

Fondé sur des données disponibles
et des droits

OUTIL DE PLANIFICATION ET DE SOUTIEN

dans les interventions préventives
VIH/SDSR pour les jeunes



Colofon

Pays-Bas, août 2009

Publication

Joanne Leerlooijer, World Population Foundation (WPF)

En collaboration avec

STOP AIDS NOW!

Pays-Bas

RESHAPE – Université de Maastricht,

Save the Children Netherlands et les partenaires
de STOP AIDS NOW! Cordaid, Oxfam Novib, ICCO

Afrique du Sud

Dance4Life, Targeted Aids Intervention,
Institut Catholique d'Éducation,
Association des scouts de l'Afrique du Sud,
Université de Stellenbosch, God's Golden Acre

Pakistan

AAHUNG, IHDCS, Fondation AMAN, AAS,
PAVNHA, PNAC, DANESH, WPF Pakistan

Avec les commentaires de Dr. Douglas Kirby

Photographie: Adriaan Backer

**Des informations supplémentaires et/ou une copie
du document peuvent être obtenues auprès de**

World Population Foundation
Vinkenburgstraat 2A
3512 AB UTRECHT
Les Pays-Bas
T (+31) 30 23 93 888
E j.leerlooijer@wpf.org
www.wpf.org
www.mybody.nl
www.interventionmapping.nl

STOP AIDS NOW!
Keizersgracht 390
1016 GB AMSTERDAM
Les Pays-Bas
T (+31) 20 52 87 828
www.stopaidsnow.org

Fondé sur des données disponibles
et des droits

OUTIL DE PLANIFICATION ET DE SOUTIEN

dans les interventions préventives
VIH/SDSR pour les jeunes





PRÉFACE

En 2006, des organisations aux Pays-Bas et dans le Sud ont relevé le besoin d'utiliser davantage les données disponibles sur une éducation SDRS efficace destinée aux jeunes. Cette constatation a été le point de départ de l'élaboration de cet outil. De bonne heure dans sa mise au point, des organisations en Afrique du Sud et au Pakistan ont commencé à travailler en s'en servant. Leurs réactions ont été utilisées pour adapter l'outil, le rendre plus applicable et facile à manier. La version actuelle de l'outil transforme des principes et des sujets universitaires et théoriques en un instrument pratique.

Toutes ces initiatives auraient été impossibles sans l'aide de nombreux professionnels. Nous voudrions remercier ici les organisations en Afrique du Sud (Dance4Life, Targeted Aids Intervention, Institut Catholique d'Éducation, Association des Scouts de l'Afrique du Sud, Université de Stellenbosch, God's Golden Acre), au Pakistan (AAHUNG, IHDCS, Fondation AMAN, AAS, PAVNHA, PNAC, DANESH, WPF Pakistan) et aux Pays-Bas (Save the Children Netherlands et Cordaid, Oxfam/Novib et ICCO, partenaires de STOP AIDS NOW). Elles ont communiqué des informations utiles et détaillées qui ont été intégrées dans cet outil. Notre reconnaissance va également à nos collègues aux Pays-Bas : Professeur Herman Schaalma (Université de Maastricht), Jo Reinders et Ellen Eiling de la WPF, Maaïke Stolte et Miriam Groenhof de STOP AIDS NOW!

Un mot de gratitude s'adresse particulièrement à Douglas Kirby pour ses commentaires pertinents. L'outil repose largement sur ses travaux en matière d'éducation à la sexualité pour les jeunes dans les écoles.

Le maintien d'une distinction claire entre une approche fondée sur des droits, et une approche fondée sur des facteurs tirés de données disponibles, a été particulièrement important pendant le processus de l'élaboration de l'outil.

Deux autres documents ont été écrits pour accompagner cet outil. L'un est beaucoup plus complexe : c'est Intervention Mapping Toolkit for Planning Sexuality Education Programmes (Boîte à outils de Mappage d'interventions pour planifier les programmes d'éducation à la sexualité). Il transforme des modèles universitaires, des données disponibles, des théories et d'autres informations utiles en un « livre de recettes » pratique transmettant de nombreux conseils, expériences et outils qui ont été utilisés dans des projets en Afrique et en Asie. Le second document est un résumé de cet outil de planification et de soutien. Il a quelques pages seulement – c'est une liste de contrôle pour les administrateurs de programmes, dans les organisations donatrices ou autres, lorsqu'elles élaborent ou évaluent des propositions de projets.

WPF et STOP AIDS NOW! apprécient les efforts déployés pour appliquer ou diffuser cet ouvrage. Elles prennent connaissance avec intérêt de tous les commentaires qu'elles reçoivent pour l'améliorer. Nous proposons également une formation et un soutien, tant dans l'utilisation pratique de l'outil que dans les principes et les approches qui l'animent.

**Joanne Leerlooijer, World Population Foundation (WPF)
Doortje 't Hart, STOP AIDS NOW!**

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIATIONS	7
1. INTRODUCTION	9
1.1 Les SDSR/l'éducation à la sexualité	9
1.2 Objectif et utilisation de l'outil	10
1.3 L'élaboration de l'outil	11
1.4 L'outil et l'Approche du cadre logique (LFA)	12
1.5 Comment utiliser l'outil ?	13
2. LES DROITS ET LES DONNEES DISPONIBLES	15
2.1 L'approche fondée sur des droits	15
2.2 L'approche fondée sur la théorie et sur les données disponibles	17
2.3 L'approche fondée sur les droits et les données disponibles	20
3. OUTIL DE PLANIFICATION ET DE SOUTIEN	23
A. Participation (etape 1)	23
B. Évaluation des besoins/analyse de situation (etape 2)	26
C. Objectifs (etape 3)	29
D. Conception d'une intervention fondée sur des données disponibles (etape 4)	33
E. Adoption et mise en œuvre (etape 5)	45
F. Contrôle & évaluation (etape 6)	48
4. ARRIERE-PLAN DES CARACTERISTIQUES	51
A. Participation (etape 1)	51
1. Les personnes adéquates sont-elles dans l'équipe du projet ?	51
2. Des jeunes participant-ils à la planification de l'intervention ?	52
3. Des animateurs participent-ils à la planification de l'intervention ?	53
4. Les décideurs concernés participant-ils à la planification de l'intervention ?	53
B. Évaluation des besoins/analyse de situation (etape 2)	54
5. L'intervention repose-t-elle sur une évaluation des besoins ?	54
6. L'intervention repose-t-elle sur une analyse de situation ?	55

C. Objectifs (etape 3)	56
7. Les objectifs sanitaires de l'intervention sont-ils définis avec précision ?	56
8. Les messages comportementaux pour les jeunes sont-ils clairs et cohérents ?	57
9. L'intervention tient-elle compte de tous les déterminants personnels pertinents et changeants ?	58
10. Fera-t-on assez pour promouvoir un environnement propice ?	58
11. L'intervention repose-t-elle sur une approche globale ?	59
D. Conception d'intervention sur la base de données disponibles (etape 4)	60
12. L'intervention est-elle explicite sur la sexualité ?	60
13. Les animateurs créent-ils un cadre sûr pour que les jeunes participent ?	61
14. L'intervention fournit-elle des informations correctes et complètes ?	62
15. L'intervention tient-elle compte de la perception du risque ?	62
16. L'intervention aide-t-elle les personnes à connaître et développer leurs propres attitudes, valeurs et sensibilisation à l'influence sociale ?	63
17. L'intervention inclut-elle une formation aux compétences interactives ?	64
18. Les jeunes accèdent-ils à un soutien individuel ?	65
19. L'intervention favorise-t-elle la communication avec les parents ou d'autres adultes ?	65
20. Les sujets de l'intervention sont-ils couverts dans une succession logique ?	66
21. L'intervention plait-elle au groupe cible ?	67
22. L'intervention a-t-elle été testée ?	67
E. Adoption et mise en œuvre (etape 5)	68
23. Avez-vous exécuté une activité quelconque pour l'adoption de l'intervention ?	68
24. L'intervention est-elle mise en œuvre par des animateurs appropriés ?	69
25. Les animateurs reçoivent-ils une formation et un soutien pour mettre en œuvre la formation adéquatement ?	69
26. La mise en œuvre est-elle durable ?	70
F. Suivi & évaluation (etape 6)	70
27. Avez-vous évalué le changement dans les déterminants comportementaux (évaluation du résultat) ?	70
28. Avez-vous suivi la conception et la mise en œuvre de l'intervention (évaluation du processus) ?	71

REFERENCES

72

ABRÉVIATIONS

ARV	Médicament antirétroviral
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
IEC	Information, éducation, communication
IM	Carte conceptuelle
LFA	Approche du cadre logique
ONG	Organisation non gouvernementale
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
SMART	Spécifié, mesurable, acceptable, réaliste, situé dans le temps
SRH	Santé sexuelle et de la reproduction
SDSR	Santé et droits sexuels et de la reproduction
MST	Maladie sexuellement transmissible
NU	Nations Unies
VCT	Conseil et test volontaires
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WPF	World Population Foundation



1. INTRODUCTION

Les jeunes forment plus de la moitié de la population mondiale. Bon nombre d'entre eux sont confrontés à des défis comme le VIH/SIDA, les MST, la grossesse des adolescentes, l'inégalité des sexes et la discrimination, particulièrement dans les pays en développement. Dans le monde entier, des organisations ont élaboré des programmes pour prendre en compte des problèmes comme ceux-ci liés, par exemple, à la santé et aux droits sexuels et de la reproduction (SDSR) des jeunes. Certains programmes visent à prévenir les problèmes SDSR, d'autres se concentrent sur les soins aux personnes affectées par ces difficultés. Un autre objectif de programme pourrait être d'apporter des changements positifs aux politiques ou à la législation. Dans cet outil, nous mettons l'accent sur les programmes qui favorisent la santé et les droits sexuels et de la reproduction des jeunes, également appelés « éducation SDSR » ou « éducation à la sexualité ».

1.1 Les SDSR/l'éducation à la sexualité

Le cadre 1 présente une définition de l'éducation à la sexualité formulée par le Conseil américain pour l'information et l'éducation à la sexualité ou SIECUS.¹ De nombreux programmes font partie de SDSR/d'une éducation à la sexualité, par exemple les programmes d'acquisition de compétences psychosociales, le matériel d'information-éducation-communication (IEC), la prévention du VIH/sida, la prévention des grossesses, les programmes d'abstinence seule et l'éducation complète à la sexualité. L'étendue et les approches qui sous-tendent ces programmes sont parfois très différentes, mais tous visent à prévenir des problèmes de santé particuliers et à promouvoir le bien-être des jeunes. Les programmes diffèrent également du point de vue de leur groupe cible et de leur mise en œuvre. De nombreuses organisations souhaitent améliorer la qualité de la vie et la santé des jeunes. Ils veulent donc appliquer des programmes qui soient eux-mêmes de qualité. Mais il n'est pas facile d'élaborer des programmes qui soient efficaces. L'expérience et les données disponibles, tirées de travaux exécutés dans le monde entier, montrent les facteurs qui augmentent la qualité et ceux qui ne le font pas.

Cet outil présente les principales données disponibles d'une manière utile pour les organisations impliquées dans la pratique quotidienne de l'éducation SDSR pour les jeunes, mais dont le temps et les ressources sont limités. Pour ces organisations, l'outil espère constituer une meilleure manière de concevoir et d'évaluer les programmes d'éducation SDSR pour les jeunes.

L'éducation à la sexualité est un processus tout au long de la vie. Il consiste à acquérir des informations et à forger des attitudes, des croyances, des convictions et des valeurs sur l'identité, les relations et l'intimité. Elle couvre le développement sexuel, la santé reproductive, les relations interpersonnelles, l'affection, l'intimité, l'image du corps et les rôles de genre. L'éducation à la sexualité aborde les dimensions biologiques, socioculturelles, psychologiques et mentales de la sexualité en se fondant sur 1. le domaine cognitif, 2. le domaine affectif et 3. le domaine comportemental, y compris les compétences à communiquer efficacement et à prendre des décisions responsables.

Cadre 1. Définition d'éducation à la sexualité (SIECUS)

1.2 Objectif et utilisation de l'outil

L'outil a été élaboré tant pour des organisations qui appliquent déjà une éducation SDRS pour des jeunes et souhaitent analyser leur propre programme que pour celles qui prévoient d'élaborer un programme. Des professionnels et une organisation peuvent l'utiliser sans aucune supervision ou interaction. Mais la meilleure option est de suivre une formation auprès d'un réseau d'organisations sur l'utilisation de l'outil. Ceci s'est avéré un moyen efficace de tirer des leçons d'autres organisations et de communiquer des expériences.

Le but de l'outil est d'encourager ceux qui élaborent une éducation SDRS à réfléchir sur les raisons de certaines décisions prises dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes/ la raison pour laquelle certains programmes et leur mise en œuvre sont tels qu'ils sont. Par exemple, pourquoi un programme se concentre-t-il uniquement sur l'augmentation des connaissances, et évoque à peine l'évolution des valeurs et attitudes des jeunes ? Ou pourquoi un programme est-il conduit par des pairs éducateurs pour les jeunes et non par des professeurs ? L'outil aide les organisations à prendre des décisions éclairées chronologiquement, étape par étape, sur la planification, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes SDRS.

L'outil peut être utilisé pour analyser ou planifier des interventions SDRS différentes : à l'école et hors de l'école ; étendues et restreintes ; mettant l'accent sur le VIH, les MST et/ou la grossesse ; destinées à des personnes plus âgées ou des jeunes ; pour les orphelins et les enfants vulnérables (OEV) ; pour les enfants qui travaillent ; et/ou pour d'autres jeunes.

Les organisations peuvent utiliser l'outil pour analyser des interventions existantes ou bien pour trouver ce qui donne déjà de bons résultats et ce qui doit être amélioré. Aucun programme n'est parfait, et l'efficacité dépend de nombreux facteurs, dont la disponibilité de ressources et les obstacles dans le cadre de la mise en œuvre. Peut-être sera-t-il impossible de tenir compte de toutes les lacunes en une seule fois. Mais une option est de collaborer avec d'autres organisations qui ont déjà une certaine expérience, et qui savent combler ces lacunes. Par exemple, une analyse peut montrer que des jeunes n'accèdent pas à des services de santé ou un conseil. On pourrait alors décider de collaborer avec une organisation experte dans la prestation de ces services.

L'outil peut également servir à concevoir de nouvelles interventions. Il fournit un cadre pour créer, mettre en œuvre et évaluer des projets SDRS. Mais l'outil ne devrait pas obliger des organisations à appliquer des programmes en le suivant à la lettre ; le contexte particulier, le cadre de la mise en œuvre ou le mandat d'une organisation peuvent amener celle-ci à faire des choix qui ne sont pas conformes à l'outil.

La planification de nouvelles interventions selon une approche systématique, fondée sur la théorie et les données disponibles, prend habituellement beaucoup de temps et nécessite un financement. Les organisations de mise en œuvre peinent parfois à trouver des ressources pour planifier des interventions. Une autre difficulté peut tenir à la nécessité de « traduire » la terminologie du Mappage d'interventions dans le format et les conditions des agences donatrices, car chacune d'entre elles a sa terminologie et ses exigences propres. Certains donateurs définissent l'ordre du jour des organismes de mise en œuvre, et ils sont donc peu enclins à écouter celles-ci si elles proposent une nouvelle approche.

Des organisations au Pakistan ont utilisé l'outil à différentes fins:

- analyser des programmes d'éducation SDRS existants ;
- concevoir de nouveaux programmes d'éducation SDRS ;
- poser le cadre de débats avec des organismes donateurs ;
- vérifier à posteriori la planification d'une intervention ;
- créer des liens et un échange de leçons entre différentes organisations.

Cadre 2. Exemples de l'utilisation de l'outil au Pakistan

1.3 L'élaboration de l'outil

L'idée d'un outil de planification et de soutien a été initiée par plusieurs organisations néerlandaises qui concentrent leurs travaux sur les orphelins et les enfants vulnérables (OEV). Conjointement avec leurs organisations partenaires dans des pays en développement, elles ont identifié un besoin d'informations sur ce qui donne des résultats et ce qui n'en donne pas dans les programmes d'éducation SDRS pour les jeunes.

La première version de l'outil a été élaborée avec l'Université de Maastricht, et reposait essentiellement sur des données disponibles mondiales. Elle incluait des études provenant de pays en développement réexaminées par Kirby et ses collègues. Ces chercheurs ont publié sur Internet les divers documents suivants dont la lecture peut être utile : 1) une description des caractéristiques de l'efficacité² et 2) un outil qui repose sur cet examen.³

La première version de l'outil a été testée dans un pays à forte prévalence VIH (l'Afrique du Sud) et un pays à faible prévalence VIH (le Pakistan) par des organisations qui mettent en œuvre des interventions SDRS pour des jeunes (à l'école et hors de l'école). Les retours d'informations les plus pertinents ont été utilisés chaque fois que possible pour élaborer cette version de l'outil. Les retours d'informations nous ont en outre amenés à dresser une liste de contrôle succincte (résumé de l'outil) pour les agents de programmes dans les agences donatrices, et pour dispenser une formation aux partenaires néerlandais (donateurs) de STOP AIDS NOW! leur permettant d'utiliser la liste de contrôle⁴.

La mise en place de l'outil en Afrique du Sud nous a appris qu'en tous endroits, elle doit être menée avec de grandes précautions. Il convient toujours de préciser que l'outil n'est pas un moyen externe d'évaluation imposé par des donateurs, mais un simple instrument pour des auto-évaluations d'interventions existantes et la planification de nouvelles interventions.

