for AIDS prevention among northern Thai single female migratory adolescents*. Washington, DC, Centre international de recherche sur la femme, 1995 (Women and AIDS Program Research Report Series).
112. Varusay F. Radio host breaks new ground in Shanghai. *Youth link*, 1995, 2(4):21-22.
113. Renne EP. Condom use and the popular press in Nigeria. *Health transition review*, 1993, 3(1):41-56.
114. Aggleton P. *Health promotion and young people*. London, University of London, 1995.
115. Botvin G, Botvin E. Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: prevention strategies, empirical findings and assessment issues. *Developmental and behavioral paediatrics*, 1992, 13(4):290-301. Cité dans : Aggleton P. *Health promotion and young people*, Londres, Université de Londres, 1995.
116. Kincaid DL et al. *Getting the message: the communication for young people project*. Washington, DC, United States Agency for International Development (USAID), 1988 (AIS Evaluation Special Study, No. 56).
117. Kincaid DL et al. *Popular music and sexual responsibility: evaluation of the communication for young people project*. Document présenté à la réunion annuelle de l'American Public Health Association, New Orleans, LA, oct. 18-22, 1987.
118. *High impact: using entertainment to promote health in developing countries*. New York, NY, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1995 (Projet de Document de travail).
119. Rimon II JG et al. *Promoting sexual responsibility in the Philippines through music: an enter-educate approach*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University, 1994 (Occasional Paper Series, No. 3).
120. *Let the sky be the limit: Soul City evaluation report*. Bergevelei, Institute of Urban Primary Health Care and Community Agency for Social Enquiry, 1995.

121. **Bangert-Drowns R.** The effects of school-based substance abuse education — a meta-analysis. *Journal of drug education*, 1988, **18**(3):243–264.
122. **Perry C.** Results of prevention programs with adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 1987, **20**:13–19.
123. United States Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1994.
124. WHO/UNICEF. *The development and dissemination of life skills education: an overview*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 (document non publié WHO/MNH/PSF/94.7; disponible sur demande auprès de la Division de la Santé mentale et de la Prévention des Toxicomanies, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
125. *Life skill for young Ugandans — secondary teachers' training manual*. Kampala, Gouvernement ougandais et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1997.
126. *Life skills education: planning for research*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié WHO/MNH/PSF/96.2; disponible sur demande auprès de la Division de la Santé mentale et de la Prévention des Toxicomanies, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
127. **Peters LWH, Paulussen TGWM.** *School health: a review of the effectiveness of health education and health promotion*. Utrecht, Dutch Center for Health Promotion and Health Education, 1994.
128. **Spooner C, Mattick R, Howard J.** *The nature and treatment of adolescent substance abuse: final report of the Adolescent Treatment Research Project*. New South Wales, University of New South Wales, 1996 (Monograph, No. 26).
129. **Brady M.** *Improving the odds for healthy futures: the role of sport in girls' lives*. Executive summary prepared for the Consultative Meeting, 4 June 1996. New York, Population Council, 1996.
130. *Action for youth: reaching working youth with HIV/AIDS prevention*. Accra, Croix-Rouge ghanéenne, 1995.
131. *WHO counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: a facilitator's guide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié WHO/ADH/93.3; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
132. Counselling makes a difference. *Population reports*, 1987, Series J, 35.
133. **Marcy SA et al.** Contraceptive use by adolescent females in relation to knowledge, and to time and method of contraceptive counselling: research. *Nursing and health*, 1983, **6**(4):175–182.
134. *Workshop proceedings on family planning counselling, Addis Ababa, 24–26 April 1995*. Compiled by Youth Counselling and Family Planning Education Project, Addis-Abeba.

135. *TASO Uganda: the inside story — participatory evaluation of HIV/AIDS counselling, medical and social services, 1993–1994*. Genève, Organisation de soutien aux sidéens et Organisation mondiale de la Santé, 1995.
136. **Olweus D.** Bullying at school: basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of child psychology and psychiatry*, 1994, 35(7):1171–1190.
137. *Childhope Asia newsletter*, 1995, 5(2).
138. **Casey RJ, Berman JS.** The outcome of psychotherapy with children. *Psychological bulletin*, 1985, 98(2):388–400.
139. **Weisz JR et al.** Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1987, 55(4):542–549.
140. **Catalano R et al.** Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risk for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International journal of addictions*, 1990–91, 25(9A and 10A):1085–1140.
141. **Henggler S, Cunningham PB, Pickrel SG.** Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of adolescence*, 1996, 19:47–61.
142. **American Medical Association, Council on Scientific Affairs.** Confidential health services for adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269(11):1420–1424.
143. **Cheng TL, Klein TD.** The adolescent viewpoint: implications for access and prevention. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273(24):1958–1959.
144. **Zarouk AM.** *Examen des services de santé scolaire en Tunisie*. Tunis, Ministère de la Santé Publique, 1995 (document non publié; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
145. *Report of the WHO commissioned studies on school health services in three West African countries — Côte d'Ivoire, Ghana and Togo*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (document non publié; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
146. **Brabin L.** Providing accessible health care for adolescents with STD. *Acta tropica*, 1996, 62:209–216.
147. **Van Praag E, Knippenberg R.** Issues in integration of STD programs into health care systems. In: Dallabetta G, Laga M, Lamptey P, réd. *Control of STDs: a handbook for the design and management of programs*. Arlington, VA, Family Health International, 1996:43–56.
148. *Strategies for the prevention of HIV infection and the enhancement of reproductive health among adolescents in rural Tanzania*. Mwanza, National Institute for Medical Research (NIMR), African Medical Research and Educational Foundation (AMREF) et London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), 1997 (document non publié NIMR/AMREF/LSHTM; disponible auprès de l'African Medical Research and Educational Foundation, B.O.T. Building, Mwanza, République-Unie de Tanzanie).

149. Albonico M et al. A randomized controlled trial comparing mebendazole 500mg and albendazole 400mg against Ascaris, Trichuris and the hookworms: 4 and 6 months follow-up. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1994, **88**:585–589.
150. *Strengthening interventions to reduce helminth infections as an entry point for the development of health promoting school*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document non publié WHO/HPR/HEP/96.10; disponible sur demande auprès de la Division de la Promotion de l'Education et de la Communication pour la santé, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
151. Zabin LS, Hirsch MB, Smith EA. Evaluation of a pregnancy prevention programme for urban teenagers. *Family planning perspectives*, 1986, **18**(3):119–126.
152. Kirby D, Waszak C, Ziegler J. Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behaviour. *Family planning perspectives*, 1991, **23**(1):6–16.
153. Koo H et al. Reducing adolescent pregnancy through a school and community based intervention: Denmark, South Carolina, revisited. *Family planning perspectives*, 1994, **26**(5):206–217.
154. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *Journal of adolescent health*, 1994, **15**:444–456.
155. Harrison KA et al. Growth during early teenage pregnancy. *Lancet*, 1988, **1**(8596):1226–1227.
156. Piechnik S, Corbett MA. Reducing low birth weight among socioeconomically high risk adolescent pregnancies. *Journal of nurse midwifery*, 1985, **30**(2). Cité dans : Senderowitz J. *Health facility programs on reproductive health for young adults*. Washington, DC, Focus on Young Adults, 1997.
157. Martin A et al. A sustainable education program for post-partum adolescent mothers, Mexico. Cité dans : Senderowitz J. *Health facility programs on reproductive health for young adults*. Washington, DC, Focus on Young Adults, 1997.
158. Grosskurth H et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised control trial. *Lancet*, 1995, **346**:530–536.
159. Oh MK et al. Population specific targeted STD program for high-risk adolescents: why did it work? *Sexually transmitted diseases*, 1994, **21**(2 Suppl. S):139.
160. Elster A, Kuznets N. *Guidelines for adolescent preventive services*. Chicago, IL, American Medical Association, 1992.
161. Bennett DL, Williams M. Adolescent health care: the international context. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, **2**(2):247–261.
162. Commonwealth Medical Association. *Health of adolescent girls*. Rapport d'un atelier tenu en marge de la Quatrième Conférence mondiale sur les Femmes, Huairou, Chine, sept. 1995.

163. *Newsletter of the Association Suisse pour la santé des adolescents*, 1996, 1:5.
164. **Bull N.** *Youth friendly health services in Lusaka urban district, Zambia*. Communication à la réunion du réseau VIH/SIDA de l'UNICEF ESARO, Zambie. Lusaka, sept. 1997.
165. **Zubarew T et al.** *Evaluation of outpatient health services for adolescents: determining complexity and conditions of efficiency*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 1996.
166. **Zubarew T et al.** *Evaluación sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente [Evaluation des occasions perdues en matière de soins intégrés aux adolescents]*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 1996.
167. *Adolescent information system*. Montevideo, Centre latino-américain de Périnatologie et de Développement humain, Organisation panaméricaine de la Santé, 1995.
168. **Aitken I, Reichenbach L.** Reproductive and sexual health services: expanding access and enhancing quality. In: Sen G, Germain A, Chen LC, réd. *Population policies reconsidered: health, empowerment and rights*. Boston, MA, Harvard University Press, 1994.
169. **Townsend J et al.** Sex education and family planning services for young adults: alternative urban strategies in Mexico. *Studies in family planning*, 1979, 18(2):103–108.
170. **Perry et al.** The social world of adolescents: family, peers, schools, and the community. In: Millstein S et al., réd. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, NY, Oxford University Press, 1993:73–96.
171. **Olukoya A.** *A survey on adolescent reproductive health services provision*. Lagos, Institute of Child Health and Primary Care, 1994.
172. **Education Development Center, Inc.,** réd. *The status of school health: annexe 1 au document de travail du Comité OM d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié WHO/HPR/HEP/96.1; disponible sur demande auprès de la Division de la Promotion de l'Education et de la Communication pour la Santé, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
173. **Kay J.** Don't wait until it's too late. *International journal of drug policy*, 1994, 5(3):166–176.
174. **Katsha SE, Watts SJ.** School-based summer clubs: venues for health education using a partnership model in Egypt. *Promotion and education*, 1994, 1(2):24–28.
175. *Comité d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (OMS, Série de rapports techniques, No. 870).
176. **Council of University Teaching Hospitals.** The role of Vancouver hospitals in meeting youth health needs. *Proteen*, May 1997, 6(2):5–18.
177. **Mackenzie RG.** Considerations in developing a system of health care for adolescents. In: Tonkin RS, réd. invité, *Current issues in the adolescent*

- patient. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):215–226.
178. Bygdeman M, Lindahl K. *Sex education and reproductive health in Sweden in the twentieth century: report for the International Conference on Population and Development*. Stockholm, Swedish Government Official Reports, 1994.
 179. Peplinsky NL. *Addressing needs and opportunities: a survey of programmes for adolescents*. Washington, DC, International Center for Research on Women. 1994.
 180. *Youth friendly health services: a review of programmes and lessons learned*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 1997 (document non publié; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé. 1211 Genève 27, Suisse).
 181. Israel RC, Nagano R. *Communications and social marketing strategies for adolescent reproductive health: a review of trends and practices*. Washington, DC, FOCUS on Young Adults' Pathfinder International, The Futures Group International, Tulane University Medical School, 1997.
 182. Fuglesang M. *Red card or yellow: are you still in the game? — being young and coping with sexual and reproductive health in Tanzania: reports on sexuality and education*. Stockholm, Swedish Association for Sex Education, 1995.
 183. *Two-way street? Report on phase II of the WHO Street Children Project*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (document non publié WHO/PSA/96.14; disponible sur demande auprès de la Division de la Santé mentale et de la Prévention des Toxicomanies, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
 184. Hanenberg RS et al. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 1994, 344:243–245; Mason CJ et al. Declining prevalence of HIV-1 infection in young Thai men. *AIDS*, 1995, 9:1061–1065.
 185. *Educational impact of scouting: three case studies on adolescence — a research report*. Genève, Research and Development Committee de l'Organisation mondiale du mouvement scout, 1995.
 186. *Egypt: country program — mid term review: 1997–98*. Le Caire, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1997.
 187. Elliot DS. Health-enhancing and health compromising lifestyles. In: Millstein et al., réd. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, NY, Oxford University Press, 1993:119–145.
 188. Mahabir D. *Servol pre-school and adolescent training programmes in Trinidad and Tobago*. Paris, Institut international de la Planification de l'Education, Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture, 1985 (Monographie No. 10).
 189. *Karate kids*. Geneva, Street Kids International, National Film Board of Canada, Kinderpostzegels Netherlands, Organisation mondiale de la Santé, 1990.
 190. Feek W, Iqbal S. *Healthy communication and HIV/AIDS*. New York, NY, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1997.