Mappage d'interventions

Cet outil a été structuré en appliquant le modèle du Mappage d'interventions⁵ qui aide les planificateurs à concevoir systématiquement des programmes de santé, et qui les encourage à prendre des décisions en partant de données disponibles. Ce modèle est une approche efficace dans l'éducation SDRS pour les jeunes, car il examine la santé et d'autres problèmes en le plaçant dans la perspective du comportement (et du changement de comportement). Il est plus probable que l'éducation SDRS pour les jeunes fonctionnera/aura un impact si la question est traitée systématiquement, d'après des données disponibles et une théorie.

Le Mappage d'interventions est un modèle de promotion de la santé appliqué dans le monde entier, y compris en Afrique et en Asie. Elle a été élaborée par des chercheurs aux États-Unis et aux Pays-Bas. Ce modèle met l'accent sur l'utilisation de données disponibles, c'est-à-dire des informations sur les problèmes et les besoins d'un groupe cible (les jeunes), les structures et les ressources disponibles pour prendre en compte ces besoins et les informations sur les facteurs qui donnent des résultats et ceux qui n'en donnent pas (l'efficacité) en termes d'approche et de méthodologie.

Le modèle du Mappage d'interventions encourage les concepteurs de modèles à des travaux systématiques. Le modèle comporte 6 étapes qui sont étroitement liées l'une à l'autre. La participation de tous les intéressés (étape 1) est suivie d'une analyse complète du problème (étape 2). Cette analyse produit des objectifs détaillés (étape 3). Puis toutes les activités et tout le matériel du programme sont étudiés pour voir si chacun des objectifs a été atteint (étape 4). Pour garantir l'efficacité de l'adoption et de la mise en œuvre du programme, tous les obstacles, toutes les structures et les ressources possibles sont analysés et pris en compte. Le processus se conclut par un suivi et une évaluation (étape 6).

L'une des caractéristiques clefs du modèle est l'approche du changement de comportement. Les risques pour la santé et les autres problèmes se reflètent dans le comportement de différentes personnes. Par exemple, le problème des nombre de jeunes filles qui ont une grossesse non planifiée tient à leur propre comportement (c'est-à-dire un rapport sexuel non protégé) comme au comportement d'autres personnes (les dispensateurs de soins qui ne fournissent pas de contraceptifs aux jeunes ; les décideurs qui n'élaborent pas de politiques déclarant que les jeunes devraient recevoir des contraceptifs). Cette approche du changement de comportement permet d'analyser les raisons de comportements. Pourquoi les dispensateurs de soins ne distribuent-ils pas des préservatifs aux jeunes ? Il peut y avoir plusieurs causes : le manque de connaissances ; l'attitude selon laquelle les jeunes ne devraient pas avoir de rapports sexuels avant le mariage et n'ont donc pas besoin de contraceptifs ; le manque de compétences à s'entretenir avec les jeunes sans les juger ; et l'influence des autres ou des normes de la communauté. Tous ces facteurs – les connaissances, l'attitude et les compétences – peuvent être pris en compte dans une intervention qui est destinée aux dispensateurs de soins.

1.4 L'outil et l'Approche du cadre logique (LFA)

Comme indiqué ci-dessus, de nombreuses organisations de coopération au développement ont appliqué l'Approche du cadre logique (LFA) et d'autres modèles de gestion de projets, en vue de planifier et de superviser leurs interventions. Parfois, la confusion a prévalu dans la manière de rattacher cet outil de planification et de soutien à la LFA et à la gestion de projet.

L'outil ne remplace pas la LFA - il la complète. La LFA est une approche utile mais très générale. Contrairement au Mappage d'interventions, la LFA ne donne pas d'outils approfondis pour étudier particulièrement les facteurs qui influencent les problèmes de santé (par exemple de SSR) ou pour élaborer les activités et le matériel de programmes. Par conséquent, le Mappage d'interventions (IM) peut compléter utilement le Cadre logique pour mieux préciser les résultats que vous attendez et les indicateurs du suivi et de l'évaluation.

L'outil et l'approche du cadre logique se recoupent largement : l'un et l'autre mettent l'accent sur la participation des intéressés dès le départ, sur les objectifs SMART, et elles relient le contrôle et l'évaluation aux objectifs. Quant à cet outil, il propose des suggestions sur le contenu des interventions SDRS et les étapes pour parvenir à cette intervention avec la plus grande efficacité possible.

1.5 Comment utiliser l'outil ?

Dans le chapitre 2, les deux approches appliquées dans cet outil sont étudiées plus avant : l'approche fondée sur des droits et l'approche fondée sur des données disponibles. Le chapitre 3 est le « pivot » de l'outil. Il comporte un tableau qui permet de contrôler les différentes caractéristiques de l'efficacité. Dans le chapitre 4, l'arrière-plan de chacune des caractéristiques est présenté, y compris des références à des documents et à la littérature spécialisée, avec de plus amples informations de bases détaillées.

Vous verrez que tout au long du texte, nous avons inséré des numéros de référence, par exemple :¹. À la fin du document, vous trouverez la liste numérotée de ces rapports, articles, livres et sites Internet, assortis d'informations supplémentaires.

Le tableau dans le chapitre 3 comporte plusieurs colonnes. La colonne de gauche montre toutes les caractéristiques des interventions efficaces en matière d'éducation SDR pour les jeunes. Les colonnes du milieu présentent plus d'indicateurs détaillés pour chacune des caractéristiques : - a. L'indicateur « Activité » : quelle était l'initiative exécutée ou incluse ou non incluse, dans l'intervention ? b. L'indicateur « Exécution » : quelle était la qualité de l'initiative, ou comment a-t-elle été incluse ? Les utilisateurs de l'outil peuvent inscrire leur appréciation des indicateurs « Activité » et « Exécution » en inscrivant les annotations suivantes : ++ excellente ; + bonne ; +/- doit être améliorée ; -- n'est jamais exécutée ; et X inapplicable. Les utilisateurs peuvent ajouter dans la colonne de droite des informations, des commentaires de leurs appréciations et des propositions d'amélioration.



2. LES DROITS ET LES DONNÉES DISPONIBLES

L'outil part de deux approches - une approche fondée sur des droits et une approche fondée sur des données disponibles. Toutes deux sont décrites ci-dessous. Cette section se conclut par une description du lien entre les deux approches.

2.1 L'approche fondée sur des droits

Tous les jeunes du monde, quelle que soit leur religion ou leur culture, ont des droits sexuels et de la reproduction. Une approche fondée sur des droits répond aux besoins des jeunes en les faisant participer, ce qui rend les politiques et programmes plus efficaces et durables. Ce type d'approche ménage le cadre adéquat pour répondre aux véritables besoins des jeunes en matière de sexualité et de santé de la reproduction, et non à leurs droits tels que les adultes les envisagent.⁶

Une approche fondée sur les droits des jeunes à la santé sexuelle et de la reproduction repose sur les droits de l'homme universellement reconnus et en premier lieu par la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Elle énonce notamment que tous les êtres humains ont un droit à l'éducation, la santé, la protection, le soutien et la liberté d'expression.⁷ L'idée d'une approche fondée sur des droits est d'investir dans les qualités des jeunes et dans des facteurs de protection, plutôt que de moraliser et de distribuer des avertissements. On suppose que le moyen le plus efficace de réaliser le bien-être des jeunes est de les responsabiliser et de renforcer leurs compétences, en les faisant mieux accéder à des ressources et des services et en leur garantissant un environnement caractérisé par la sécurité et le réconfort.⁸

Les droits à la reproduction

reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus de décider librement et en toute responsabilité du nombre, de l'espacement et du moment des naissances de leurs enfants, d'avoir les informations et les moyens nécessaires à cette fin et d'avoir le droit de bénéficier du plus haut niveau de santé sexuelle et de la reproduction. Ils incluent également le droit de chacun de prendre des décisions sur la reproduction sans discrimination, coercition ni violence.¹⁴

Cadre 3. Définition des droits sexuels et de la reproduction

Une approche fondée sur des droits permet à des jeunes de prendre le contrôle de leur propre vie sexuelle et de la reproduction, et de devenir autonomes.

« Les droits sexuels et de la reproduction des jeunes » ont été un thème très débattu, particulièrement à des conférences internationales. Ces échanges de vues ont conduit à la naissance de plusieurs conventions internationales et à l'inclusion des SDSR dans les Objectifs du millénaire pour le développement.⁹ En 1989, la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) a mis en place une approche fondée sur des droits à la santé sexuelle et de la reproduction pour les jeunes. La CDE a été signée et approuvée par 191 gouvernements internationaux. Ils se sont engagés à respecter et promouvoir les droits sexuels et de la reproduction pour les jeunes, et à garantir que tous les enfants et les jeunes adolescents de moins de 18 ans survivent, grandissent, bénéficient d'une protection et participent à la société en tant que membres actifs.^{10,11}

Les conventions des NU promulguées depuis lors ont renforcé et approfondi les droits des jeunes. Toutes ces conventions étaient le résultat de réunions mondiales : Conférences internationales sur la population et le développement (CIPD, 1994, 1999, 2004) et Conférences mondiales des NU sur la femme à Pékin (1995, 2000, 2005). Ces rencontres ont contribué à faire reconnaître mondialement les jeunes comme des êtres sexuels avec un droit à l'autodétermination, l'éducation et l'information, à des services accueillants pour les jeunes, à la protection et la participation.¹²

En signant des conventions, les gouvernements de presque tous les pays se sont engagés à accroître l'accès des adolescents aux informations et aux services en matière de santé reproductive, et à promouvoir le bien-être et l'égalité sociale des jeunes. Au cœur des droits des jeunes figure leur droit de prendre leurs propres décisions éclairées sur le fait d'avoir des rapports sexuels. Les jeunes ont besoin d'être renseignés sur les changements qu'ils traversent pendant l'adolescence, les risques

auxquels ils sont confrontés et les droits que leur gouvernement leur a donnés en signant des conventions internationales. Chaque fois que les jeunes ont des problèmes ou des préoccupations quelconques, ils doivent pouvoir accéder à des services sexuels et de la reproduction financièrement abordables et confidentiels. Ces services devraient être conviviaux pour les jeunes et fournir à la fois un conseil et des contraceptifs – y compris des condoms.

De plus, les jeunes ont besoin de pouvoir se protéger, eux-mêmes et leur partenaire, en particulier contre l'abus sexuel. Enfin, pour garantir que les politiques, les programmes et les services répondent aux besoins et droits des jeunes, ceux-ci devraient participer eux-mêmes à tous les niveaux du pouvoir décisionnel. De la sorte, ils auront les moyens de devenir des membres actifs de la société.¹³

Une approche fondée sur des droits souligne que tous les êtres humains devraient être traités à égalité : qu'ils soient hommes ou femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle, qu'ils aient ou aient eu un problème de santé sexuelle ou qu'ils vivent avec le VIH/sida. L'approche incite également à entreprendre une action si des droits ne sont pas respectés (par exemple, dans les cas d'abus ou de discrimination sexuels).

La mise en pratique de ces droits théoriques fait collaborer de nombreuses personnes très différentes. Ce sont, en l'occurrence, les gouvernements nationaux, les organisations pour les jeunes et bien sûr les jeunes eux-mêmes.¹⁶ Mais tout en garantissant que les jeunes reçoivent leur dû, il faut respecter les droits d'autres personnes. Ainsi, le droit de prendre ses propres décisions ne devrait pas avoir un effet néfaste sur les amis, le partenaire, les parents, la famille ou la communauté locale. Le processus décisionnel va donc de pair avec le fait de prendre ses responsabilités et de tenir compte des attentes d'autres personnes, si nécessaire.

Les droits sexuels couvrent des droits de l'homme qui sont déjà inscrits dans les législations nationales, les documents relatifs aux droits de l'homme et autres déclarations consensuelles. Ils incluent le droit de toutes les personnes aux facteurs suivants, sans aucune coercition, discrimination ni violence¹⁵ :

- La norme la plus élevée de santé sexuelle, y compris l'accès à des services de soins de santé sexuelle et de la reproduction ;
- La recherche, la réception et la diffusion d'informations sur la sexualité ;
- L'éducation sexuelle ;
- Le respect de l'intégrité du corps ;
- Le choix du partenaire ;
- La décision d'être sexuellement actif ou non ;
- Les relations sexuelles consensuelles ;
- Le mariage consensuel ;
- La décision d'avoir ou non des enfants et le moment de leur naissance ;
- La pratique d'une vie sexuelle satisfaisante, sûre et agréable.

Cadre 3. Définition des droits sexuels et de la reproduction

Une approche de l'élaboration de programmes fondée sur les droits de l'homme diffère d'une approche fondée sur des besoins fondamentaux en ce sens qu'elle reconnaît l'existence de droits, et qu'elle donne à ceux qui ont des devoirs (d'habitude les gouvernements) plus de possibilités de respecter, protéger et garantir ces droits.

2.2 L'approche fondée sur la théorie et sur les données disponibles

Une approche fondée sur la théorie et les données disponibles applique la théorie et les données disponibles à chaque étape de la planification d'un programme. Elle se réfère à toutes les informations connues qui soit confirment, soit contredisent les décisions qui ont déjà été prises ou sont considérées. Les données disponibles peuvent être tirées d'expériences dans d'autres projets, de la recherche fondamentale/des évaluations de besoins, de publications dans des revues scientifiques, de rapports, de bonnes pratiques, d'entretiens avec des experts, ou de l'Internet.¹⁷ Pour cet outil, une importante source a été le réexamen par Kirby et ses collègues des interventions efficaces dans le monde entier, comme indiqué dans le chapitre précédent.¹⁸

Des informations peuvent également être tirées de théories. Certaines théories expliquent le comportement et les facteurs qui influencent les problèmes de la santé, d'autres transmettent des principes pour changer avec efficacité un comportement ou les causes d'un comportement. Si des planificateurs appliquent ces principes, il est plus probable que leurs interventions changeront véritablement un comportement.¹⁹ Un guide utile téléchargeable sur l'Internet présente certaines de ces théories sur la promotion de la santé et la manière de les mettre en œuvre.²⁰

Parfois, vous disposerez de données qui sont contradictoires. Dès lors, la tentation est d'utiliser les données disponibles qui confortent la pratique ou l'approche de votre organisation, mais l'efficacité n'en sera pas toujours accrue.

Un autre point à garder à l'esprit est que des données disponibles qui s'appliquent à un environnement ne conviennent pas nécessairement à d'autres environnements. Par conséquent, bien qu'il soit raisonnable d'utiliser des données disponibles, vous devez vérifier si elles sont applicables dans une situation particulière. Ainsi, des données disponibles provenant de l'Afrique ne peuvent pas automatiquement être transposées dans des contextes asiatiques, alors qu'il est possible d'appliquer celles d'un pays semblable au vôtre.

Le comportement

Les données disponibles montrent que les programmes SDRS pour les jeunes, fondés sur des modèles de changement de comportement, ont plus de chances d'être efficaces. Ces modèles 21 déclarent que tous les problèmes (de santé et de droits) se « traduisent » dans un comportement. Par exemple, plusieurs raisons peuvent expliquer que de nombreux jeunes ont des infections sexuellement transmissibles (IST) qui n'ont pas été traitées. Un motif pourrait être que les jeunes contaminés ne cherchent pas de traitement (comportement de personne à risques). Mais à son tour, ce comportement pourrait tenir au comportement de personnes dans leur environnement : les dispensateurs de soins n'accordent pas de tests IST ni de traitement aux jeunes, ou les décideurs n'incluent pas la fourniture de ces services dans leur politique²¹.

L'avantage de modèles de changement de comportement est qu'il est plus probable que les planificateurs tiendront compte de tous les facteurs pertinents pour expliquer et changer un problème de santé. Le modèle peut contribuer à identifier certains facteurs à différents niveaux, et à identifier le lien entre ces facteurs. Lorsque des planificateurs commencent à avoir une idée claire du « problème » et des facteurs qui le déterminent, ils peuvent en tenir compte dans l'intervention et ils auront ainsi plus de chances d'entraîner un changement.

Le terme « changement de comportement » semble impliquer que le modèle ne peut être mis en œuvre que si un comportement doit être modifié. Mais il peut servir à comprendre et étayer un comportement qui contribue à promouvoir la santé et des droits ; par exemple, à comprendre les raisons pour lesquelles certains jeunes suivent réellement un traitement et à les aider à garder ce comportement.

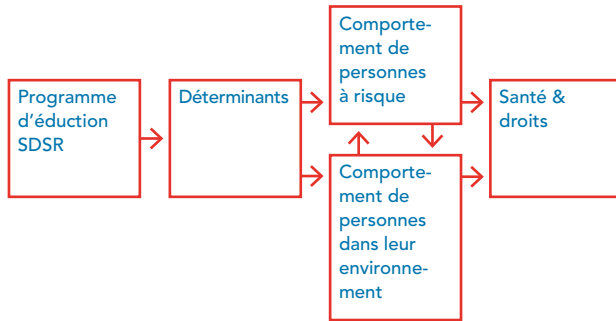


Figure 1. Modèle de promotion de la santé

Les déterminants

Après avoir identifié un comportement qui contribue à la santé et à des droits ou les inhibe, l'étape suivante consiste à analyser les motifs qui incitent les personnes à agir comme elles le font : pourquoi les jeunes affectés de MST ne cherchent-ils pas de traitement ? Pourquoi des dispensateurs de soins ne fournissent pas de tests ni de traitement ? Les modèles de changement de comportement distinguent plusieurs facteurs (également appelés déterminants) susceptibles d'influencer un comportement. La figure 2 présente un modèle avec divers déterminants qui influencent le comportement (théorie du comportement planifié²²). Sous la figure, nous expliquons ce modèle en prenant l'exemple de jeunes qui ne cherchent pas de traitement.