191. **Sweanor DT, Martial LR, Dossetor JB.** *The Canadian tobacco tax experience: a case study.* The Non-smokers' Rights Association and the Smoking and Health Action Foundation, 1993.
192. **Blum RW.** Healthy youth development as a model for youth health promotion. *Journal of adolescent health*, 1998, 22:368–375.
193. *Changing perspectives: youth as resources.* Washington, DC, National Crime Prevention Council, 1990.
194. *Youth programme: a guide to programme development: overview.* Genève, Bureau mondial du mouvement scout, 1997.
195. **Pittman et al.** *Youth development and resiliency research: making the connections to substance abuse prevention.* Document présenté à l'Issue Forum on Successful Youth Development: building resiliency, Baltimore, MD, Fondation internationale pour la jeunesse, 1993.
196. *Prevention plus iii: assessing alcohol and other drug prevention programs at the school and community.* Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, 1988.
197. **McDonald M, Green W.** Health promotion and adolescent health. In: Tonkin RS, guest ed., Current issues in the adolescent patient. *Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):227–246.
198. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General.* Atlanta, GA, United States Department of Health and Human Services, 1994.
199. **Orlandi MA, ed.** *Cultural competence for evaluators: a guide for alcohol and other drug abuse prevention for practitioners working with ethnic/racial communities.* Rockville, MD, United States Department of Health and Human Service, 1992 (OASP Cultural Competence Series, No. 1).
200. **Kiragu K.** Female genital mutilation: a reproductive health concern. *Population reports*, 1995, Series J, 41(23 Suppl.):1–4.
201. *Les mutilations sexuelles féminines : déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997.
202. **Crepin R.** Breaking into the formal system of education. *Servol news*, 1993, 10(39):27–30.
203. *Evaluation report on SERVOL's "Development of a non-formal programme of early childhood education and care in high risk areas."* Utrecht, Personnel Management Services, Ltd., 1990.
204. **OMS/FNUAP/UNICEF.** *The reproductive health of adolescents: a strategy for action — a joint WHO/UNFPA/UNICEF statement.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989.
205. *The narrative research method: studying behaviour patterns of young people by young people — a guide to its use.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (document non publié WHO/ADH/93.4; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
206. *A study of the sexual experience of young people in eleven African countries: the narrative research method.* Genève, Organisation mondiale

- de la Santé, 1992 (document non publié WHO/ADH/92.5; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
207. *Situation analysis of street children and street youth in the Philippines*. Makati City, Philippines for UNICEF, 1996.
 208. **Graham WJ, Campbell OMR**. Maternal health and the measurement trap. *Social science and medicine*, 35:967–977. Cité dans : OMS/UNICEF. *A picture of health? A review of health and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (Réf. 25).
 209. *Coming of age: from facts to action for adolescent sexual and reproductive health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (document non publié WHO/FRH/ADH/97.18; disponible sur demande auprès de Santé familiale et génésique, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).
 210. **Mgalla Z et al**. *Sexual exploitation of school girls in Africa: findings from operational research in Tanzania*. Mwanza, Tanzania-Netherlands Project to support HIV/AIDS Control in Mwanza Region, 1997 (Working Paper, No. 17).
 211. **Turner R**. Sex education gains strength in Mexican public schools. *International family perspectives*, 1994, 20(2):73–74.
 212. *Life after the streets: ten former street children tell their stories*. Manille, Childhope Asia, 1995 (Research Series, No. 7).
 213. *KU peer: a peer counselling magazine*. Nairobi, Kenyatta University, Pathfinder International, 1995.
 214. **Stein-Erik K, Hertzberg A**. *Strengthening programming through organizational learning: UNICEF's Technical Support Group on HIV/AIDS and youth health and development – an evaluative study*. New York, NY, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1997.
 215. **Farah FM, Nalwadda R**. Uganda: programme for enhancing adolescent reproductive life (PEARL). In: Tahir S, Satia J, réd. *Population manager*, 1996, 4:46–65.
 216. *Revitalizing primary health care/maternal and child health: the Bamako Initiative*. New York, NY, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1990 (E/ICEF/1990/L.3).
 217. **Kruse SE et al**. *Searching for impact and methods: NGO evaluation synthesis study*. Paris, Groupe d'experts de l'évaluation de l'OCDE/CAD, 1997 (document non publié OCDE/CAD; disponible sur demande auprès de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2, rue André Pascal, 75775 Paris CEDEX 16, France).
 218. *Street children, substance use and health: monitoring and evaluation of street children projects — draft for field testing*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (document non publié WHO/PSA/95.13; disponible sur demande auprès de la Division de la Santé mentale et de la Prévention des Toxicomanies. Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

219. *Making a difference? A UNICEF guide for monitoring and evaluation*. New York, NY, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1991.
220. **Brunner JJ, Barrios A, Catalan C.** *Chile: transformaciones culturales en la modernidad [Le Chili: transformations culturelles dans le sens de la modernité]*. Santiago, Flacso, 1989. Cité dans : Boyson J. *Measuring the effectiveness of children and youth programs: systematizing the process of evaluation*. Medellín, Fondation internationale pour la jeunesse, 1995.
221. **Scrimshaw SCM.** Combining quantitative and qualitative methods in the study of intra-household resource allocation. In: Rogers BL, Schlossman NP, réd. *Intra-household resource allocation. Food and nutrition bulletin*. Tokyo, Presse de l'Université des Nations Unies, 1990:186–198 (Suppl. 15).
222. **Scrimshaw SCM.** Adaptation of anthropological methodologies to rapid assessment of nutrition and primary health care. In: Scrimshaw NS, Gleason GR, réd. *RAP: rapid assessment procedures — qualitative methodologies for planning and evaluation of health-related programmes*. Boston, MA, International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1992:25–38.
223. **Feuerstein MT.** *Partner in evaluation: evaluating development and community programmes with participants*. Londres, Macmillan, 1986.
224. **Patton MQ.** *Utilization-focused evaluation*. Beverley Hills, CA, Sage Publications, 1978.
225. **Schneidman M.** *Targeting at-risk youth: rationales, approaches to service delivery and monitoring and evaluation issues*. Washington, DC, Banque mondiale, 1996.
226. **Bertrand J, Tsui A.** *Indicators for reproductive health program evaluation: introduction*. Chapel Hill, NC, University of North Carolina at Chapel Hill, 1995.
227. *Indicadores de impacto de las políticas sociales [Indicateurs de l'impact des politiques sociales]*. Santiago, CIENES, 1995.
228. **Irwin CE, Ryan SA.** Problem behaviors of adolescents. *Pediatric review*, 1989, 10:235–242. Cité dans : Peters L, Tonkin RS. Measuring adolescent health status. In: Tonkin RS, rédacteur invité, *Current issues in the adolescent patient. Baillière's clinical paediatrics: international practice and research*, 1994, 2(2):385–407.
229. **Starfield B et al.** Adolescent child health and illness profile: a population-based measure of health. *Medical care*, 1995, 33(5):355–366.
230. **Kolbe L.** An epidemiological surveillance system to monitor the prevalence of youth behaviors that most affect health. *Health education*, 1990, 21(6):44–48.
231. **Bruce J.** Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in family planning*, 1990, 21(2):61–89.
232. **Tanahashi T.** Health service coverage and its evaluation. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1978, 56(2):295–303.
233. *Objective of the meeting — Government of Uganda/UNICEF country programme mid-term review: Adolescent Development Technical Review*

Meeting, Kampala, Uganda, 19–21 September 1997. Kampala, UNICEF, 1997.

234. *Report of the workshop on Innovative Approaches in Youth Reproductive Health Programmes, Melka, Malaysia, 1–4 June 1995.* Kuala Lumpur. Séminaire organisé par le Conseil international sur la gestion des programmes démographiques, sous l'égide de l'Agence suédoise pour le développement international.
235. **Hodgkin R, Newell P.** *Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child.* New York, NY, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 1998.

Annexe 1

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé¹

Promotion de la santé

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé: elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

Conditions indispensables à la santé

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

Plaidoyer pour la santé

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs — politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques — peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

¹ Source: *Promotion de la santé*, 1986, 1(4): iii-v. Reproduit avec l'autorisation des organisations coparrainantes.

Mise en place des moyens

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

Médiation

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

Actions pour promouvoir la santé:

Elaboration de politiques pour la santé

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet

d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

Création d'environnements favorables

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent à tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide — notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation — est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

Renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés

considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

Acquisition d'aptitudes individuelles

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

Réorientation des services de santé

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans

l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évoluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité.

La marche vers l'avenir

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'engagement à l'égard de la promotion de la santé

Les participants à la Conférence s'engagent:

- à se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- à lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- à reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres

- secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

Appel pour une action internationale

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

La Charte reproduite ci-dessus a été adoptée lors d'une conférence internationale sur la promotion de la santé intitulée «Vers une nouvelle santé publique», qui s'est tenue à Ottawa (Ontario, Canada) du 17 au 21 novembre 1986. Elle était co-parrainée par l'Association canadienne de santé publique, Santé et Bien-être social, Canada et l'Organisation mondiale de la Santé.

Annexe 2

Principaux articles de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

Vu l'objectif général qui est de défendre/satisfaire tous les droits des enfants sans exception, les droits énumérés ci-après revêtent une importance particulière pour la satisfaction des besoins essentiels des jeunes en matière de santé et de développement : information et aptitudes à la vie; accès à des services en matière, par exemple, d'éducation, de santé, de loisirs et de justice; environnement sûr et favorable; et possibilités de participation.

Droits reflétant l'esprit général de la Convention

Article premier

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.

Article 2

- 1. Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.*
- 2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.*

Article 3

- 1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.*

Article 6

- 1. Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.*

2. *Les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.*

Droits à l'information et aux aptitudes à la vie

Article 17

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale.

Article 29

1. *Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à :*
 - (a) *Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités;*
 - (b) *Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies;*
 - (c) *Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne;*
 - (d) *Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone;*
 - (e) *Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.*

Droits à des services éducatifs et à des services de santé

Article 23

1. *Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.*
4. *Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les*

services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux Etats parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 24

- 1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.*
- 2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit sus-mentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :*
 - (b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;*
 - (c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;*
 - (d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;*
 - (e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;*
 - (f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.*

Article 28

- 1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances :*
 - (a) Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous;*
 - (b) Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin.*

Article 31

2. *Les Etats parties respectent et favorisent le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique, et encouragent l'organisation à son intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité.*

Droits à un environnement sûr et favorable

Article 2

1. *Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.*

Article 3

1. *Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.*
2. *Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.*
3. *Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.*

Article 4

Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en œuvre les droits reconnus dans la présente Convention. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

Article 5

Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

Article 16

- 1. Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.*
- 2. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.*

Article 18

- 1. Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.*
- 2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.*

Article 19

- 1. Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.*

Article 22

- 1. Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré*

comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.

Article 24

- 3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.*

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Article 27

- 1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.*
- 3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.*

Article 32

- 1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre à son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.*

Article 33

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

Article 34

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

- (a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;*
- (b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;*
- (c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.*

Article 35

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

Article 36

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien-être.

Article 38

- 2. Les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans ne participent pas directement aux hostilités.*

Droits à la participation

Article 12

- 1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.*
- 2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'un organisme approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.*

Article 13

- 1. L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et*

des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.