- Connaissances : les jeunes n'ont aucune notion sur les IST ou ils en ont une idée fautive, ou ils ne savent pas qu'ils peuvent aller dans des services pour bénéficier de tests et d'un traitement.
- Perception du risque : les jeunes ne comprennent pas qu'ils courent eux-mêmes un risque ou ne connaissent pas les risques des IST non traitées.
- Attitude : (avantages et inconvénients) : les jeunes ont une opinion négative des services de soins pour les IST et des visites à ces services. Ces attitudes sont souvent influencées par des valeurs personnelles.
- Influence sociale (soutien, normes, pression des pairs) : l'idée des jeunes selon laquelle les visites aux services IST ne sont pas « cool » ou qu'une IST est le signe d'un comportement licencieux.
- Compétences & auto-efficacité sont étroitement liées : une capacité pertinente dans cet exemple est celle de résister à la pression de pairs. L'auto-efficacité est le fait d'avoir suffisamment confiance en soi pour se rendre à un service de soins, même si les amis en rient.

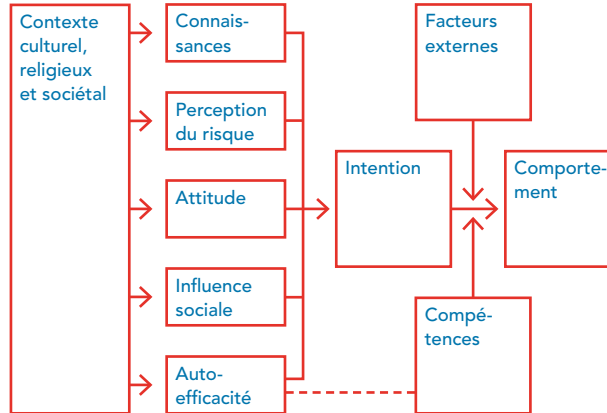


Figure 2. Théorie du comportement planifié

- Intention d'adopter ou non un comportement : par exemple, l'intention de se rendre dans un service de soins au cours de la semaine ou du mois suivants. L'intention est déterminée par tous les facteurs ci-dessus. Si quelqu'un a les connaissances nécessaires ou même voit les risques, mais a une attitude négative ou est fortement influencé par les autres, il est peu probable qu'il se rende à un centre de soins. Et même s'il a l'intention de le faire, le manque de compétences ou des facteurs externes (comme l'absence de services) peuvent l'en empêcher.
- Facteurs externes : un jeune a l'intention de se rendre dans un centre de soins, mais s'il n'y a pas de centre de soins à proximité, ou si le centre de soins ne fournit pas de services (accueillants) aux jeunes qui sont célibataires, il peut renoncer à s'y rendre. Les facteurs externes sont liés à la législation, au caractère financièrement abordable de services, à la disponibilité et à l'accessibilité.
- Le contexte culturel, religieux et sociétal influence tous les déterminants ci-dessus : les connaissances, les valeurs et les habitudes des personnes, outre leurs normes, restent influencées par leur environnement.

Les modèles de changement du comportement peuvent également servir à analyser le comportement d'autres personnes dans l'environnement de jeunes. Par exemple, les raisons pour lesquelles des dispensateurs de soins ne fournissent pas de tests IST ni un traitement. Manquent-ils de connaissances ? Quelle est leur attitude envers les droits des jeunes ? Sont-ils influencés par d'autres personnes et est-ce la raison pour laquelle ils ne fournissent pas ces services aux jeunes ?

Si un planificateur de programme parvient à trouver le lien entre le problème de santé (des IST non traitées), le comportement et des déterminants, le changement des déterminants entraînera ultérieurement un changement du comportement et une meilleure santé.

On distingue deux catégories de déterminants : les déterminants personnels (inhérents à la personne elle-même) et les déterminants de l'environnement (qu'une personne ne peut pas contrôler). Les déterminants de l'environnement incluent l'influence sociale et des facteurs externes ainsi que le contexte culturel, religieux et sociétal. Les déterminants personnels sont le point de départ pour concevoir un programme SDRS : que faut-il changer dans les connaissances, la perception du risque, les attitudes, les compétences et l'auto-efficacité ? Les déterminants de l'environnement sont analysés, et cette étude peut conduire à une action ou un programme spécifique qui visent d'autres personnes dans l'environnement du jeune (une formation pour des dispensateurs de soins par exemple). Mais parfois, une organisation ne peut rien faire à propos des facteurs de l'environnement.

Le changement de comportement est un processus complexe dans lequel de nombreux déterminants jouent un rôle. Le modèle du changement de comportement est une tentative de structurer ce processus, et de dresser les catégories des principaux déterminants qui peuvent être changés. Le modèle ne devrait pas être suivi trop à la lettre. C'est un simple outil pour comprendre et transformer un comportement, si possible. Dans certains contextes ou pour des problèmes spécifiques, certains déterminants peuvent être plus importants que d'autres.

Le programme d'éducation SDSR

Si des planificateurs connaissent les principaux déterminants qui influencent le comportement et l'environnement, ils peuvent identifier les principaux déterminants susceptibles d'être changés, et utiliser ces connaissances pour élaborer des activités et du matériel. Par exemple, ils peuvent développer une formation à des compétences pour améliorer les compétences dans la communication. Ou organiser des discussions de groupe pour sensibiliser des jeunes à leurs propres valeurs et à l'influence que d'autres exercent sur eux. Si le lien entre les déterminants, le comportement et l'environnement devient apparent, changer les déterminants peut ultérieurement résulter en un changement dans le comportement et l'environnement.

2.3 L'approche fondée sur les droits et les données disponibles

Quel est le lien entre des données disponibles et une approche fondée sur des droits ? En général, les deux approches se renforcent l'une l'autre. Par exemple, les jeunes ont le droit d'accéder à des services de santé conviviaux pour eux, et les données disponibles montrent que lorsque des jeunes bénéficient de ces services, ils mènent une vie plus saine. Un autre exemple : les jeunes ont le droit d'être informés et éduqués au sujet de la sexualité, la croissance et les moyens de prévenir les problèmes de santé sexuelle. Les données disponibles montrent que lorsque des jeunes obtiennent ces informations et cette éducation, il est plus probable qu'ils vivront plus sainement.

Parfois, il peut être important d'entreprendre une action pour défendre les droits de personnes sans être certain qu'elle sera efficace. Par exemple, selon l'approche fondée sur les données disponibles, il est judicieux de se concentrer sur les principaux déterminants susceptibles d'être changés. Toutefois, dans une perspective fondée sur des droits, les programmes doivent parfois tenir compte de sujets qui sont controversés et difficiles à changer. L'outil explique ces conflits, si nécessaire.



3. OUTIL DE PLANIFICATION ET DE SOUTIEN

A. Participation (étape 1)

1. Les personnes appropriées font-elles partie de l'équipe du projet?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'expertise ci-dessous est-elle représentée dans l'équipe de planification :		Participent-elles à toutes les étapes pertinentes de la planification ?		_____
- Gestion du projet	_____		_____	_____
- Recherche	_____		_____	_____
- SDSR des jeunes	_____	Les valeurs et les attitudes des membres de l'équipe de planification concordent-elles avec un projet SDSR pour des jeunes, fondé sur des droits et des données disponibles ?	_____	_____
- Théories du changement de comportement	_____		_____	_____
- Conception d'interventions SDSR pour les jeunes	_____		_____	_____
- Mise en œuvre d'interventions SDSR pour les jeunes	_____		_____	_____
- Exécutants de la formation	_____		_____	_____
- Méthode d'éducation	_____		_____	_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

2. Les jeunes participent-ils à la planification de l'intervention ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Un groupe de travail a-t-il été créé en incluant des représentants des jeunes concernés ?	_____	Les jeunes pertinents font-ils partie du groupe de travail ?	_____	_____
Participent-ils à toutes les étapes pertinentes de la planification :		Quelle est la qualité de leur participation ?	_____	_____
- Conception du plan/de la proposition de projet	_____			_____
- Évaluation des besoins/analyse de situation (en tant que personnes interrogées)	_____			_____
- Interprétation des conclusions de l'évaluation des besoins/ l'analyse de situation et décisions sur les objectifs	_____			_____
- Conception de l'intervention (y compris la sélection d'activités/de matériel et les tests préliminaires)	_____			_____
- Mise en œuvre, en tant que pairs éducateurs	_____			_____

3. Des animateurs participent-ils à la planification de l'intervention ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Un groupe de travail a-t-il été créé en incluant des représentants des animateurs concernés ?	_____	Les personnes pertinentes font-elles partie du groupe de travail d'animateurs ?	_____	_____
Participent-ils pendant toutes les étapes afférentes de la planification :		Quelle est la qualité de leur participation ?	_____	_____
- Conception du plan/de la proposition de projet	_____			_____
- Évaluation des besoins/analyse de la situation (en tant que personnes interrogées)	_____			_____
- Interprétation des conclusions de l'évaluation des besoins/ de l'analyse de la situation et des décisions sur les objectifs	_____			_____
- Conception de l'intervention (y compris sélection d'activités/ de matériel et tests préliminaires)	_____			_____
- Mise en œuvre et agrandissement du programme, comme formateurs d'autres professeurs	_____			_____

4. Les décideurs pertinents participent-ils à la planification de l'intervention ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Avez-vous obtenu au moins un soutien minimum de la part d'autorités pertinentes ?		Quelle est votre appréciation du soutien réel que vous pensez recevoir ou avez obtenu ?		
- Ministère de l'éducation nationale	_____		_____	_____
- Ministère de la santé	_____		_____	_____
- Ministère de la jeunesse	_____		_____	_____
Avez-vous obtenu le soutien des organisations et des chefs pertinents de la communauté locale, nécessaire pour une mise en œuvre complète de l'intervention ?		Quelle est votre appréciation du soutien réel que vous pensez recevoir ou avez obtenu ?		
- Parents/communauté locale	_____		_____	_____
- Communauté locale/chefs religieux	_____	Quelle est votre appréciation du soutien réel que vous pensez recevoir ou avez obtenu ?		
- Dans les écoles : conseil d'administration, administration scolaire, instances directoriales, personnel scolaire	_____		_____	_____
Faites-vous participer des spécialistes et toutes autres personnes appropriées à l'éducation SDSR ?				
- Commission SIDA	_____			_____
- Association de planning familial	_____			_____
- Agences de financement	_____			_____
- ONG pertinentes (spécialisées dans les abus sexuels, la grossesse des adolescentes, la défense de droits)	_____			_____
- ONG pertinentes (spécialisées dans l'abus sexuel, la grossesse des adolescentes, la défense des droits)	_____			_____
- Dispensateurs de soins de santé	_____			_____
- Organisations pour la jeunesse	_____			_____
- Organisations de la communauté locale	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

B. Évaluation des besoins/analyse de situation (étape 2)

5. L'intervention repose-t-elle sur une évaluation de besoins ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Tous les aspects importants ont-ils été étudiés ?	_____	Quelle est votre appréciation de la qualité de l'évaluation ?	_____	_____
Avez-vous collecté des informations sur la qualité de vie générale des jeunes ?	_____	Quelles sont la fiabilité et la qualité des données ?	_____	_____
- Qu'est-ce qui les intéresse le plus dans la vie ?	_____		_____	_____
- Avez-vous recueilli des données sur l'étendue des problèmes SDSR des jeunes ? Par exemple les taux de VIH/MST, la grossesse des adolescentes, l'avortement, l'abus sexuel, la stigmatisation et la discrimination ?	_____	Dans quelle mesure les données sont-elles applicables à votre groupe cible, votre cadre, votre contexte ?	_____	_____
Avez-vous recueilli des informations sur le comportement sexuel des jeunes ?	_____	Des données ont-elles été recueillies auprès de représentants du groupe cible ?	_____	_____
- Comportement sexuel/abstinence sexuelle	_____		_____	_____
- Actes sexuels (masturbation, sexe oral/anal, etc.)	_____		_____	_____
- Utilisation de condoms/contraceptifs	_____		_____	_____
- Rapports sexuels consensuels	_____		_____	_____
- Nombre/caractéristiques de leurs partenaires sexuels	_____	Des données ont-elles été collectées auprès d'adultes qui s'occupent de jeunes ?	_____	_____
- Résolution de problèmes de santé/comportement de recherche de santé	_____		_____	_____
- Avez-vous recueilli des informations sur les déterminants personnels du comportement sexuel des jeunes, y compris les connaissances/les idées fausses, l'attitude/les valeurs/les croyances, /la perception du risque, les compétences/l'estime de soi/la confiance en soi	_____	Des données ont-elles été collectées par des enquêteurs/des assistants dotés d'une formation ?	_____	_____
- Leurs perceptions de l'influence sociale, la pression des pairs	_____		_____	_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Avez-vous recueilli des données sur les déterminants de l'environnement en ce qui concerne de comportement sexuel des jeunes ?	_____	Les problèmes rencontrés dans l'évitement/la négociation de rapports sexuels et l'utilisation de condoms ou de contraceptifs ont-ils été discutés ouvertement ?	_____	_____
- Influence sociale/normes de la communauté	_____			_____
- Lois	_____			_____
- Disponibilité/caractère abordable de services de santé, de consultation et d'approvisionnements	_____	La méthodologie de la collecte de données était-elle de bonne qualité ?	_____	_____
- Autres obstacles externes	_____			_____
		L'analyse des données a-t-elle été faite objectivement ?	_____	_____

		Les rapports sur les résultats ont-t-ils été faits objectivement ?	_____	_____

6. L'intervention repose-t-elle sur une analyse de situation ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Tous les aspects importants ont-ils été étudiés ?	_____	Quelle est votre appréciation de la qualité de l'analyse?	_____	_____
Avez-vous recueilli et analysé les lois, les réglementations et les politiques pertinentes (sur la jeunesse, les SDSR, le VIH/ SIDA, le genre et l'éducation) et découvert dans quelle mesure elles sont mises en œuvre ?	_____	Quelles sont la fiabilité et la qualité des données ?	_____	_____
Avez-vous évalué les normes et les valeurs pertinentes dans la communauté ?		Dans quelle mesure les données sont-elles applicables à votre groupe cible ?	_____	_____
- Sexualité, abstinence, mariage, masturbation	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
- Place des filles et des garçons	_____	Des données ont-elles été recueillies auprès de représentants du groupe cible ?	_____	_____
- VIH/SIDA, grossesse, abus, stigmatisation	_____			_____
- Communication avec les jeunes sur la sexualité	_____			_____
- Condoms et autres contraceptifs	_____			_____
- Orientation sexuelle, avortement	_____			_____
- Droit des jeunes à prendre leurs propres décisions et à être protégés	_____	Des données ont-elles été recueillies auprès d'adultes qui s'occupent de jeunes ?	_____	_____
Avez-vous analysé les ressources disponibles dans la communauté ?				_____
- Réseaux de soins	_____	Des données ont-elles été collectées par des enquê- teurs/assistants dotés d'une formation ?	_____	_____
- Soins de santé conviviaux pour les jeunes, services, conseil, CTV	_____			_____
- Fournitures (condoms et autres contraceptifs)	_____			_____
- Possibilités de collaboration avec d'autres organisations/de référence à celles-ci	_____	Les problèmes rencontrés dans l'évitement/la négociation de rapports sexuels et dans l'utilisation de condoms ou de préservatifs ont-ils été discutés ouvertement ?	_____	_____
Avez-vous analysé les entraves et les opportunités dans l'environnement de la mise en œuvre ?				_____
- Dans les écoles : administration scolaire et autres organes – connaissances, idées fausses, attitudes et influence sociale	_____			_____
- Installations sûres et confortables pour la mise en œuvre	_____	La méthodologie de la collecte de données était-elle de bonne qualité ?	_____	_____
- Fournitures (par ex. équipement vidéo, crayons)	_____			_____
- Animateurs dotés d'une formation et disponibles	_____			_____
Avez-vous évalué les besoins des animateurs ?		L'analyse des données était-elle objective ?	_____	_____
- Comportement	_____			_____
- Déterminants personnels (connaissances, attitude, compétences)	_____			_____
- Déterminants de l'environnement (matériel, horaires, soutien social)	_____	L'établissement de rapports sur les résultats était-il objectif ?	_____	_____
- Qu'est-ce qui les motive à les animer ?	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Avez-vous recueilli et analysé des interventions d'éducation SDSR existantes ?				
- Matériel				
- Leçons tirées				

C. Objectifs (étape 3)

7. Les objectifs sanitaires de l'intervention sont-ils clairement définis ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Les objectifs sanitaires sont-ils clairement définis ?		Les objectifs sanitaires reposent-ils sur des données disponibles ?		
		Quelle est la qualité des données disponibles ?		
L'intervention reflète-t-elle ces objectifs ?		Les objectifs sanitaires sont-ils suffisamment et correctement pris en compte ?		

8. Les messages comportementaux pour les jeunes sont-ils clairs et cohérents ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention se concentre-t-elle clairement sur un ou plusieurs comportements spécifiques qui affectent directement les grossesses, les IST/VIH ou les rapports sexuels consensuels ?	_____	Les messages comportementaux reposent-ils sur des données disponibles ?	_____	_____
- S'abstenir (de toutes activités sexuelles)	_____	Quelle est la qualité des données disponibles ?	_____	_____
- Avoir des rapports sexuels consensuels	_____	Les messages comportementaux sont-ils explicitement communiqués dans l'intervention ?	_____	_____
- Reporter les rapports sexuels (et pratiquer d'autres activités sexuelles)	_____	Les messages comportementaux sont-ils cohérents tout au long de l'intervention ?	_____	_____
- Utiliser des contraceptifs	_____	L'intervention accorde-t-elle suffisamment d'attention aux messages comportementaux ?	_____	_____
- Utiliser un condom lors de tous les rapports sexuels	_____			_____
- Éviter d'avoir plusieurs partenaires ou des rapports sexuels avec des personnes qui ont plusieurs partenaires	_____			_____
- Rechercher des tests VIH et IST et un traitement	_____			_____
L'intervention est-elle claire sur le contenu des messages comportementaux ?				_____
- Utilisation de condoms (en acheter, en avoir sur soi, négocier leur port, etc.)	_____			_____
- Abstinence (de quoi s'abstient-on, jusqu'à quand)	_____			_____
Les messages conviennent-ils à l'âge, l'expérience sexuelle, les valeurs et la culture de la famille/la communauté des jeunes auxquels l'intervention est destinée ?	_____			_____
L'intervention relie-t-elle les messages comportementaux à d'autres valeurs importantes des jeunes ?	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

9. L'intervention tient-elle compte de tous les déterminants personnels modifiables du comportement ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention tient-elle compte de nombreux déterminants différents du comportement ?	_____	Les objectifs pour les déterminants reposent-ils sur des données disponibles ?	_____	_____
- Connaissances	_____	Quelle est la qualité des données disponibles ?	_____	_____
- Perception du risque	_____	L'intervention se concentre-t-elle en priorité sur des déterminants pertinents et susceptibles d'être changés ?	_____	_____
- Attitudes	_____	Les différents déterminants sont-ils suffisamment pris en compte ?	_____	_____
- Influence sociale	_____			
- Auto-efficacité et compétences	_____			
- Intentions	_____			
- Influence sociale	_____			
Ces objectifs se relient-ils directement aux activités et matériels de l'intervention, et sont-ils pris en compte dans ces derniers ?	_____			

10. Fera-t-on assez pour favoriser un environnement propice ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention tient-elle compte des obstacles de l'environnement identifiés dans l'évaluation des besoins/l'analyse de situation ? Parmi ceux-ci figurent la sensibilisation de la communauté, les services, le conseil, les fournitures et la défense de droits.	_____	Les objectifs sont-ils reliés à un « environnement propice » fondé sur des données disponibles ?	_____	_____
L'intervention tente-t-elle d'augmenter la sensibilisation de la communauté (des parents) si une éducation sexuelle doit être mise en œuvre ?	_____			

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention fait-elle accéder à des services sanitaires, des fournitures (comme des ARV, des condoms et d'autres contraceptifs) et à un conseil ?	_____	Quelle est la qualité des données disponibles ?	_____	_____ _____ _____
L'intervention comprend-elle une défense des droits et un lobbying pour l'éducation sexuelle en général et le programme en particulier ?	_____			_____ _____

11. L'approche de l'intervention prend-elle en compte l'ensemble des questions ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention applique-t-elle une approche fondée sur des droits ?	_____	Quelle est votre appréciation de la mesure dans laquelle elle l'a fait ?	_____	_____ _____ _____
Les femmes et les hommes participent-ils tous deux à la conception de l'intervention ?	_____	Participent-ils à égalité ?	_____	_____ _____
L'intervention tient-elle compte de l'égalité des droits entre les femmes et les hommes ?	_____	Ce point est-il réellement inclus ?	_____	_____ _____
La prévention du VIH/SIDA est-elle intégrée dans le cadre élargi de l'éducation SDRS ?	_____	Quelle est votre appréciation de la mesure dans laquelle elle l'a été ?	_____	_____ _____ _____
L'intervention informe-t-elle sur tous les comportements sexuels préventifs appropriés des jeunes (y compris le report des rapports sexuels, l'abstinence de rapports sexuels et l'utilisation de condoms ?	_____	Les informations sont-elles complètes et suffisamment explicites ?	_____	_____ _____ _____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention comprend-elle des activités qui créent un environnement favorable aux jeunes et à l'éducation sexuelle ?		Quelle est votre appréciation de la mesure dans laquelle elles le sont ?		
- Législation/ politiques propices	_____		_____	_____
- Accès à des services sanitaire/un conseil	_____		_____	_____
- Accès à des fournitures comme condoms, contraceptifs	_____		_____	_____
- Soutien à la communauté	_____		_____	_____

D. Conception d'une intervention fondée sur des données disponibles (étape 4)

12. L'intervention est-elle explicite sur la sexualité ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention est-elle explicite sur la sexualité, les organes génitaux, les contraceptifs, les condoms, les actes sexuels et la négociation de rapports sexuels sûrs ?	_____	Quelle est votre appréciation de la mesure dans laquelle elle l'est ?	_____	_____
Les jeunes sont-ils considérés comme des êtres sexués capables de prendre leurs propres décisions ?	_____		_____	_____
La sexualité est-elle considérée positivement ?	_____		_____	_____
Les animateurs sont-ils encouragés et formés à une communication franche avec les jeunes sur la sexualité et le genre, dans un environnement sûr et confidentiel ?	_____		_____	_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

13. Les animateurs créent-ils un cadre sûr pour que les jeunes participent ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention commence-t-elle par définir des règles de base pour le groupe ?	_____	Quelle est votre appréciation de la mesure dans laquelle elle le fait ?	_____	_____
L'intervention utilise-t-elle des techniques pour briser la glace ou d'autres activités pour détendre les étudiants avant qu'ils débattent/participent ?	_____			_____
L'intervention incite-t-elle les animateurs à apporter un encouragement positif si nécessaire ?	_____			_____
L'intervention transmet-elle des conseils ou recommandations pour la gestion de la salle de classe ?	_____			_____
Si nécessaire et approprié, l'intervention divise-t-elle les étudiants selon le sexe afin qu'ils soient plus à l'aise pour parler de certains sujets ?	_____			_____
L'intervention prévoit-elle pour tous les jeunes des occasions adéquates de participer ?	_____			_____

14. L'intervention transmet-elle des informations correctes et complètes ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Les informations transmises dans l'intervention sont-elles correctes ?		Quelle est votre appréciation de la mesure dans laquelle elle l'a fait ?		_____
- Médicalement correctes	_____			_____
- Les mythes et les idées fausses sont corrigés	_____			_____
L'information repose-t-elle sur des faits (et non sur des valeurs) ?				_____
- Des faits et des chiffres sont-ils communiqués ?	_____			_____
- Avez-vous utilisé des sources d'information fiables ?	_____			_____
Les informations sont-elles complètes (sans en dissimuler aucune) et à jour ?	_____			_____
Les informations sont-elles adaptées au groupe cible (âge, alphabétisation, arrière-plan ethnique) ?	_____			_____
Les informations sont-elles transmises par un apprentissage actif/des méthodes participatives ? (par ex. en petits groupes de travail) ?	_____			_____
Les activités aident-elles les participants à appliquer les informations dans leur propre vie ?	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

15. L'intervention tient-elle compte de la perception du risque?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention informe-t-elle les jeunes du risque qu'ils courent individuellement par rapport aux IST, VIH/sida, grossesse, harcèlement et abus sexuels ?	_____	Quelle est votre appréciation de la mesure dans laquelle elle l'a fait ?	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
L'intervention informe-t-elle clairement les jeunes des conséquences négatives des IST, VIH/sida, grossesse, harcèlement et abus sexuels ?	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
L'intervention inclut-elle des activités qui motivent les jeunes à prévenir les IST, VIH/SIDA, grossesse, harcèlement et abus sexuels ?				_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
- Information sur la manière de les prévenir	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
- Renforcement de leurs compétences pour augmenter leur confiance dans leur possibilité d'agir.	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Les activités encouragent-elles les jeunes à obtenir activement les informations sur le risque ? Par exemple, par des séries de questions ou le travail en petits groupes ?	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Les activités aident-elles les participants à appliquer les informations sur le risque à leur propre vie, en évaluant leur risque personnel et en prenant conscience des conséquences ?	_____			_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

16. L'intervention aide-t-elle les jeunes à comprendre et développer leurs propres attitudes, valeurs et sensibilisation à l'influence sociale ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention inclut-elle des activités pour aider les jeunes à comprendre et développer leurs propres valeurs et attitudes ?	_____	Quelle est votre appréciation de la mesure dans laquelle elle le fait ?	_____	_____
Les activités et le matériel de l'intervention comportent-ils des arguments convaincants en faveur d'un comportement sexuel sûr ?	_____			_____
L'intervention encourage-t-elle les jeunes à rechercher activement des informations ?	_____			_____
L'intervention fournit-elle des informations pour corriger les idées fausses sur les influences et les normes sociales ?	_____			_____
L'intervention sensibilise-t-elle aux influences négatives et sociales, y compris la pression de pairs ?	_____			_____
L'intervention aide-t-elle les jeunes à résister aux influences sociales négatives en enseignant la capacité à faire face et l'affirmation de soi ?	_____			_____
Sont-ils encouragés à obtenir une aide sociale positive ?	_____			_____
D'autres groupes cibles sont-ils également encouragés à comprendre et développer leurs valeurs, normes et attitudes ? Par exemple les animateurs, les écoles, les parents, la communauté locale ?	_____			_____
L'intervention utilise-t-elle des modèles de rôles pour enseigner au groupe cible à résister à l'influence sociale ?	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable





17. L'intervention inclut-elle une formation à des compétences interactives ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Les jeunes sont-ils formés aux compétences suivantes ?		Quelle est la qualité de la formation à des compétences ?		_____
- Dire NON : refuser les rapports sexuels qui ne sont pas volontaires, intentionnels ou protégés	_____	- Les participants exercent-ils eux-mêmes les compétences, par exemple dans des jeux de rôles ?	_____	_____
- Insister sur l'utilisation d'un condom ou une contraception	_____	- Les participants ont-ils un retour d'informations sur leur performance ?	_____	_____
- Utiliser des condoms correctement	_____	- La formation commence-t-elle par les situations les plus faciles pour progresser vers les situations les plus difficiles ?	_____	_____
- Compétences générales d'affirmation de soi (refuser la pression /les normes sociales)	_____			_____
- Obtenir des condoms ou une contraception ; visites avec d'autres élèves/étudiants soit à des pharmacies pour connaître l'endroit et le prix des condoms, soit à des centres de soins pour s'informer sur le recours à des services sanitaires	_____	Quelle est la qualité de la formation aux compétences ?		_____
- Compétences dans la négociation	_____	- Les participants pratiquent-ils les compétences eux-mêmes dans un jeu de rôles par exemple ?	_____	_____
- Autodéfense et fuite dans les situations d'abus sexuel	_____	- Un retour d'information est-il donné aux participants à propos de leur performance	_____	_____
La formation pour les animateurs inclut-elle une formation à certaines compétences ?		- La formation commence-t-elle par des situations plus faciles pour évoluer vers des situations plus difficiles ?	_____	_____
- Communication ouverte avec des jeunes sur la sexualité	_____			_____
- Une approche interactive dans l'enseignement, y compris les jeux de rôles	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

18. Les jeunes accèdent-ils à un soutien individuel ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'organisation fournit-elle un soutien et un conseil individuels, si nécessaire ?	_____	Le soutien et le conseil sont-ils de bonne qualité ?	_____	_____
- Le personnel a-t- reçu une formation sur ce soutien dans le domaine des SDSR ?	_____	Le système est-il de bonne qualité et donne-t-il des résultats ?	_____	_____
Y a-t-il un bon système en place pour référer des jeunes à des dispensateurs de soins accueillants?	_____	La politique a-t-elle été mise en œuvre ?	_____	_____
L'organisation (ou l'école) ont-elles une politique qui inclut des règles et des installations pour la sécurité, la santé et la protection des jeunes ?	_____	La politique est-elle complète ?	_____	_____

19. L'intervention favorise-t-elle la communication avec les parents ou d'autres adultes ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention encourage-t-elle les élèves/ les étudiants à parler des questions afférentes avec leurs parents ou d'autres adultes auxquels ils font confiance, dans l'application d'activités comme des tâches à la maison ?	_____	Comment appréciez-vous sa qualité ?	_____	_____
L'intervention fournit-t-elle à des parents ou d'autres adultes des informations sur le programme et des thèmes pertinents liés à l'éducation sexuelle et aux SDSR ?	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

20. Les thèmes de l'intervention sont-ils traités selon une succession logique ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention est-elle logiquement structurée ?	_____	Comment appréciez-vous sa qualité ?	_____	_____
Les thèmes suivants sont-ils considérés?				_____
1. Estime de soi	_____	Sont-ils exécutés dans cette succession logique (ou dans une autre succession logique) ?	_____	_____
2. Développement de l'adolescent	_____			_____
3. Droits, genre	_____			_____
4. Sexualité, intimité, amour, relations	_____			_____
5. Problèmes de la santé sexuelle (IST, VIH/sida, grossesse non planifiée, abus sexuel)	_____			_____
6. Sexualité sûre et consensuelle	_____			_____
7. Comportement pour réduire la vulnérabilité, prévention des risques sanitaires	_____			_____
8. Connaissances, valeurs, attitudes, obstacles de ce comportement	_____			_____
9. Compétences nécessaires pour avoir ce comportement	_____			_____
10. Soutien dans les problèmes de santé sexuelle	_____			_____
11. Plans d'avenir	_____			_____
12. Communication de leçons tirées	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

21. L'intervention est-elle attrayante pour le groupe cible ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
L'intervention (les activités et le matériel) sont-ils adaptés au groupe cible spécifique (par ex. correspondent-ils au stade du développement, aux compétences linguistiques et en matière de communication, aux niveaux d'alphabétisation) ?	_____	Quelle est votre appréciation de sa qualité ?	_____	_____ _____ _____
La forme et l'habillage de l'intervention sont-ils attrayants pour des jeunes (images, couleurs, figures nettes et vives ; bonnes matrice et lisibilité des caractères pour le groupe cible ?	_____			_____ _____ _____
Avez-vous motivé les jeunes à participer à l'intervention, en garantissant la sécurité et la confidentialité, en donnant des incitations à participer et en organisant un moment et un endroit agréables ?	_____			_____ _____ _____
L'intervention (activités et matériels) est-elle attrayante et fonctionnelle pour les animateurs (taille et poids maniables ; solidité et durabilité ; coût raisonnable ; description logique de toutes les leçons et tous les thèmes y compris les objectifs, l'aperçu général des leçons, l'organisation des activités, les conseils et les informations de base) ?	_____			_____ _____ _____ _____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

22. L'intervention a-t-elle été testée ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Les aspects suivants de l'intervention ont-ils fait l'objet de tests préliminaires :		A-t-elle été testée préalablement auprès de jeunes et d'animateurs ?		_____
- Le fait de savoir si les jeunes et les applicateurs ont aimé les activités et les ont trouvées pertinentes	_____		_____	_____
- Leur interprétation de ces activités	_____	Comment appréciez-vous la qualité ?	_____	_____
- L'amélioration possible de ces activités	_____		_____	_____
Des modifications et améliorations ont-elles été apportées après l'expérience pilote ?	_____	Dans quelle mesure les modifications pourront-elles diminuer l'impact de l'intervention ?	_____	_____
L'intervention a-t-elle fait l'objet d'un projet pilote (mise en œuvre complète à faible échelle) ?	_____		_____	_____
Des modifications et améliorations ont-elles été apportées après le projet pilote ?	_____	A-t-elle été pilotée auprès de jeunes et d'animateurs ?	_____	_____
		Comment appréciez-vous la qualité ?	_____	_____
		À quel point les modifications pourraient-elles diminuer l'impact de l'intervention ?	_____	_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

E. Adoption et mise en œuvre (étape 5)

23. Qu'avez-vous fait pour augmenter l'adoption de l'intervention ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Avez-vous organisé des activités d'adoption/d'acceptation pour les personnes suivantes :		Comment appréciez-vous la qualité ?		
- Nouveaux animateurs	_____		_____	_____
- Parents, communauté au sens large	_____			_____
- Direction de l'organisation/de l'école	_____			_____

24. L'intervention est-elle mise en œuvre par des animateurs adéquats ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Les animateurs choisis présentent-ils les caractéristiques suivantes :		Comment appréciez-vous leur qualité ?		
- Avoir de bons contacts avec les jeunes et être sympathique pour eux	_____		_____	_____
- Avoir de l'expérience dans l'éducation SDSR et une aisance à parler de sexualité avec les jeunes	_____			_____
- Motivation à œuvrer aux SDSR des jeunes	_____			_____
- Capacité à servir de modérateur et à ne pas vouloir imposer ses propres normes et valeurs	_____			_____
- Capacité à maintenir la confidentialité	_____			_____
- Absence de préjugés sur les sexes	_____			_____

++ excellent + bon +/- à améliorer -- aucunement fait x inapplicable

25. Les animateurs reçoivent-ils une formation et un soutien pour mettre en œuvre l'intervention convenablement ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Les animateurs ont-ils reçu une formation pour avoir des compétences dans la mise en œuvre de l'intervention, la SRH des jeunes, l'enseignement interactif, les techniques de l'enseignement participatif, la compréhension et l'élaboration d'attitudes et de valeurs, le contenu de l'intervention, le conseil ?	_____	Comment appréciez-vous sa qualité ?	_____	_____ _____ _____ _____
Des procédures de soutien ont-elles été mises en place ? - Cours de remise à niveau et/ou coaching - Réunions de récapitulation/de retour d'informations - Supervision et contrôle - Soutien et retour d'informations sur le terrain	_____ _____ _____ _____			_____ _____ _____ _____

26. La mise en œuvre est-elle durable ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Avez-vous réalisé ou recherchez-vous la durabilité dans la mise en œuvre (dans une école, une organisation) ?		Comment appréciez-vous sa qualité ?		
- Savez-vous motiver des bénévoles et continuer à faire en sorte qu'ils s'engagent ?				
- Prévoyez-vous d'obtenir un financement et un soutien suffisants ?				
- Est-il certain que les exécutants recevront une récompense (par ex. des certificats) ?				
Avez-vous incorporé ou cherchez-vous à incorporer l'intervention dans une politique gouvernementale ?				
- Avez-vous reçu le soutien du gouvernement pour votre intervention ?				
- La formation des animateurs (par ex. des professeurs) est-elle homologuée ?				
- L'intervention avait-elle été élaborée de telle sorte qu'elle s'harmonise avec des orientations/politiques nationales ?				