Article 14

- 1. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.*
- 2. Les Etats parties respectent le droit et le devoir des parents ou, le cas échéant, des représentants légaux de l'enfant, de guider celui-ci dans l'exercice du droit susmentionné d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.*

Article 15

- 1. Les Etats parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique.*

Article 23

- 1. Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.*

Pour un effort global: combinaison d'interventions dans différents contextes

Dans les programmes et projets relatifs aux adolescents, il faut, comme pour n'importe quel autre groupe de population, chercher la réponse aux questions «quoi ?», «pour qui ?» et «à quel endroit ?». La première question concerne la nature de l'action à mener (type d'information, aptitudes, genre de services). Pour répondre à la deuxième, il faut tenir compte de la segmentation de la population, par exemple des différentes classes d'âge ou catégories sociales (membres de bandes organisées, enfants des rues, hommes, femmes, etc.). Enfin, la réponse à la question «à quel endroit ?» détermine l'identité des principaux bénéficiaires des programmes et projets.

A des fins opérationnelles, on peut classer les expériences de programmation qui ont été menées avec succès au profit d'adolescents dans les catégories ci-dessous, selon l'endroit choisi pour leur mise en œuvre :

- la famille et le foyer;
- l'école;
- les services de santé;
- la communauté;
- les lieux de travail.

Les succès remportés dans le domaine de la santé des adolescents sont imputables à la combinaison de diverses interventions, par exemple l'information, une formation aux aptitudes et des services de santé et de conseil et, parallèlement, à la prise en compte des aspects de l'environnement social qui constituent une menace pour la santé et le bien-être. Apparemment, l'action menée visait fréquemment plusieurs comportements à risque et, dans certains cas, également des besoins plus centraux ou touchant davantage au développement. Bien que les problèmes aient rarement été abordés de façon aussi globale, il est clair que cette démarche est parfaitement possible. En outre, les expériences réussies sont également l'occasion de constater que prévention et traitement vont de pair et sont parfois indissociables.

Les exemples de programmes cités ci-après ont été choisis précisément parce que le succès de ces programmes n'est guère contestable, notamment au vu des résultats obtenus ou des changements constatés dans un ou plusieurs des domaines visés. On est suffisamment bien renseigné sur les méthodes d'exécution et il y a lieu de penser que cette méthodologie serait reproductible à grande

échelle et applicable dans d'autres contextes, étant donné la couverture ou la durée actuelles du programme ou le succès de son extension.

1. **Interventions basées dans la famille et le foyer**

1.1 **Groupes de population constituant des cibles possibles**

Les jeunes enfants, les adolescents et les parents, y compris les adolescents chargés de famille.

1.2 **Justification**

Les interventions consistent dans une formation aux aptitudes destinée aux enfants et aux parents, le soutien psychosocial des parents et une thérapie familiale dans le cadre de services de conseil. Le foyer est souvent l'unique endroit où l'on puisse atteindre des mères de famille et des enfants particulièrement isolés et celui où bon nombre des problèmes se posent ou prennent leur source. En outre, on peut ainsi atteindre plusieurs classes d'âge simultanément. Les graves problèmes de communication ne devraient pas y être insurmontables. Le foyer constitue un bon endroit pour poser le diagnostic. Enfin, il offre la possibilité d'impliquer la famille étendue ou d'apporter l'aide nécessaire quand il n'y a rien à attendre de la famille ou de la famille étendue (par exemple, en cas de migration récente dans des agglomérations urbaines).

1.3 **Discussion**

On n'a guère l'expérience d'interventions aussi systématiques dans les pays en développement. Il se peut qu'un soutien soit assuré grâce aux relations entretenues avec la famille étendue et au concours de celle-ci. Cependant, il est clair que ce soutien fait défaut en cas d'urbanisation rapide. Par exemple, bon nombre des enfants et des adolescents qui vivent dans la rue, citent les sévices subis dans leur famille comme la principale raison qui les a poussés à s'enfuir.

1.4 **Réalisations possibles**

Réduction des sévices à enfant grâce à des visites à domicile

Exemple : visites à domicile

Les problèmes les plus constants et coûteux auxquels aient à faire face les femmes et les jeunes enfants à haut risque dans la société, sont souvent la conséquence d'un comportement de la mère préjudiciable à sa santé (usage de la cigarette, de l'alcool ou de la drogue pendant la grossesse), d'erreurs ou de négligences dans les soins aux nourrissons, et de conditions d'environnement éprouvantes pour le fonctionnement individuel et familial. Parmi ces problèmes, il faut citer un faible poids

de naissance, la maltraitance, des blessures et traumatismes au cours de l'enfance, des grossesses non désirées et trop rapprochées, et l'incapacité des parents à subvenir entièrement à leurs besoins. Des observations de plus en plus nombreuses montrent qu'il est possible d'atténuer la gravité de ces problèmes au moyen de programmes globaux reposant sur des visites à domicile effectuées par le personnel infirmier à la période prénatale et pendant la petite enfance. Ces visites constituent une stratégie prometteuse, dans la mesure toutefois où elles répondent aux conditions suivantes : leur concentration sur les familles qui en ont le plus besoin; la programmation des visites sur une période débutant pendant la grossesse de la femme et se prolongeant au minimum jusqu'à la deuxième année de vie de l'enfant; la promotion de comportements favorables à la santé et de soins de qualité au nourrisson; enfin, l'adoption de mesures visant à rendre moins éprouvant l'environnement social et matériel de la famille. Les interventions assurées portent sur l'information, l'acquisition d'aptitudes et le conseil.

Une évaluation (1) a été consacrée à des interventions consistant en visites au domicile de mères adolescentes et (ou) célibataires appartenant à une catégorie socio-économique défavorisée. Elle a montré que, par rapport au groupe témoin, ces femmes :

- étaient mieux informées de l'existence de services communautaires;
- assistaient plus fréquemment aux cours de préparation à l'accouchement;
- déclaraient que les pères de leurs enfants s'y intéressaient davantage;
- étaient moins souvent atteintes d'une infection rénale;
- amélioraient davantage leur régime alimentaire;
- diminuaient davantage leur consommation du tabac;
- avaient des nourrissons de poids supérieur;
- avaient une grossesse plus longue;
- maltraièrent moins leurs enfants;
- faisaient état d'une humeur plus agréable chez leurs nourrissons;
- se rendaient moins souvent dans les services d'urgence;
- trouvaient plus souvent un emploi;
- avaient moins de grossesses par la suite.