F. Contrôle & évaluation (étape 6)

27. Avez-vous évalué le changement dans des déterminants comportementaux (évaluation du résultat) ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Avez-vous mesuré le changement dans des déterminants comportementaux (connaissances, attitudes, perception du risque, influence sociale, auto-efficacité, intention) ?	_____	Quelle est votre appréciation de la qualité de l'évaluation ? - Outils, recueil de données - Fiabilité	_____	_____ _____ _____
Avez-vous mesuré le changement dans le comportement sexuel des jeunes (à court et long terme) ?	_____	- Lien entre les aspects qualitatifs/quantitatifs	_____	_____ _____

28. Avez-vous effectué un suivi de la conception et de la mise en œuvre de l'intervention (évaluation du processus) ?

Indicateurs : Activité	++ + +/- -- x	Indicateurs : Exécution	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions d'amélioration
Dans quelle mesure avez-vous mesuré si la conception de l'intervention présente les caractéristiques d'une intervention efficace sur l'éducation sexuelle ?	_____	Quelle est votre appréciation de la qualité de l'évaluation ? - Outils, collecte de données - Fiabilité	_____	_____ _____ _____
À quel point avez-vous mesuré si le contenu, les activités et le matériel ont les caractéristiques d'interventions efficaces sur l'éducation sexuelle ?	_____	- Rapport qualitatif/quantitatif	_____	_____ _____

Indicateurs :	++ + +/- -- x	Indicateurs :	++ + +/- -- x	Commentaires suggestions
Activité		Exécution		d'amélioration
Dans quelle mesure avez-vous évalué si l'intervention a été mise en œuvre conformément au plan ?				
- L'intervention a-t-elle été mise en œuvre dans le cadre pour lequel elle avait été conçue ?	_____			
- Toutes les activités ont-elles été exécutées ?	_____			
- Des activités pour augmenter l'utilisation de condoms ont-elles été intégrées ?	_____			
- Les activités sur les questions sensibles (par ex. la masturbation et l'orientation sexuelle) et toutes les méthodes d'éducation (comme le jeu de rôles) ont-elles été intégrées ?	_____			
- Avez-vous remarqué que l'efficacité de l'intervention diminue si toutes les activités et méthodes éducationnelles ne sont PAS appliquées ?	_____			
Avez-vous mesuré le changement dans le comportement (et les déterminants) de certains animateurs ?	_____			



4. ARRIÈRE-PLAN DES CARACTÉRISTIQUES

Cette section contient des informations générales sur chacune des 28 caractéristiques présentées dans l'outil. Ces renseignements reposent sur des données disponibles - en grande partie tirées du réexamen de Kirby et de ses collègues. Nous avons parfois inclus des informations dont l'efficacité n'est pas ou guère prouvée, mais qu'il convient de mentionner dans la perspective des droits des jeunes.

A. Participation (étape 1)

Il est probable que des interventions élaborées sur le bureau d'un planificateur seront moins efficaces que les programmes qu'une équipe de planificateurs crée en étroite collaboration avec les jeunes, ceux qui travaillent avec des jeunes et d'autres personnes qui tireront parti du programme et de ses effets.

1. Les personnes adéquates sont-elles dans l'équipe du projet ?

Il est plus probable que les interventions planifiées par une équipe de personnes dotées d'une expertise spécifique dans l'éducation SDSR pour les jeunes seront efficaces.²³ Les données disponibles montrent que l'équipe participant à la planification de l'intervention devrait se composer de personnes provenant d'horizons différents. Le choix des personnes de l'équipe dépend de l'étendue, du contenu et du groupe cible de l'intervention ainsi que de l'endroit et de la manière de sa mise en œuvre.

De préférence, les interventions sont planifiées par un équipe de spécialistes qui collaborent du début à la fin et ont une expertise dans les domaines suivants :

- *Gestion de projet*
- *Recherche* (exécution de l'évaluation des besoins/l'analyse de situation ; tests préliminaires ; contrôle et évaluation) ;

- *SDSR de jeunes* (statistiques, culture des jeunes)
- *Théories du changement de comportement* (déterminants, changement de comportement)
- *Conception d'interventions SDSR pour les jeunes* (développement d'interventions ; méthodes éducatives ; matériels et activités ; éléments de conception d'une intervention efficace ; familiarité avec la culture et les valeurs)
- *Mise en œuvre d'interventions SDSR pour les jeunes* (s'entretenir sur la sexualité avec les jeunes et la communauté en général)

Parfois, une personne peut être experte dans plus d'un domaine, mais l'équipe comprend souvent plusieurs personnes. Dans de nombreux projets, des consultants sont engagés pour exécuter certaines tâches. Par exemple, un chercheur conduit uniquement sa recherche mais il ne participe pas à d'autres étapes de la conception de l'intervention. Ou bien le concepteur d'une intervention ne participe qu'à l'étape de la production de matériel. Il pourrait en résulter une planification dispersée d'activités autonomes. Mais si les spécialistes participent à toutes les étapes de la planification, il est probable qu'ils comprendront mieux l'ensemble du processus. À son tour, cette meilleure compréhension renforcera la qualité de l'intervention et de sa mise en œuvre.

2. Des jeunes participant-ils à la planification de l'intervention ?

Les jeunes peuvent participer à des programmes sur le VIH/sida et les SDSR de différentes manières. Ainsi, des partenariats à un niveau local pourraient faire appel à des jeunes dans la planification et l'élaboration de programmes, les projets d'éducation par les pairs, les clubs et les équipes sportives animés par des jeunes et les journaux dirigés par des jeunes. La participation de jeunes est de plus en plus fréquente dans la défense de droits, l'élaboration de politiques, la gouvernance et l'évaluation. La participation constructive de jeunes à toutes les étapes de la planification de l'intervention est un de leurs droits.²⁴ Il existe peu de recherches sur l'incidence de cette

participation, et elles concernent principalement l'efficacité de l'éducation par des pairs. Des renseignements supplémentaires à ce sujet figurant dans l'arrière-plan de la caractéristique²⁴.

Plusieurs études (conduites au Nigéria, au Ghana et en Zambie) montrent que la participation de jeunes à l'élaboration d'une éducation sexuelle (développement et conception de matériel) a une incidence sur le comportement sexuel du groupe cible.^{25,26} Les données disponibles générales montrent que la participation des bénéficiaires à toutes les étapes de la planification augmente l'efficacité des interventions.²⁷

Une méthode efficace pour organiser la participation est de créer un groupe de travail d'environ 10 jeunes (avec participation équilibrée des deux sexes, et qui soit représentatif de la population cible). La contribution des jeunes peut se situer au niveau de la conception du plan/de la proposition de projet ; elle peut consister à répondre à des questions dans l'évaluation des besoins/l'analyse de situation ; se placer dans l'interprétation des conclusions de l'analyse et dans la décision sur les objectifs ; avoir lieu lors de la conception de l'intervention (y compris du contenu, des méthodes éducatives et des tests préliminaires) ; et à être des pairs éducateurs lors de l'exécution.

La situation idéale est qu'un seul groupe de travail soit composé à la fois de jeunes et d'animateurs. Dès lors, les jeunes peuvent eux-mêmes expliquer leurs besoins aux animateurs, et les animateurs peuvent aider les jeunes à apporter la meilleure contribution possible.

L'ouvrage *Youth participation Guide : Assessment, Planning, and Implementation* (« Guide de la participation des jeunes : évaluation, planification et réalisation ») de Family Health International présente de nombreux documents utiles à ce sujet.²⁸

3. Des animateurs participent-ils à la planification de l'intervention ?

Il est plus probable que les interventions élaborées conjointement avec les personnes qui les mettent en œuvre (professeurs, animateurs pour la jeunesse, pairs éducateurs) seront mises en œuvre conformément au plan, ce qui entraînera un impact plus important sur les jeunes.

La participation de ces animateurs est importante. Elle augmente leur implication, et elle contribue à créer une intervention qui est attrayante pour eux. Elle garantira également que le contenu, les activités et les instructions seront conviviales pour les utilisateurs.

Un moyen de faire participer les jeunes est de créer un groupe de travail représentatif d'environ 10 jeunes avec (de préférence) une représentation équilibrée des deux sexes. Les animateurs participent dès le début, en apportant un retour d'informations et une contribution aux étapes pertinentes de la planification : la conception du plan/de la proposition de projet, l'évaluation des besoins/l'analyse de situation (comme personnes interrogées), l'interprétation des conclusions de l'analyse et la prise de décisions sur les objectifs, par exemple. Leur participation est particulièrement importante pendant la conception de l'intervention (y compris sur le contenu, les méthodes éducatives et les tests préliminaires), lorsque la mise en œuvre commence et si le programme est prolongé - en tant que formateurs d'autres formateurs.

La situation idéale est de constituer un groupe de travail qui comprenne tant des animateurs que des jeunes. Une fois que les jeunes ont eux-mêmes expliqué leurs besoins aux animateurs, les animateurs peuvent aider les jeunes à contribuer au projet le mieux possible.

4. Les décideurs concernés participent-ils à la planification de l'intervention ?

Le réexamen général de Kirby et de ses collègues a révélé qu'une caractéristique des interventions SDRS efficaces est que le personnel du projet avait obtenu au moins le soutien minimum des autorités appropriées comme le ministère de la Santé, des quartiers d'écoles ou des organisations de la communauté locale.²⁹ Ce soutien est essentiel, particulièrement pour le succès de l'intervention à long terme. En effet, si les décideurs concernés participent au projet dès le départ, ils s'y impliqueront plus probablement en considérant que c'est aussi « leur » projet. Ceci atténuera des obstacles et la résistance de la mise en œuvre.

Une méthode possible consiste à créer un conseil consultatif qui réunit des représentants des principaux décideurs. Ce conseil a pour tâche de fournir à l'équipe du projet un retour d'informations et des conseils à certaines étapes de la planification. L'avantage est que l'intervention peut dès lors devenir une partie de politiques nationales/régionales sur, par exemple, des normes éducatives ou des stratégies de la santé.

Il existe trois catégories de décideurs concernés :

Pour garantir la mise en œuvre de l'intervention pendant une période prolongée, il est souvent nécessaire d'obtenir au moins le soutien minimum d'autorités, comme le ministère de l'Éducation nationale (pendant la mise en œuvre dans les écoles), le ministère de la Santé et le ministère de la Jeunesse (ou un ministère responsable de politiques et de programmes pour les jeunes).

Une autre catégorie de décideurs comprend des organisations de la communauté et des dirigeants qui sont nécessaires pour appliquer pleinement l'intervention. Ce sont notamment les parents et la communauté élargie, les chefs religieux/ de la communauté et (si des écoles participent) l'administration scolaire, le conseil d'administration de l'école et le personnel scolaire.

Un troisième groupe de décideurs est particulièrement important pour la collaboration durant l'élaboration et la mise en œuvre : ce sont les spécialistes de l'éducation SDR et d'éventuelles (futurs) agences de financement. Il s'agit, par exemple, d'une commission nationale pour le SIDA, d'une association de planning familial, d'organisations donatrices, d'organisations non-gouvernementales pertinentes (spécialisées dans des domaines comme l'abus sexuel, la grossesse des adolescentes ou la défense de droits), de dispensateurs de soins, d'organisations pour la jeunesse, de conseillers juridiques et d'autres organisations de la communauté.

Mais en faisant participer des décideurs trop nombreux – dont chacun a son propre ordre du jour –, on pourrait ralentir l'ensemble du processus. Par conséquent, réfléchissez avant d'inviter une personne à vous rejoindre.

B. Évaluation des besoins/analyse de situation (étape 2)

La deuxième étape est l'évaluation des besoins/l'analyse de situation. Dans une évaluation des besoins, les planificateurs évaluent les valeurs, les ressources et les compétences des jeunes eux-mêmes. Dans l'analyse de situation, les valeurs, les ressources et les capacités de leur communauté sont analysées. Ces facteurs pourraient soit aider à répondre aux besoins de jeunes, soit être des obstacles qu'il faut surmonter.

5. L'intervention repose-t-elle sur une évaluation des besoins ?

Les interventions qui reposent sur une évaluation des besoins et des atouts des jeunes seront probablement plus efficaces.³⁰ L'évaluation vise à comprendre ces besoins : qu'est-ce qui est le plus important pour les jeunes ? Quels sont les sujets, les méthodes et les personnes qu'ils préféreraient dans une éducation à sexualité ? Bien entendu, les concepteurs élaboreront des programmes qui correspondront mieux aux besoins et atouts des jeunes, et qui sont plus efficaces, s'ils disposent de lignes directrices à ce sujet.

L'évaluation des besoins peut être conduite au niveau universitaire et être approfondie. Mais toutes les organisations n'ont pas le temps, l'expertise ou les ressources nécessaires à cette fin. Il est conseillé d'avoir pour priorités de recueillir des données épidémiologiques existantes sur les SDR, et de se faire une idée précise du comportement sexuel des jeunes ainsi que des déterminants qui influencent celui-ci. Dans ce chapitre 2, nous présentons un modèle de comportement et de déterminants.

Des informations (des données disponibles) peuvent être tirées de différentes sources comme la littérature, les publications existantes ou l'Internet. De nouvelles informations peuvent être obtenues dans les discussions de groupe ciblées, les interviews, les réunions d'experts ou d'étude.

Des sujets qui peuvent être évalués sont :

- Qualité générale de la vie des jeunes : ce qu'ils préfèrent dans la vie ; ce qui les intéresse le plus, leurs principaux défis ; et la culture des jeunes dans laquelle ils vivent.
- L'étendue des problèmes SDSR parmi les jeunes : les taux de VIH/IST, la grossesse d'adolescentes, l'avortement, l'abus/le harcèlement sexuels, la stigmatisation et la discrimination.
- Comportement sexuel des jeunes : comportement/abstinence sexuels, utilisation de condoms, nombre/caractéristiques des partenaires sexuels, rapports sexuels consensuels, comportement de résolution des problèmes sexuels/de recherche de santé.
- Déterminants personnels du comportement : connaissances/ idées fausses, attitude/valeurs/croyances, perception du risque, compétences/estime de soi/confiance en soi, les perceptions de l'influence sociale, la pression de pairs.
- Déterminants de l'environnement dans le comportement : normes sociales, lois, disponibilité, caractère abordable du conseil, des services et fournitures, autres obstacles externes.

Tout aussi important que le contenu de l'évaluation est la manière dont les données sont recueillies et analysées. Ces activités devraient être conduites « objectivement » : les planificateurs devraient tenter de découvrir ce qui se passe réellement, et non ce qu'ils voudraient voir se passer. Il ne serait pas objectif de sélectionner seulement des informations qui confirment leurs propres perceptions et valeurs, par exemple. Voici quelques repères pour garantir la qualité de l'évaluation de besoins :

- Quels sont la fiabilité et la qualité des données ?
- Dans quelle mesure des données sont-elles applicables au groupe cible, au cadre et au contexte concernés ?
- Des données ont-elles été collectées auprès de représentants du groupe cible ?
- Des données ont-elles été collectées auprès d'adultes qui s'occupent des jeunes ?
- Des données ont-elles été collectées par des chercheurs/des assistants dotés d'une formation ?

- Des problèmes ont-ils été rencontrés dans l'évitement/la négociation de rapports sexuels et l'utilisation de condoms ou de contraceptifs a-t-elle été discutée ouvertement ?
- Quelle était la qualité de la collecte de données ?
- L'analyse de données a-t-elle été faite objectivement ?
- L'établissement de rapports sur les résultats a-t-il été fait objectivement ?

6. L'intervention repose-t-elle sur une analyse de situation ?

Les données disponibles^{31;32} indiquent que les interventions sont plus efficaces lorsque des structures, les compétences et les ressources existantes dans la communauté sont évaluées et utilisées pour la mise en œuvre. Le but de l'analyse de situation est d'acquiescer un aperçu de la communauté dans laquelle l'intervention est mise en œuvre, et de relier celui-ci au contexte (national) élargi de politiques et d'autres interventions mises en place pour les jeunes.

Dans l'analyse de situation, les planificateurs collectent et analysent des lois, des politiques et des réglementations liées à des jeunes/des adolescents et particulièrement à leur santé et leurs droits sexuels et de la reproduction (âge du consentement, genre, VIH/sida, abus sexuel, âge légal du mariage, avortement, etc.). Dans l'analyse, les planificateurs examinent en outre la mesure dans laquelle les lois, les politiques et les réglementations sont véritablement mises en œuvre.

Une deuxième catégorie d'informations porte sur les valeurs et les normes dans la communauté dans laquelle vit la population cible (les jeunes). Elles comprennent des valeurs liées à la sexualité, la position des filles et des garçons, l'abstinence, le mariage, le VIH/sida, la stigmatisation, la communication avec les jeunes au sujet de la sexualité, les condoms et autres contraceptifs, l'orientation sexuelle, l'abus sexuel, l'avortement, la grossesse et le droit des jeunes à prendre leurs propres décisions.

En plus des valeurs et des normes, les planificateurs devraient recueillir des renseignements sur les ressources disponibles dans la communauté. Ils peuvent tracer des réseaux de soins, y compris les corps de police, les assistants sociaux et la disponibilité de soins de santé, les services, les fournitures (condoms et autres contraceptifs) et le conseil. Ils peuvent également évaluer dans quelle mesure il est possible de collaborer avec ces organisations ou d'y référer des jeunes durant la mise en œuvre de l'éducation SDSR.

Quatrièmement, les planificateurs peuvent analyser le cadre de la mise en œuvre, pour avoir une idée précise des opportunités et des obstacles qui se présentent dans l'adoption et la mise en œuvre de l'intervention. Si elle prendra place dans une école, les planificateurs peuvent évaluer l'empressement de différents acteurs dans l'école (comme l'administration scolaire et d'autres instances) à adopter l'intervention, et examiner leurs connaissances, leurs idées fausses et leurs attitudes. D'autres facteurs à prendre en compte sont la disponibilité d'équipement sûrs et confortables pour l'intervention (par ex. une salle de classe), les fournitures (équipement vidéo), une photocopieuse, des crayons-feutres, un tableau de conférence, une collation pour les jeunes, des crayons, etc. ainsi qu'un personnel doté d'une formation et qui a le temps nécessaire.

Outre les informations générales sur le cadre de la mise en œuvre, les planificateurs peuvent conduire une analyse sur les animateurs prévus de l'éducation SDSR : que leur faut-il pour parvenir à mettre en œuvre l'intervention ? Les planificateurs peuvent considérer tant le comportement des animateurs que les déterminants : quelles sont les raisons qui leur permettent ou ne leur permettent pas de mettre en œuvre l'éducation sexuelle ? Quels sont leurs motivations dans ce domaine ? Dépend-elle de déterminants personnels (connaissances, attitude, compétences) ou de déterminants de l'environnement (matériel, aide sociale) ?

Enfin, les planificateurs peuvent recueillir et analyser des interventions existantes sur l'éducation SDSR (y compris le matériel, les programmes de cours ou des programmes spécifiques, des matériels d'information-éducation-communication (IEC), la formation dispensée par d'autres organisations pour le groupe cible concerné et les leçons tirées de la mise en œuvre).

Les informations dans l'analyse de situation peuvent être obtenues à partir de comptes rendus de documentation, d'interviews, de réunions d'experts et de débats entre des groupes cibles et différentes personnes dans la communauté, y compris des animateurs et d'autres organisations qui se consacrent aux SDSR des jeunes. La qualité des informations dépend de plusieurs facteurs, comme indiqué dans la caractéristique précédente (évaluation des besoins).

C. Objectifs (étape 3)

L'étape 3 encourage les planificateurs à décider les objectifs de l'intervention. Ils peuvent fonder leurs choix sur des renseignements obtenus à partir de l'évaluation des besoins/l'analyse de situation (étape 2).

7. Les objectifs sanitaires de l'intervention sont-ils définis avec précision ?

Quelle pourrait être, de l'avis des planificateurs, la contribution de l'intervention en termes d'une santé meilleure ? La plupart des organisations peinent à mesurer si l'éducation SDSR qu'elles accompliront amènera un changement concret dans par ex. la prévalence du VIH/sida, les IST, la grossesse non souhaitée, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, la stigmatisation ou la violence sexuelle. Toutefois, des objectifs sanitaires précis permettent de définir les grands axes et le cadre de l'intervention.³³

En général, une éducation SDRS a pour but de diminuer la vulnérabilité des jeunes et de promouvoir leur santé et leurs droits. En ce qui concerne les objectifs sanitaires, ils peuvent être différents pour chaque groupe cible et contexte particuliers. Des exemples des objectifs sanitaires d'une éducation SDRS sont :

- Endiguer de nouvelles infections IST
- Empêcher l'évolution du sida chez les personnes qui vivent avec le VIH
- Augmenter l'égalité des sexes
- Réduire la prévalence de la violence fondée sur le genre, le harcèlement et l'abus sexuels
- Réduire de nouvelles infections IST
- Réduire la grossesse involontaire
- Réduire la prévalence des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions
- Diminuer la discrimination et la stigmatisation liées au VIH, à l'orientation sexuelle et au genre
- Augmenter les tests, les visites à des VCT et des services sanitaires

L'éducation SDRS diffère de la prévention du VIH/sida et des grossesses parce qu'elle rattache tous les problèmes sanitaires liés à la sexualité et la reproduction rencontrés par les jeunes, plutôt que de se concentrer sur des questions isolées.

8. Les messages comportementaux pour les jeunes sont-ils clairs et cohérents ?

La communication de messages clairs, univoques, faciles à comprendre et axés sur le comportement sexuel que les jeunes peuvent adopter est l'une des plus importantes caractéristiques de programmes d'éducation efficaces en matière de SDRS/sexualité.³⁴ Les jeunes devraient recevoir des informations suffisantes, correctes, mises à jour et logiques sur les options du comportement préventif, afin de pouvoir prendre leurs propres décisions sur leur comportement sexuel. Dans la Carte conceptuelle de l'intervention, ces messages comportementaux sont appelés « comportement de promotion de la santé ».⁵

Des messages clairs pour les jeunes sont notamment

1. Abstenez-vous de toutes activités sexuelles.
2. Ayez des rapports sexuels consensuels et sûrs.
3. Reportez vos premiers rapports sexuels en pratiquant d'autres activités sexuelles.
4. Utilisez des contraceptifs.
5. Utilisez un condom chaque fois que vous avez un rapport sexuel.
6. Évitez d'avoir plusieurs partenaires ou d'avoir des rapports sexuels avec des personnes qui ont plusieurs autres partenaires.
7. Recherchez des tests et un traitement VIH et IST.

Les programmes qui ne tiennent compte que du message de l'abstinence (ou du report) parmi les jeunes ne semblent avoir aucun effet sur le changement de comportement.

Ils influencent seulement l'attitude vis-à-vis de l'abstinence (ou du report).^{35,36,37} Les programmes complets d'éducation sexuelle abordant à la fois le report et l'utilisation de condoms se sont avérés efficaces dans le report des rapports sexuels et l'augmentation de l'utilisation de contraceptifs et de condoms.^{35,38,39}

Les messages comportementaux sont plus convaincants lorsqu'ils utilisent des informations tirées d'une évaluation de besoins. Ils recommandent adéquatement de reporter les premiers rapports sexuels, réduire le nombre de partenaires sexuels ou augmenter l'utilisation de condoms ou d'autres contraceptifs. Le message retenu dépend également de l'âge, l'expérience sexuelle, les valeurs de la famille et de la communauté locale, les circonstances sociales et la culture des jeunes visés par l'intervention. Il s'est avéré que le fait de relier des messages comportementaux à d'autres valeurs importantes des jeunes augmente l'efficacité de ces messages. On pourrait faire valoir que l'évitement de rapports sexuels ou l'utilisation d'un condom sont des attitudes « responsables » par exemple, ou déclarer que les jeunes devraient uniquement avoir des rapports sexuels consensuels et « se respecter eux-mêmes ».

Les données disponibles révèlent en outre que le fait de rendre le message comportemental plus spécifique contribue à mieux faire comprendre le lien entre le comportement à risques et les messages comportementaux.⁵ Dans le Mappage d'interventions, ce facteur s'appelle les objectifs de la performance, c'est-à-dire des actions spécifiques qui, ensemble, constituent le comportement. Par exemple, les objectifs de la performance dans l'utilisation de condoms par les jeunes sont : 1. Décider d'utiliser des condoms chaque fois que vous avez des rapports sexuels 2. Obtenir/acheter des condoms 3. Avoir toujours des condoms sur soi 4. Négocier l'utilisation de condoms avec le partenaire sexuel 5. Utiliser un condom chaque fois que vous avez un rapport sexuel 6. Utiliser les condoms correctement 7. Continuer à utiliser des condoms.⁴⁰

9. L'intervention tient-elle compte de tous les déterminants personnels pertinents et changeants ?

Les données disponibles^{22,18,41} montrent qu'il est plus probable que les interventions seront efficaces lorsqu'elles tiennent compte des déterminants qui sont à la fois pertinents (ils ont un impact distinct sur le comportement) et modifiables (ils peuvent être considérablement changés par des interventions réalisables). Aucun programme ne peut prendre en compte tous les déterminants qui influencent le comportement sexuel.

Les déterminants peuvent varier d'un contexte et d'une culture à l'autre. Mais des exemples utiles et des déterminants possibles⁴² de l'utilisation de condoms^{43,44} et de l'abstinence sont présentés dans plusieurs publications.^{45,38}

Dans le chapitre 2, nous avons vu que le comportement est modelé non seulement par un manque de connaissances, mais encore par de nombreux autres déterminants comme la perception du risque, les attitudes, l'influence sociale, les compétences et l'auto-efficacité, l'intention, des facteurs externes de même que le contexte culturel, religieux et sociétal.

Les planificateurs devraient donc revoir attentivement leur évaluation des besoins et décider quels sont les déterminants suffisamment importants et modifiables pour qu'ils soient repris dans l'intervention.

Kirby et ses collègues ont analysé de nombreuses publications et dressé un aperçu des déterminants personnels et de l'environnement qui sont, en général, modifiables et importants.⁴⁶

10. Fera-t-on assez pour promouvoir un environnement propice ?

Les données disponibles²¹ indiquent que la création d'un environnement propice est un aspect essentiel pour améliorer les SDR des jeunes. L'évaluation des besoins/l'analyse de situation donnent un aperçu des principaux obstacles et opportunités pour prendre en compte les SDR des jeunes. Toutefois, les planificateurs sont limités dans ce qu'ils peuvent faire, et peuvent être amenés à décider de se limiter à un faible nombre d'interventions, tout en laissant d'autres personnes ou organisations s'occuper des obstacles de l'environnement. Certaines possibilités de créer un environnement propice pour les jeunes sont décrites ci-dessous.

1. Une méthode consiste à augmenter la sensibilisation dans la communauté et auprès des parents. Il peut en résulter un soutien accru attribué aux SDR des jeunes et à leur éducation SDR/à la sexualité. Dans la pratique, cette méthode peut conduire à une meilleure acceptation par les jeunes eux-mêmes et plus de soutien pour eux. Par exemple, ils peuvent être aidés à obtenir des contraceptifs ou à informer la police d'un abus sexuel ou autre. Un autre objectif de l'accroissement de la sensibilisation peut consister à doter les parents d'informations et de compétences pour les aider à communiquer avec leurs enfants sur la sexualité et des sujets afférents.

2. Pour les jeunes, l'environnement peut notamment avoir pour obstacles les services sanitaires, les fournitures (comme les ARV, les condoms et autres contraceptifs) et le conseil. Ces facteurs sont indisponibles, trop chers ou ne sont pas conviviaux pour les jeunes.⁴⁷ Si des planificateurs ne peuvent pas mettre en place une intervention supplémentaire pour fournir ou améliorer ces services, ils peuvent décider de mettre en place un système permettant de référer les jeunes à des organisations de services (centre VCT, centre de soins, centre pour les jeunes).

3. Des efforts peuvent être déployés pour défendre les droits et la santé des jeunes et pour faire campagne en faveur de modifications des politiques et des lois qui font obstacle aux droits et à la santé de jeunes. Certains sites Internet donnent des renseignements plus précis à ce sujet.⁴⁸

Lorsque des planificateurs décident d'élaborer des interventions permettant de traiter les obstacles et les opportunités dans l'environnement de jeunes, ils peuvent définir des objectifs comportementaux et des objectifs de performance pour les personnes qui sont responsables. Ils peuvent également prendre en compte les déterminants du comportement de ces personnes, par exemple les connaissances, les attitudes et les compétences qu'elles doivent avoir pour être à même de fournir des services, changer des politiques ou soutenir les jeunes.

11. L'intervention repose-t-elle sur une approche globale ?

Il est probable que les interventions, reposant sur une approche globale de la santé et des droits sexuels et de la reproduction pour les jeunes, tiennent mieux compte des véritables besoins et problèmes des jeunes, et par conséquent contribuent à l'efficacité de l'éducation sexuelle.

Les interventions SDSR globales tiennent compte de plusieurs éléments à la fois, et tous sont décrits plus en détail ci-dessous : les droits sexuels et de la reproduction des jeunes, le genre, l'intégration de la prévention VIH dans le cadre élargi des SDSR et du développement des adolescents, la prise en

compte de toutes les options comportementales pour les jeunes et la création d'un environnement favorable.

1. Les interventions globales utilisent une approche fondée sur les droits,⁴⁹ ce qui signifie que - conformément à des déclarations que tous les pays ont signées - les jeunes ont le droit de développer et d'affirmer leur personnalité ; d'acquérir des connaissances ; de se protéger et d'être protégés par les autres ; d'accéder à des services sanitaires ; et de participer à la société. Un composant important d'une approche fondée sur les droits est l'égalité des sexes.^{50;51;52}

2. La prise en compte du genre signifie que si nécessaire et possible, les planificateurs prennent en compte les femmes et les hommes à égalité, dans le contenu comme dans la planification de l'intervention. Ils visent tant les femmes que les hommes dans leurs travaux, les impliquent tous dans la planification et de la mise en œuvre, et garantissent que les femmes et les hommes participent et soient pris au sérieux les uns comme les autres.

Le contenu de l'information peut tenir compte du genre en considérant la position et le statut des filles. L'éducation destinée aux filles devrait mettre en valeur qu'elles ont des capacités, ont des droits et peuvent « se maîtriser », tant en général qu'en résistant à des rapports sexuels non souhaités ou non protégés et en insistant sur l'utilisation d'un condom. L'éducation pour les garçons devrait inclure l'empathie et les capacités à « se mettre à la place des filles », leur apprendre à « se maîtriser », à agir de manière responsable et à respecter les filles.

3. L'inconvénient des interventions qui portent uniquement sur le VIH/sida est qu'elles tendent à se concentrer sur les risques du rapport sexuel non protégé, et qu'elles se fondent essentiellement sur la peur. Or, lorsque des jeunes entendent uniquement parler de la sexualité dans le cadre du sida (un aspect négatif), ils peuvent en tirer une vision pessimiste de la sexualité en général. En intégrant d'éducation en matière de VIH/sida dans le contexte élargi des SDSR, il est plus probable

que l'intervention présentera une conception positive de la sexualité. Mais il existe peu de données disponibles confirmant que cette éducation intégrée serait plus efficace que celle uniquement axée sur le VIH/sida. Par ailleurs, le risque de ce type d'approche est qu'elle peut être trop étendue, ce qui limite l'efficacité de l'intervention.

4. Les programmes qui portent uniquement sur le message comportemental (comportement favorable à la santé) ou l'abstinence parmi les jeunes (y compris le report du premier rapport sexuel) ne semblent avoir aucun effet sur le changement de comportement. Ils n'influencent que l'attitude par rapport à l'abstinence (ou au report).^{35,36,37} Les programmes consacrés tant au report du premier rapport sexuel qu'à l'utilisation de condoms (programmes complets) se sont avérés efficaces dans la promotion de l'utilisation de contraceptifs et de condoms.^{35,38,39}

Dans une perspective fondée sur des droits, les interventions devraient encourager les jeunes à prendre leurs propres décisions dans le domaine de la sexualité en fournissant des informations correctes et complètes qui ne sont pas moralisantes, sur des options comportementales.

Des données disponibles provenant des É.-U. montrent que les programmes efficaces soulignent très clairement que les jeunes ne devraient pas pratiquer le sexe non protégé. Ces programmes présentent souvent les données disponibles de manière tendancieuse pour conforter cette assertion. Mais dans une approche fondée sur les droits, le message comportemental est que les jeunes devraient toujours pratiquer le « sexe sûr » (c'est-à-dire qu'ils devraient se protéger contre le VIH/sida, les IST et la grossesse non planifiée), n'avoir que des rapports sexuels consensuels et ne pratiquer le sexe que lorsqu'ils y sont prêts. Les données disponibles montrent que les programmes qui se contentent de présenter les avantages et les inconvénients d'une attitude, puis laissent les jeunes décider eux-mêmes, n'ont aucune efficacité en ce qui concerne le changement de comportement.

5. Dans une approche globale, les planificateurs tiennent également compte de facteurs externes, créant ainsi un environnement qui réunit les conditions favorables à une mise en œuvre et aux besoins des jeunes. Pour des planificateurs, il peut s'avérer nécessaire de considérer la législation et l'élaboration de politiques, les services sanitaires et le conseil ainsi que la disponibilité de fournitures telles que des condoms. Dans certains cadres, il est plus important de prendre en main les facteurs de l'environnement que de fournir une éducation sexuelle aux jeunes. Par exemple, dans l'une des provinces de l'Inde, le gouvernement avait interdit l'éducation à la sexualité. Les planificateurs ont commencé par faire campagne pour le besoin d'éducation dans ce domaine, contribuant à supprimer l'interdiction avant de pouvoir mettre en œuvre des interventions dans les écoles.

D. Conception d'intervention sur la base de données disponibles (étape 4)

L'étape 4 consiste à intégrer des théories et des données disponibles pertinentes dans des méthodes et des activités efficaces, et à intégrer d'autres moyens d'augmenter l'efficacité des interventions. Les interventions peuvent comprendre un certain nombre d'activités différentes dont certaines sont fournies par d'autres personnes et organisations.