Plus précisément, ces observations se traduisent quantitativement comme suit :

- recul de la maltraitance (80%);
- diminution du nombre de visites dans les services d'urgence à l'hôpital (38%);

- diminution du nombre de visites chez un médecin à la suite d'une blessure ou de l'ingestion d'une substance nocive (87%);
- augmentation du nombre de mois pendant lesquels les mères visitées à leur domicile avaient bénéficié d'un emploi (82%);
- poids de naissance supérieur (de 395 grammes en moyenne);
- réduction de la proportion d'accouchements prématurés (75%).

Amélioration ultérieure des résultats scolaires et de la vie professionnelle et diminution du nombre d'arrestations

Exemple: visites à domicile et éducation préscolaire

Aux Etats-Unis d'Amérique, le Perry Preschool Programme (2) visait des Afro-Américains de 3-4 ans faisant partie d'une catégorie socio-économique défavorisée et présentant des performances intellectuelles médiocres, d'où un fort risque d'échec scolaire. La moitié de ces enfants appartenaient à une famille monoparentale, et leurs parents avaient tous un faible quotient intellectuel, peu d'instruction et des antécédents professionnels médiocres.

Le programme relevait de la catégorie des programmes «à handicap positif» visant à développer les connaissances, la réflexion et les aptitudes sociales ainsi que les facultés d'apprentissage chez les enfants participants. Il comportait des cours de deux heures et demie chaque matin de la semaine, ainsi qu'une visite hebdomadaire de une heure et demie au domicile de chaque mère et de son enfant, l'après-midi. Les interventions étaient axées sur la formation aux aptitudes, le soutien et le conseil. Comme aspects importants du programme, il faut citer un enseignement actif approprié pour le développement mental, un fort taux d'encadrement (une personne pour 10 enfants seulement), l'attitude vis-à-vis des parents, considérés comme des partenaires pour le personnel qui travaillait en étroite liaison avec eux, à l'école et à leur domicile (dans le cadre de visites mensuelles), pour pouvoir en tirer des informations et, inversement, les aider à ne pas négliger et à comprendre le programme préscolaire ainsi que le développement de leurs enfants, enfin, la formation sur place et l'encadrement du personnel par les administrateurs du programme.

Les progrès obtenus au terme de 20 ans chez les enfants participants se reflètent dans les chiffres suivants :

- diminution de 40% des arrestations avant l'âge de 19 ans;
- augmentation de 35% du nombre de diplômes de fin d'étude dans le secondaire (high school);
- augmentation de 55% des emplois;
- diminution de 50%, par rapport au groupe témoin, du nombre de grossesses chez les adolescentes;

- arrestations avant l'âge de 27 ans moins fréquentes, puisqu'un jeune sur 14 avait été incarcéré 5 fois ou davantage chez les participants du programme Perry Preschool, contre un jeune sur 3 dans le groupe témoin.

Réduction du nombre d'arrestations après une thérapie à domicile ou une thérapie familiale

Exemple : thérapie multisystémique en faveur des adolescents et des familles

Des séances intensives de conseil ont été organisées par des spécialistes à l'intention d'adolescents courant le risque imminent d'être incarcérés et à celle de leurs familles, à raison de quatre familles par conseiller. En outre, ces derniers se tenaient à la disposition des familles 24 heures sur 24. La thérapie multisystémique repose sur l'idée de la réciprocité des relations personnelles et pose en principe le fait que, classiquement, les problèmes de comportement des adolescents sont le reflet de mauvaises relations au sein de la famille. Les consultations portaient sur les besoins psychologiques, sociaux, éducatifs et matériels de tous les membres des familles concernées, l'objectif global étant de préserver l'unité familiale.

Dans une étude, on a comparé la thérapie multisystémique pratiquée dans un centre communautaire de santé mentale et l'activité des services du Department of Youth visant à prévenir la violence. Le traitement durait 13,4 semaines en moyenne et était contrôlé 59 semaines plus tard (3). Les résultats ont été les suivants :

- Les adolescents bénéficiant des services du Department of Youth ont plus souvent fait état spontanément des infractions qu'ils avaient commises que les adolescents soumis à une thérapie multisystémique (8,6 contre 2,9).
- Le nombre d'arrestations a été supérieur chez les adolescents du premier groupe ci-dessus (1,52 contre 0,87).
- Cinquante-huit pour cent des adolescents soumis à une thérapie multisystémique n'ont plus été arrêtés par la suite, contre 38% seulement dans l'autre groupe.
- La durée de placement à l'extérieur de leur domicile a été plus longue pour les bénéficiaires des services du Department of Youth que pour ceux d'une thérapie multisystémique (16,2 semaines contre 5,8).
- Les adolescents soumis à une thérapie multisystémique ont, en moyenne, passé 10 semaines de moins en prison.
- Quatre-vingts pour cent des adolescents soumis à une thérapie multisystémique n'ont pas été incarcérés, contre 32% seulement des bénéficiaires des services du Department of Youth.

- Le taux de récidives à quatre ans a été de 22% pour les adolescents soumis à une thérapie multisystémique, contre 72% dans l'autre groupe.
- Les coûts se sont élevés à 16300 et 2800 US\$ respectivement pour les services du Department of Youth et pour la thérapie multisystémique.

2. Interventions basées en milieu scolaire

2.1 *Groupes de population constituant des cibles possibles*

Enfants et adolescents d'âge scolaire.

2.2 *Justification*

Partout dans le monde, les enfants sont de plus en plus nombreux à aller à l'école, de sorte que celle-ci constitue un endroit commode pour les interventions (encore qu'il existe dans certains pays des disparités importantes entre garçons et filles en ce qui concerne le taux de scolarisation, le niveau effectivement atteint et l'arrêt de la scolarité au cours de l'adolescence). La nature structurée des programmes scolaires donne la possibilité d'y inclure une information et une formation aux aptitudes qui soient appropriées pour le développement. Une éducation fondée sur les aptitudes peut également, si elle est organisée de façon optimale, être bénéfique pour les enseignants en améliorant leur connaissance des problèmes de santé et leur capacité à les enseigner. Le cadre scolaire permet aussi de recourir à la méthode des pairs.