12. L'intervention est-elle explicite sur la sexualité ?

Les interventions SDSR efficaces se fondent sur une communication explicite à propos de la sexualité.^{2,35,53,54,55,56} Nombre de gens pensent que si l'on commence à parler de sexualité et de condoms à des jeunes, ils se sentiront encouragés à avoir des rapports sexuels. Mais de très nombreuses données disponibles montrent que la communication explicite n'augmente pas l'activité sexuelle des jeunes. Elle conduit même parfois à un report des rapports sexuels (s'il est souligné que l'absence de rapports sexuels est l'option la plus favorable et la plus sûre).

Nous entendons par communication explicite que le matériel et les personnes qui s'entretiennent avec les jeunes mentionnent les parties génitales et expliquent ce que l'on veut dire par sexe, sexualité, rapports sexuels, contraceptifs, condoms, etc. Les sujets peuvent varier d'un groupe cible à l'autre. Par exemple, ce qui est pertinent pour des enfants de l'école primaire ne l'est pas pour des élèves de l'école secondaire.

Le contact avec les jeunes au cours de l'intervention déterminera le succès de celle-ci. Conformément à une approche fondée sur les droits, la sexualité devrait être évoquée de manière positive. La sexualité devrait être présentée comme une activité que les jeunes pourraient aimer et qui est agréable.

Les jeunes devraient être acceptés en tant qu'êtres sexuels, qu'ils soient sexuellement actifs ou non à l'époque de l'intervention. Ils devraient également être considérés comme capables de prendre leurs propres décisions. L'intervention devrait leur communiquer des informations adéquates les rendant à même de faire leurs propres choix. Et comme aucun être n'est semblable à un autre, il convient de les considérer comme un groupe très diversifié d'individus uniques, et leur présenter différentes options qui leur conviendraient.

Lorsque l'éducation à la sexualité est mise en œuvre par des animateurs (tels que des animateurs pour la jeunesse, des pairs éducateurs ou des enseignants), ceux-ci peineront peut-être à avoir des discussions franches, explicites et dépourvues de jugement sur la sexualité. Une formation et un soutien adéquats pour les animateurs, comme une formation à l'acquisition de compétences, est donc essentielle.

13. Les animateurs créent-ils un cadre sûr pour que les jeunes participent ?

Dans le réexamen de Kirby, l'une des caractéristiques des interventions efficaces est qu'elles créent un cadre sûr pour que les jeunes participent à l'éducation sexuelle.⁵⁷

En définissant les règles fondamentales de la participation au groupe, les animateurs contribuent à instaurer une atmosphère de confiance. Ils pourraient décider d'élaborer ces règles conjointement avec les jeunes. Certaines règles de base sont

- ne jamais tourner quelqu'un en ridicule,
- ne jamais poser de questions moralisatrices,
- la confidentialité,
- respecter le droit de s'abstenir de répondre à des questions,
- reconnaître que toutes les questions sont des questions légitimes,
- ne pas interrompre les autres,
- respecter les opinions d'autrui,
- les opinions exprimées dans le groupe ne sont jamais discutées en dehors du groupe.⁵⁸

D'autres moyens de rendre la participation aux débats et autres activités plus facile pour les jeunes sont :

- mettre en place des activités pour briser la glace (des activités qui aident les participants à faire connaissance et donc à bien fonctionner tout de suite en tant que groupe)
- travailler avec des groupes unisexes pour certains thèmes ou l'ensemble de l'intervention
- reconnaître les mérites et approuver de manière positive
- organiser l'intervention dans des locaux ou une salle adéquate et à des heures appropriées pour les jeunes
- mettre en place à l'école une politique de la santé avec des installations, des règles de comportement et une protection contre le harcèlement, l'abus et la discrimination
- élaborer un règlement sur l'interaction entre les professeurs et les étudiants ainsi que le transfert à des services et une consultation accueillants pour les jeunes

14. L'intervention fournit-elle des informations correctes et complètes ?

La fourniture d'informations correctes n'est pas seulement un devoir éthique, elle est aussi indispensable à l'efficacité.⁵⁹ Certains facteurs qui contribuent à une communication efficace des informations figurent ci-dessous.

Il y a lieu de donner des informations correctes et complètes. Les mythes et les idées fausses sur des sujets sensibles comme les condoms, la masturbation et la diversité sexuelle devraient être corrigés. Les informations devraient reposer sur des faits et non sur des valeurs : des faits et des chiffres devraient être mentionnés en indiquant les sources d'information. Tous les renseignements devraient être ajustés au groupe-cible en considérant l'âge, le niveau d'alphabétisation, l'arrière-plan ethnique et le genre.

Les informations devraient être transmises au travers d'un apprentissage actif pour lequel la participation et le travail en petits groupes sont excellents. Des théories^{60,61} montrent que la participation active est plus efficace que l'écoute passive pour assimiler des informations. Le matériel et les activités devraient encourager les participants à appliquer les informations à leur propre vie. Les méthodes d'enseignement interactif sont notamment les exposés succincts, les débats en classe, les travaux en petits groupes, les présentations vidéos, les récits, les jeux de rôles, les jeux compétitifs, les feuilles de calcul, les tâches à la maison (par ex. des entretiens avec les parents ou amis), les visites aux pharmacies, les visites aux centres de soins, les boîtes à questions, les lignes vertes, les démonstrations de l'utilisation de condoms, les jeux-concours, etc.

D'habitude, la participation est plus difficile à instaurer dans un cadre scolaire qu'au dehors de celui-ci. Souvent se pose le problème du manque de temps, et les professeurs peinent à amener leurs élèves à avoir une approche interactive/ludique, car ils n'en ont pas l'habitude ou n'ont pas la formation nécessaire pour enseigner ainsi.

La fourniture d'informations correctes et complètes ne se limite pas aux interventions destinées aux jeunes. Bien entendu, elle concerne toutes les personnes qui reçoivent des informations comme les animateurs, le personnel des écoles, les parents, la communauté locale et tous ceux qui participent aux activités des interventions.

15. L'intervention tient-elle compte de la perception du risque ?

Les interventions efficaces en matière de santé tiennent compte de la perception des risques personnels que les gens courent, tant en raison de leur propre susceptibilité à un problème de santé que de la gravité que le problème pourrait revêtir (par ex. le VIH/sida, d'autres IST, la grossesse, le harcèlement et l'abus sexuels).^{59,62,63} Mais la communication à propos de risques n'est efficace que dans certaines conditions. Les programmes uniquement fondés sur la peur ne donnent pas de résultats et peuvent même avoir un effet néfaste.

L'intervention a plus de chances d'augmenter la sensibilisation au risque si les jeunes acquièrent activement les informations et les appliquent à eux-mêmes. À cette fin, des activités interactives (travail en petits groupes, scénarios, jeux-concours) permettront aux participants d'évaluer leur risque personnel et la manière dont le VIH, les IST ou la grossesse non souhaitée les affecteraient.

Les interventions efficaces informent les jeunes sur leurs possibilités (leurs risques) d'être contaminés par des IST, le VIH/sida ou d'être enceinte par suite d'un comportement sexuel dangereux. La mise en œuvre peut faire valoir que ces situations arrivent très souvent à d'autres jeunes, et souligner que le risque ne dépend pas d'une personne mais de ses actes.

Les interventions SDSR efficaces expliquent en outre aux jeunes les conséquences négatives des IST, du VIH/sida et de la grossesse non souhaitée, à court et à long terme. Pour ce faire, on peut par exemple inciter les jeunes à réfléchir sur ce qu'ils

ressentiraient s'ils apprenaient qu'ils sont affectés par le VIH/sida ou ont une autre IST ou, pour les jeunes filles, qu'elles sont enceintes.⁶⁴ La méthode d'apprentissage pourrait être les débats en classe, des vidéos montrant l'histoire vécue de jeunes qui ont le VIH/sida ou de jeunes filles qui sont devenues enceintes et l'incidence de cette situation sur leur vie.

À côté d'informations sur le risque, il est très important que l'intervention motive les jeunes à prendre des mesures pour prévenir les IST, le VIH/sida et la grossesse non souhaitée. Sans cette motivation, les informations peuvent engendrer la peur et même avoir un effet négatif.⁶⁵ Les jeunes devraient être au courant de ce qu'ils peuvent faire pour prévenir les problèmes SDR (par exemple utiliser des condoms, s'abstenir de rapports sexuels), et ils devraient avoir la certitude d'arriver réellement à le faire. ⁶⁶ Les activités de renforcement des compétences sont utiles pour augmenter leur assurance.

16. L'intervention aide-t-elle les personnes à connaître et développer leurs propres attitudes, valeurs et sensibilisation à l'influence sociale ?

Selon toute vraisemblance, les interventions gagneront en efficacité si elles aident les personnes à connaître et développer leurs propres attitudes et valeurs, tout en leur expliquant l'influence des normes et d'autres facteurs.⁵⁹ Les attitudes et les normes sont des déterminants comportementaux importants, mais elles sont également difficiles à modifier. C'est un long processus, car les gens adoptent des valeurs et des attitudes de leur environnement social. Ils ont du mal à se tenir à leurs propres valeurs si ces dernières s'écartent de celles des personnes autour d'elles. Les données disponibles et les théories suggèrent des moyens efficaces d'aider les participants à comprendre et développer leurs propres attitudes et perceptions.

1. Les planificateurs peuvent encourager la compréhension et le développement de valeurs et d'attitudes personnelles par les différentes activités suivantes :

- Les discussions en groupe sur les avantages et les inconvénients d'avoir des rapports sexuels ou de porter un condom pendant des rapports sexuels, par exemple.
- Les débats dans lesquels les participants doivent défendre le contraire des idées évoqués ci-dessus.
- Le théâtre interactif, dans lequel le public joue un rôle dans une pièce.
- La recherche d'idées avec les participants sur le moyen d'éviter ou de fuir les situations qui peuvent conduire à un rapport sexuel, ou bien des circonstances de vie qui sont interprétées dans des modèles de rôles.

2. Les attitudes peuvent être modifiées en donnant aux personnes des arguments convaincants.⁶⁰ Dans cette perspective, l'intervention devrait souligner les raisons de reporter les rapports sexuels, de s'en abstenir, d'utiliser un condom et d'avoir toujours des rapports sexuels consensuels. Les propos sur les conséquences à court terme ont plus de chances d'avoir un impact que ceux sur les conséquences à long terme. Pour des jeunes, par exemple, être enceinte après avoir eu un rapport sexuel non protégé est probablement plus tangible que la conséquence à long terme de l'infection par le VIH/sida. Les arguments seront probablement plus convaincants s'ils reflètent les opinions et les valeurs du groupe cible concerné, en tenant compte de l'aspect négatif de la question traitée. Par exemple, des gens peuvent trouver des inconvénients à l'utilisation d'un condom pendant un rapport sexuel. Ils diront qu'il est difficile et embarrassant de trouver et d'acheter des condoms et d'en avoir toujours sur soi en cas de besoin. Et qu'il est gênant de parler à un partenaire sexuel de sexe et de condoms. De plus, l'utilisation de condoms n'est pas facile, et elle occasionne une perte de sensations. Dans l'intervention, ces aspects négatifs devraient être évoqués, non sans ajouter que les avantages sont plus importants (par ex. la santé, l'éducation, les projets d'avenir).

3. L'intervention a plus de chances de modifier ou de conforter des attitudes si les personnes obtiennent activement les informations et les appliquent à elles-mêmes. Dans la mise en œuvre, on pourrait proposer des occupations interactives (discussions de groupe, jeux-concours) qui permettent aux participants d'évaluer leurs propres valeurs, normes et perceptions, et de découvrir les raisons pour lesquelles ils devraient les modifier.

4. Lorsque les planificateurs évoquent l'influence sociale, ils considéreront tant ses composants réels que la perception de celles-ci par le groupe cible. Ils devraient informer sur l'influence sociale elle-même (les normes de la communauté, la pression sociale) tout en corrigeant les idées fausses et en donnant aux participants les capacités de résister aux pressions ou aux normes négatives. Par exemple, les jeunes croient parfois que tous les autres jeunes ont des rapports sexuels à partir de 16 ans. Des statistiques leur montreront qu'il n'en va pas ainsi. On peut donc communiquer à des jeunes des informations factuelles pour corriger certains préjugés.¹⁹

5. Un autre moyen efficace de prendre en compte les normes et l'influence sociales est d'utiliser des modèles de rôles positifs – ce sont des exemples avec lesquels les personnes peuvent s'identifier, et qui « modèlent » la façon de résister aux normes et à la pression sociales. Cette démarche s'appelle le modelage.

Encourager les gens à comprendre leurs propres valeurs, normes, attitudes et leur façon de percevoir l'influence des autres ne s'applique pas seulement aux interventions destinées aux jeunes. Bien entendu, cette démarche vaut également pour toutes les personnes et instances qui reçoivent des informations comme les animateurs, les écoles, les parents, la communauté locale et tous les autres participants aux activités d'une intervention. En particulier, les professeurs devraient devenir conscients de leurs propres perceptions et idées.

À cette fin, une session sur les valeurs personnelles pourrait être organisée pendant une formation d'animateurs.

17. L'intervention inclut-elle une formation aux compétences interactives ?

La formation à des compétences est l'un des composants les plus importants d'une éducation SDSR efficace.⁵⁹ Parmi les principales compétences à acquérir pour les jeunes figurent celles-ci :

- Dire NON : refuser le sexe indésirable, non souhaité ou non protégé ;
- Insister sur l'utilisation de condoms ou la contraception ;
- Utiliser des condoms correctement ;
- Avoir des compétences générales dans l'affirmation de soi (faire face à la pression/aux normes sociales¹⁹) ;
- Obtenir des condoms ou une contraception ; se rendre avec d'autres élèves ou étudiants soit dans une pharmacie pour connaître l'emplacement et le prix des condoms, soit dans des centres de soins pour s'informer sur le recours aux services de santé reproductive ;
- Rechercher des tests IST/VIH/HIV et un traitement ;
- Capacités de négociation ;
- Autodéfense et fuite dans les situations d'abus sexuel.

Différents moyens se présentent pour dispenser une formation à des compétences. La méthode la plus efficace est le jeu de rôles selon les étapes suivantes :

1. Commencer par les situations les plus simples et passer à des situations de plus en plus difficiles ;
2. Décrire oralement des composants des compétences ;
3. Modeler les compétences dans un jeu de rôles (créé par l'animateur ou à partir d'une vidéo ou d'un récit de modelage dans du matériel imprimé) en commençant par des situations faciles, puis en passant à des situations de plus en plus difficiles ;
4. Fournir une pratique individuelle par un jeu de rôles dans des groupes de deux à quatre participants, dans lesquels chacun s'exerce, par exemple, à refuser les rapports sexuels non souhaités ou à insister sur l'utilisation de condoms ;
5. Le retour d'informations de l'animateur et/ou d'autres jeunes ;
6. S'exercer dans des situations de la vie réelle (par ex. acheter un condom dans une pharmacie).

Les animateurs (et particulièrement les professeurs) peinent parfois à mettre en œuvre des activités de jeux de rôles dans un groupe de jeunes. Une alternative consiste à utiliser le modelage³⁷ ou le jeu dirigé pour former à des compétences, en invitant un bon modèle de rôle auquel les élèves et étudiants peuvent s'identifier, en passant une vidéo ou en utilisant des histoires de modèle de rôle dans du matériel imprimé.

Le renforcement des compétences devrait également être l'une des activités les plus importantes dans la formation pour les animateurs. Pour eux, les compétences utiles sont notamment la communication ouverte et non moralisatrice avec les jeunes sur la sexualité, et les moyens de recourir à une approche interactive dans l'enseignement.

18. Les jeunes accèdent-ils à un soutien individuel ?

Afin de prendre en compte les besoins de tous les jeunes participants (et d'être réellement efficace), l'intervention devrait inclure des possibilités d'apporter un soutien individuel.⁶⁷

Lorsque les jeunes reçoivent une éducation SDSR, celle-ci conduit parfois à la détection précoce de problèmes individuels (liés au développement adolescent ou aux VIH/SIDA, à des IST, à la grossesse, à l'abus et au harcèlement sexuels ou à la stigmatisation) et fait mieux comprendre le besoin de chercher une aide.

Les organisations ou les écoles de mise en œuvre devraient donc être préparées à apporter un soutien individuel, par exemple un conseil. Pour ce faire, elles devraient avoir le personnel adéquat, doté d'une formation et capable d'apporter aux jeunes un soutien de manière conviviale pour les jeunes ou de référer les jeunes à un dispensateur de soins ou à un conseiller professionnel en dehors de l'organisation scolaire. Elles devraient avoir mis en place un système de référence avec le nom de ces professionnels et l'endroit où il est possible de les joindre, par exemple des centres pour la jeunesse, des centres de soins de santé, des centres de tests et des conseillers individuels.

Les services et le système de référence peuvent faire partie d'une plus ample politique de la santé. Cette politique devrait également comporter un règlement et des installations dans l'organisation ou l'école en ce qui concerne la protection des SDSR des jeunes. Des règles devraient interdire la stigmatisation, le harcèlement, l'abus ou la discrimination ou porter, par exemple, sur le genre, l'arrière-plan ethnique, la religion, l'orientation sexuelle ou le VIH/sida.

19. L'intervention favorise-t-elle la communication avec les parents ou d'autres adultes ?

Lorsque des planificateurs élaborent des interventions pour les jeunes, les parents, d'autres adultes ou la famille au sens large devraient également participer à celles-ci. Cette présence augmenterait l'efficacité de l'intervention.

Cette participation pourrait varier et être très intense (débat, formation par exemple) à moins intense (informations dans des brochures ou des lettres par ex.) selon le contexte et la franchises avec laquelle la sexualité est abordée. Parfois, le consentement des parents doit être obtenu avant que des jeunes ne puissent participer à des cours d'éducation sexuelle.