2.3 *Réalisations possibles*

Réduction du nombre de grossesses d'adolescentes grâce à un programme associé visant à faire reculer les grossesses et les MST/infection à VIH

Exemple: action de pairs éducateurs auprès d'adolescents scolarisés

Au Botswana, le programme Peer Approach to Counselling by Teens (PACT) se propose d'atteindre les 13–19 ans — scolarisés ou non — pour leur fournir des informations, leur permettre d'acquérir des aptitudes et leur donner des conseils. L'objectif est de rendre les jeunes capables de prendre des décisions saines en ce qui concerne leur propre sexualité, d'éviter les grossesses non désirées et les MST/infection à VIH et, spécialement, de développer chez eux la confiance en soi et l'estime personnelle. Un autre objectif important du programme est d'obtenir la compréhension et l'appui des autorités éducatives et sanitaires, de l'école, des parents et de la communauté.

Dix adolescents ont été choisis dans chaque école pour apprendre à diriger une série de réunions destinées à accroître chez leurs pairs la

connaissance de la sexualité humaine et de la santé génésique, à développer leur capacité à déceler dans leur environnement social les éléments susceptibles de nuire à leur santé et à leur développement, et à les rendre mieux capables de parler avec des adultes et des camarades des comportements qui augmentent le risque de grossesses et de MST/infection à VIH. Comme autres méthodes d'information utilisées avec ces adolescents, on peut citer des représentations théâtrales, des chants, des discussions en groupe, des concours d'affiches, des débats publics et l'installation de stands d'information dans les foires et les fêtes paroissiales.

Ce programme constitue un exemple où l'implication directe du groupe cible a été efficace. Le succès dépend de l'action des jeunes eux-mêmes. La motivation des élèves a été attestée non seulement par leur empressement à travailler pendant les jours de vacances, mais également par leurs autres initiatives. Les pairs éducateurs participent directement à la conception et à l'exécution des activités éducatives du programme et jouent un rôle actif dans la mise au point des programmes et des guides concernant leur propre formation, ainsi qu'à la préparation de brochures. L'action des pairs éducateurs s'est fait sentir sur leurs camarades d'école, mais aussi sur les familles et sur la communauté.

D'après l'évaluation du programme (YWCA, données non publiées, 1995), le nombre des abandons scolaires motivés par une grossesse a nettement diminué dans les écoles relevant du PACT. Le programme, lancé et géré par une ONG de jeunes (la YWCA du Botswana), a également obtenu la reconnaissance de la communauté, des pouvoirs publics et des donateurs internationaux pour avoir renforcé le souci de la santé des adolescents.

3. Interventions basées dans les services de santé

3.1 *Groupes de population constituant des cibles possibles*

Enfants, adolescents et adultes.

3.2 *Justification*

Les actes diagnostiques et thérapeutiques relatifs à des problèmes déterminés peuvent être effectués efficacement dans des services, parallèlement à une information sur les comportements en matière de santé. Pour certains groupes de population, spécialement les adolescents qui, pour la plupart, consultent rarement, un aspect important consiste dans la façon dont les services de santé sont assurés : évaluation, confidentialité, souplesse de l'organisation des consultations, et connaissance et qualifications des personnels soignants.

3.3 **Réalisations possibles**

Recul de l'infection à VIH et des MST

Exemple : traitement des MST chez les adultes et les adolescents entrés dans la vie sexuelle

Le programme réalisé en République-Unie de Tanzanie a consisté à créer un dispensaire et un laboratoire de référence pour les MST, à former du personnel au diagnostic et au traitement de ces maladies selon des algorithmes thérapeutiques syndromiques et à assurer l'éducation sanitaire, la distribution gratuite de préservatifs et à l'approvisionnement régulier en médicaments. Un système de prestations spécial a été organisé, ainsi que des visites d'inspection régulières des établissements de soins par un responsable du programme chargé de la formation en cours d'emploi et des visites périodiques d'une équipe d'éducateurs sanitaires chargés de l'information relative aux MST dans les villages desservis par chacun des établissements de soins. Etant donné que l'infection à VIH prend des proportions épidémiques dans le monde en développement et que l'incidence des MST y augmente alors que le traitement de ces maladies laisse beaucoup à désirer, cet essai a constitué un modèle important qui démontre que l'amélioration des services de traitement des MST doit absolument être complétée par des interventions éducatives visant à faire évoluer les comportements à risque.

L'essai a eu pour résultat une réduction globale de 42% de l'incidence de l'infection à VIH sur la période de deux ans pendant laquelle on a surveillé les adolescents des deux sexes, ce recul étant systématique pour tous les groupes de deux communautés appariés. Lors du contrôle effectué deux ans plus tard, la prévalence de la syphilis active était de 10,4% dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention et de 11,4% dans le groupe témoin. D'après les dossiers des patients, 0,9% seulement d'entre eux utilisaient le préservatif. Les enquêtes relatives aux comportements effectuées avant l'intervention puis lors du contrôle, deux ans plus tard, n'ont fait apparaître aucun changement dans les comportements sexuels. Cela étant, l'explication la plus plausible du recul de l'infection à VIH est que l'intervention a diminué la durée moyenne des MST, d'où un moindre risque de transmission du virus.

4. Interventions basées dans la communauté

4.1 Groupes de population constituant des cibles possibles

Ils sont nombreux.

4.2 Justification

La diversité et le caractère pluridisciplinaire d'un tel contexte permettent la plus grande souplesse dans la satisfaction des besoins

des adolescents. Les innovations en matière d'interventions y sont chose courante. En revanche, la couverture est souvent limitée et la durabilité, incertaine.

4.3 **Réalisations possibles**

Programmation globale en vue du développement des adolescents et de la réduction des comportements à risque, notamment l'absence de précautions dans les pratiques sexuelles et les toxicomanies

Exemple : programme de développement des adolescents

Le programme en faveur des adolescents exécuté à la Trinité s'inscrit dans le cadre des activités de SERVOL (4) dont l'objectif est de rassembler des membres de la communauté pour qu'ils cherchent ensemble le moyen de satisfaire des besoins, de sorte que la communauté tout entière finisse par avoir confiance dans ses propres capacités. L'autodéveloppement constitue la clé de cette approche. On entend par là l'application de principes qui permettent à la communauté de progresser à son rythme, conformément à ses besoins et à ses moyens. Dans les 40 centres de vie qui ont été fondés, les adolescents découvrent un environnement structuré et le soutien du personnel et de leurs camarades. Dans la plupart des centres, six à douze adolescents (âgés de 16 à 19 ans) participent à un programme d'une durée de trois mois et demi, à raison de cinq jours par semaine et de huit heures par jour, où ils suivent des cours d'alphabétisation et apprennent à développer leur personnalité et à s'estimer eux-mêmes. Ils reçoivent des informations et une formation aux aptitudes dans les domaines de la toxicomanie, de la sexualité et de la prévention des problèmes de santé liés au comportement sexuel. Six à huit mois sont ensuite consacrés essentiellement à la préparation à un métier précis. Les adolescents, filles et garçons, apprennent le b.a.-ba du développement et de la nutrition des enfants et de l'art d'être des parents. Le programme revient à 9 dollars par mois et bénéficie au total à 3000 adolescents chaque année.

Vingt années d'expérience de SERVOL ont apporté des enseignements précieux. La souplesse des programmes et la possibilité de les adapter aux besoins des communautés où ils se déroulent, avec une participation de l'administration réduite au minimum, ont été bénéfiques pour les parents, les adolescents et les enfants, grâce à une écoute attentive. Dans les communautés disposant d'un centre, le chômage des adolescents a été ramené globalement à 24% (47% chez les 15-19 ans et 38% chez les 20-24 ans) et 10% des adolescents ayant suivi le programme reviennent au lycée pour finir leurs études. Soixante-quinze pour cent trouvent un emploi. Le taux d'abandon est de 5% pour SERVOL (contre 40%

pour le programme Youth Training Employment Partnership lancé par le gouvernement en 1988).

Recul des actes de violence dans les bars et dans les quartiers
Exemple : Patrouille de nuit Julakari/Aborigènes

En Australie, la ville de Tennant Creek abrite une communauté aborigène isolée, géographiquement et socialement, dont la forme usuelle de loisirs consiste à s'enivrer. Une étude a révélé que les dépenses consacrées à l'alcool représentaient 27% à 55% du budget total dans certaines communautés aborigènes, contre 6,37% chez les Australiens non autochtones. L'abus d'alcool (chez des adolescents comme chez des adultes) est à l'origine de rixes, avec les traumatismes physiques et sociaux qui en découlent. Le programme consiste à organiser des «patrouilles» communautaires avec des bénévoles d'un certain âge (en général des femmes) qui s'occupent en liaison avec la police locale de transporter les personnes ivres qui provoquent des troubles dans un refuge où elles sont désintoxiquées. Les intéressés n'ont aucun contact avec la police. Chaque matin, une réunion communautaire est organisée pour régler les différends et donner un avertissement aux personnes en faute. La «punition» se réduit généralement à un «savon» en public. La situation est le plus souvent assez embarrassante pour décourager les récidives. En plus de ces réunions, un aspect important consiste dans l'institution officieuse de règles communautaires qui définissent les comportements jugés inadmissibles. En outre, de 1990 à 1992, le nombre d'infractions liées à l'alcool et relevant du pénal a baissé de 43% (passant de 352 à 201). De plus en plus souvent, les sujets ivres se rendent volontairement dans le refuge.

5. **Interventions basées sur les lieux de travail**

5.1 **Groupes de population constituant des cibles possibles**

Les acteurs du monde du travail.

5.2 **Justification**

La nécessité pour les adolescents (et les adultes) d'assurer leur survie économique met souvent en danger leur santé et leur développement, étant donné les emplois qu'ils doivent accepter et (ou) l'environnement social et physique où ils travaillent.

5.3 **Réalisations possibles**

Recul substantiel des MST/infection à VIH

Exemple : promotion du préservatif masculin dans le milieu de la prostitution

On estime que les personnes les plus exposées au VIH en Thaïlande sont les prostituées (on en compte plus de 100000) et leurs clients de sexe masculin. Des projets pilotes visant à rendre l'usage du préservatif systématique, se sont appuyés sur une campagne d'information massive et sur l'amélioration de l'approvisionnement en préservatifs. Dans chaque région où un projet de ce type a été lancé, les tenanciers et le personnel des maisons closes ont été informés de l'existence du projet et de ses avantages et ont reçu l'assurance qu'il n'entraînerait pour eux aucune perte de recettes. En cas de refus d'adhérer au programme, les propriétaires d'un établissement étaient passibles d'une amende et menacés de fermeture.

En 1990, le taux d'utilisation du préservatif était compris entre 60 et 70% dans la clientèle masculine des prostituées et inférieur à 50% chez les personnes vues dans les dispensaires anti-MST. Dans deux provinces thaïlandaises, Samut Sakhon et Pitsanuloke, le nombre de préservatifs utilisés par les prostituées est passé de moins de 15000 à plus de 50000 par mois après le lancement du projet. L'incidence mensuelle des MST chez les prostituées a diminué, tombant de 13% avant le début du projet à 0,3-0,5% après sa mise en œuvre. Des projets similaires sont sur le point d'être appliqués dans 66 des 73 provinces du pays (5).

Références

1. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R. Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: a randomized trial of nurse home visitation. *American journal of public health*. 1988, 78:1436-1445.
2. Schweinhart TJ, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: the Highscope Perry preschool study through age 27*, Ypsilanti, MI, High/Scope Press, 1993.
3. Henggler S, Cunningham PB, Pickrel SG. Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of adolescence*, 1996, 19:47-61.
4. *Evaluation report on SERVOL's "Development of a non-formal programme of early childhood education and care in high risk areas"*. Utrecht, Personnel Management Services, Ltd., 1990.
5. Rojanapithayakorn W, Hanenberg R. The 100% condom program in Thailand. *AIDS*, 1996, 10(1):1-7.