Un moyen d'améliorer la communication entre les parents (ou d'autres adultes) et les jeunes est de prévoir des tâches à la maison, encourageant un jeune à parler du programme SDSR ou de sujets spécifiques à ses parents et à d'autres adultes dans lesquels il a confiance.

En outre, les planificateurs peuvent éclairer les parents et d'autres adultes sur le comportement sexuel des adolescents et des sujets pertinents comme la grossesse, les IST, le VIH/sida, la stigmatisation, la discrimination, l'abus et le harcèlement sexuels. Cet enseignement peut avoir lieu dans le cadre de rencontres, de débats, d'ateliers ou d'une formation.

20. Les sujets de l'intervention sont-ils couverts dans une succession logique ?

L'efficacité d'un programme dépend en partie de la présentation des activités et du matériel disponibles. Souvent, les interventions 1) augmentent la motivation d'une personne à éviter le VIH, d'autres IST ou une grossesse, en mettant en lumière sa propre susceptibilité et la gravité de la question. Elles transmettent 2) un message clair sur le comportement nécessaire pour diminuer les risques et 3) elles communiquent les connaissances, les attitudes et les compétences nécessaires pour changer ce comportement.

La succession de l'intervention peut varier selon les contextes, et elle dépend de son contenu. Voici un exemple de succession logique des sujets dans une éducation SDR étendue :^{2,68,69}

1. Estime de soi, point de départ pour apprendre à prendre ses propres décisions. Or, de nombreuses données disponibles montrent que l'estime de soi est difficile à modifier, et qu'elle nécessite des types de programmes très différents de l'éducation sexuelle habituelle ; il faudrait par exemple, dispenser une formation aux professeurs pour leur apprendre à enseigner très différemment. Les données disponibles ne révèlent aucun lien logique entre l'estime de soi et la prise de risques sexuels par les jeunes.
2. Développement de l'adolescent :
 - a. Changements physiques (par ex. menstruation, masturbation) ;
 - b. Changements émotifs ;
 - c. Changements psycho-sociaux (par ex. dans la relation avec les parents, des amis, des pairs) ;
3. Explication des droits qui donnent aux jeunes le pouvoir de prendre leurs propres décisions, y compris concernant le genre, la culture, les relations et le soutien social ;
4. Sexualité (pratiques sexuelles, sexualité et plaisir, intimité, amour et relations) ;

5. Problèmes de santé sexuelle (informations fondamentales sur le VIH, vivre avec le SIDA, avec d'autres IST, la grossesse et l'avortement ; raisons de la susceptibilité et gravité du problème) ;
6. Sexualité sûre et consensuelle (harcèlement et abus sexuels) ;
7. Comportement pour réduire la vulnérabilité et prévenir les risques de la santé (abstinence, report des rapports sexuels, utilisation de condoms, recours à la contraception) ;
8. Connaissances, valeurs, attitudes et obstacles liés à ce comportement ;
9. Compétences nécessaires pour avoir ce comportement ;
10. Soutien dans les problèmes de santé sexuelle (dans son propre environnement, soutien professionnel comme consultation, tests, soins, références pour un soutien ultérieur)
11. Projets d'avenir et notamment l'engagement des jeunes à rester fidèles à leurs décisions sur les actes qu'ils veulent et ne veulent pas commettre dans le domaine de la sexualité ;
12. Communication des leçons apprises.

Certaines interventions SDR abordent spécifiquement la gestion du stress ou la consommation d'alcool et de drogues. D'habitude, il est plus difficile de mettre en œuvre une intervention très structurée hors de l'école, car les jeunes peuvent rejoindre ou abandonner l'intervention comme ils le veulent.

21. L'intervention plait-elle au groupe cible ?

Les interventions efficaces ont pour importante caractéristique de plaire au groupe cible. Si une intervention est adaptée à un groupe spécifique, il est plus probable qu'elle sera attirante, fonctionnelle et elle sera donc plus efficace.⁷⁰ Dans cet outil, nous tenons compte de l'attrait du matériel et des activités pour les jeunes comme pour les animateurs (professeurs, pairs éducateurs, animateurs pour la jeunesse). L'attrait d'une intervention dépend de plusieurs facteurs.

1. Les stratégies d'enseignement devraient être ajustées et harmonisées avec l'âge développemental et les capacités cognitives des jeunes. Celles-ci incluent notamment le niveau d'alphabétisation et l'aptitude à communiquer et comprendre des concepts. L'intervention devrait également considérer les jeunes comme un groupe diversifié d'individus uniques.

2. La forme et l'habillage de l'éducation devraient être attirants :

- Présentation agréable du matériel (clair, vivant, photos, dessins) ;
 - Contenu et exemples intéressants pour le groupe cible ;
- Pour le matériel imprimé (brochures, dépliants, manuels) :
- Images, couleurs, illustrations, etc. pertinents pour le groupe cible ;
 - Photos, dessins, illustrations qui ne soient pas racistes, sexistes, homophobes, coercitifs, ou moralisateurs ; ils sont sensibles aux questions de genre ainsi qu'aux valeurs et à la culture du groupe cible
 - Police et lisibilité de caractères appropriés pour le groupe cible
- Pour le matériel vidéo :
- Photos, couleurs, cadres et modèles de rôles intéressants pour le groupe cible.

3. Les planificateurs peuvent être amenés à éviter ou surmonter des obstacles à l'assiduité des jeunes. Par exemple, pour pouvoir recruter des jeunes, les planificateurs peuvent être amenés à informer les parents, organiser des transports, mettre en œuvre les activités à des moments qui conviennent aux jeunes, garantir la confidentialité et la sécurité de l'intervention. Bien qu'une caractéristique évidente de l'intervention est qu'elle n'est pas obligatoire, de nombreux exemples montrent que parfois, très peu de jeunes avaient choisi de participer à des programmes d'éducation SDRS et ces programmes n'étaient donc pas efficaces.²

4. Dans l'intervention, l'attrait pour les animateurs dépend de certains facteurs supplémentaires à ceux mentionnés ci-dessus :

- La taille et le poids du matériel sont raisonnables (et permettent de le transporter et le conserver chez soi) ;
- l'espace imprimé/imprimable est utilisé avec efficacité ;
- Le matériel est résistant et durable ;
- Le coût est raisonnable ;
- Dans le manuel de l'animateur, les activités sont décrites logiquement pour chaque leçon ou sujet (en définissant les objectifs, la succession des activités et le temps et le matériel nécessaires pour chaque activité, tout en donnant des conseils et des informations générales).

22. L'intervention a-t-elle été testée ?

Il est plus probable que les interventions SDRS pour les jeunes (tant les activités que le matériel d'appui) seront efficaces si elles sont testées concrètement dans la pratique avant de recevoir l'approbation finale pour leur utilisation.^{71,72} Deux types de tests peuvent être exécutés : les tests préliminaires et le pilotage.

Les tests préliminaires consistent à utiliser et évaluer de manière informelle (ce qui est peut-être le plus difficile) l'ensemble du matériel et des activités. Les tests préliminaires peuvent se dérouler à très faible échelle, auprès de jeunes (10 à 20 jeunes représentatifs du groupe cible, avec un équilibre entre les sexes) et en présence de quelques animateurs. Ceux-ci fournissent un retour d'informations sur ce qui est efficace, ce qui ne l'est pas et si les jeunes aiment le matériel et les activités. Les résultats du test préliminaire sont utiles pour ajuster l'intervention, si nécessaire, avant de fabriquer le matériel définitif. Le besoin de tests préliminaires se fait plus sentir si l'on a peu d'informations sur le groupe cible, ou si le contenu de l'intervention peut susciter des controverses, ou bien s'il est un sujet sensible.

Le pilotage signifie que les animateurs mettent en œuvre l'ensemble de l'intervention pendant une période déterminée. Par exemple, toutes les leçons et les sessions du programme SDSR sont dispensées dans des écoles pendant toute une année scolaire. Les planificateurs (et les organisations donatrices) tendent à effectuer immédiatement une mise en œuvre complète quand le matériel définitif de l'intervention a été fabriqué. Mais les données disponibles montrent que le pilotage de l'intervention à une échelle relativement faible (par ex. dans trois écoles ou centres de jeunes) sont une excellente occasion de suivre et d'évaluer de près le processus de la mise en œuvre et d'ajuster l'intervention, si nécessaire.

E. Adoption et mise en œuvre (étape 5)

L'étape 5 du Mappage d'interventions concerne l'adoption de l'intervention (par des animateurs ou des organisations) et sa mise en œuvre (utilisation réelle de l'intervention). En d'autres termes : que faudrait-il faire pour garantir que les animateurs soient désireux et capables de mettre en œuvre le matériel et les activités de l'intervention ?

23. Avez-vous exécuté une activité quelconque pour l'adoption de l'intervention ?

Lorsque des interventions d'éducation SDSR sont élaborées, il ne s'en suit pas automatiquement qu'elles seront adoptées par les organisations et animateurs qui sont censés les mettre en œuvre.^{29,73} Sur la base de l'analyse de situation, les planificateurs décideront peut-être de commencer par mettre en place des activités spéciales pour surmonter tous obstacles à leur adoption.

1. Le principal groupe à prendre en compte au travers d'activités d'adoption est constitué par les nouveaux animateurs (dans les écoles et en dehors de celles-ci). Il faudra peut-être les convaincre de l'importance de dispenser une éducation sexuelle. L'affirmation selon laquelle le programme est efficace ne suffira peut-être pas à les persuader. L'aide que cette éducation représente pour améliorer leur relation avec les jeunes concernés peut

être un motif plus convaincant pour inciter à adopter l'intervention. Mais cet aspect peut différer selon le contexte culturel.

2. Parfois, les parents (et la communauté élargie) sont un autre groupe important de personnes qui adoptent l'intervention, à l'école et hors de celle-ci. Les planificateurs pourraient décider de leur fournir des informations sur l'intervention à l'aide de matériel imprimé ou dans des réunions.

3. Les personnes et instances qui décident de l'éducation SDSR dans les écoles sont la direction de l'école et le conseil d'administration. Les planificateurs pourraient organiser des réunions sur les interactions personnelles avec les décideurs à l'école, pour les convaincre du fait qu'ils devraient adopter l'intervention. Il est important de commencer par évaluer les avantages et les inconvénients selon leur perspective, afin de leur présenter des avantages convaincants.

24. L'intervention est-elle mise en œuvre par des animateurs appropriés ?

La sélection des animateurs est cruciale pour l'efficacité de la mise en œuvre.² Les caractéristiques souhaitables pour mettre en œuvre une éducation SDSR pour des jeunes sont:

- Avoir de bons contacts avec les jeunes et être sympathique pour les jeunes ;⁷⁴
- Expérience antérieure dans l'éducation SDSR et aisance à parler de sexualité avec des jeunes ;
- Motivation pour favoriser les SDSR des jeunes ;
- Volonté de promouvoir les droits des jeunes.

Les données disponibles montrent que l'alignement de l'appartenance raciale/l'arrière-plan ethnique ou le sexe des jeunes sur ceux de l'éducateur n' n'influence pas beaucoup le changement de comportement,⁷⁵ et que l'âge des éducateurs (pour une éducation à la sexualité et sur le VIH/sida) n'influence pas l'efficacité de l'intervention.^{76;77;78}

Plusieurs programmes d'éducation à la sexualité sont dispensés sous la forme d'éducation par les pairs.^{79,80} Des chercheurs ont conclu que les interventions avec une éducation par les pairs tendent à influencer le comportement d'un faible nombre de pairs éducateurs, mais sans nécessairement agir sur le comportement des groupes cibles. Ces interventions ne sont donc pas suffisamment rentables pour justifier leur mise en œuvre à une grande échelle. L'éducation par les pairs ne donne de résultats que dans certaines conditions telles qu'un soutien, une formation et un suivi importants. Dans de nombreux cadres, il n'est pas facile de trouver des animateurs qui présentent les caractéristiques souhaitables. La formation et le soutien des animateurs est alors particulièrement importante.

25. Les animateurs reçoivent-ils une formation et un soutien pour mettre en œuvre la formation adéquatement ?

L'une des caractéristiques clefs des interventions efficaces en matière d'éducation SDSR est la formation et le soutien apportés aux animateurs qui mettent en œuvre l'intervention, pour qu'ils puissent le faire comme les planificateurs l'ont prévu.^{58,81,82}

Si toutes les activités ne sont pas exécutées, ou si l'intervention se déroule dans un contexte différent (par ex. pendant l'école et non après l'école), son efficacité peut s'en trouver diminuée.⁸² Il est probable que les interventions seront moins efficaces si elles sont considérablement abrégées, et si les activités qui se concentrent sur l'utilisation accrue de condoms sont supprimées.⁸²

1. La formation minimale pour que les animateurs appliquent la formation inclut :

- SDSR des adolescents et des jeunes
- Compétences dans l'enseignement interactif, techniques d'enseignement participatif et communication franche et non moralisatrice avec les jeunes
- Compréhension d'attitudes et de valeurs (par ex. sans préjugés sur les questions de genre) et aisance à parler de la sexualité

- Exécution de certaines activités les plus difficiles dans l'intervention
- Renforcement de la confiance en soi pour la mise en œuvre des activités de l'intervention
- Acquérir une certaine familiarisation avec le contenu de l'intervention et la certitude que toutes les activités doivent être mises en œuvre comme prévu.

2. Une formation d'une semaine est généralement insuffisante pour mettre en œuvre l'intervention, particulièrement pour les animateurs qui le font pour la première fois. En plus de la formation qu'ils reçoivent, les animateurs devraient être soutenus autrement. Ils pourraient par exemple suivre des cours de remise à niveau, participer à des réunions de réexamen/de retour d'information (en communiquant des expériences et en surmontant des défis communs), une supervision et un suivi personnels ainsi qu'un soutien et un retour d'informations sur le terrain.

26. La mise en œuvre est-elle durable ?

La plupart des planificateurs cherchent à faire en sorte que la mise en œuvre de l'intervention soit durable. Mais la durabilité peut avoir différentes significations et être atteinte de différentes manières selon le type de l'intervention, l'organisation de mise en œuvre et le contexte. Une mise en œuvre durable de l'intervention signifie qu'elle est réalisée pendant une période prolongée, soit avec le même groupe cible et dans le même cadre de mise en œuvre, soit en étendant la mise en œuvre pour qu'elle couvre d'autres cadres et groupes cibles.

1. Certains planificateurs recherchent une mise en œuvre durable dans quelques cadres seulement (par exemple des écoles ou des foyers pour les jeunes). Pour ce faire, on intègre l'intervention dans le programme principal et la politique de l'organisation, en accordant des incitations particulières aux animateurs (par ex. des certificats) et des fonds à la mise en œuvre. La mise en œuvre durable d'interventions SDSR dépend souvent des contributions volontaires d'organisations et d'animateurs.

Les incitations devraient donc être suffisantes pour qu'ils continuent leur participation. La mise en œuvre de l'intervention sur une plus grande échelle entraîne souvent une certaine perte de contrôle et éventuellement d'efficacité.

2. Un autre moyen de rendre une intervention SDSR durable est d'en faire un volet de a) un programme national/régional/organisationnel général. Le soutien et la participation de décideurs pertinents est dès lors importante.²⁹ Ceci tient à deux raisons. Premièrement, l'étendue et le contenu de l'intervention devront être adaptés pour correspondre aux exigences et aux lignes directrices de l'organisation ou du gouvernement. D'autre part, un lobbying peut être nécessaire pour que l'intervention s'inscrive dans des programmes généraux.

F. Suivi & évaluation (étape 6)

L'étape finale de la planification d'une intervention comprend un suivi et une évaluation. Les deux facteurs qui permettent d'apprécier l'efficacité de l'éducation SDSR sont l'évaluation du résultat et celle du processus. Dans l'évaluation du résultat, les planificateurs mesurent le changement que l'intervention a amené dans la population. Pour l'évaluation du processus, les planificateurs considèrent l'élaboration et la mise en œuvre de l'intervention. L'évaluation du processus fait partie du suivi.

27. Avez-vous évalué le changement dans les déterminants comportementaux (évaluation du résultat) ?

L'un des défis de l'éducation SDSR est de mesurer les changements que l'intervention a suscités. Pour les petites organisations qui ne sont pas spécialisées dans la recherche, il est presque impossible de mesurer si l'intervention a amélioré la santé (par ex. une réduction du taux du VIH ou des IST ou des grossesses d'adolescentes). Cette recherche fait généralement partie d'une recherche plus vaste. Et si certains problèmes de santé diminuent, il n'en est pas moins difficile d'identifier la contribution exacte de l'intervention à ce résultat.⁵

Cependant, une planification des interventions systématique et fondée sur des données disponibles permet de prévoir l'efficacité des interventions. Par exemple, si l'évaluation des besoins est de bonne qualité (et définit les facteurs comportementaux et de l'environnement en plus des déterminants des interventions), ET si ces besoins sont suffisamment satisfaits dans l'intervention, il est plus probable qu'un changement interviendra dans le comportement des personnes.

Il est difficile de mesurer un changement de comportement, particulièrement avec des ressources limitées et à court terme. Un moyen consiste à mesurer le changement dans des déterminants comportementaux. À cette fin, des données de base sont comparées à un mesurage effectué après les tests, en utilisant un questionnaire. La qualité de ce type d'études augmente si de nombreux élèves y prennent part (environ 1 000 élèves) et si un groupe comparatif n'ayant pas participé à l'intervention est inclus dans l'étude (1 000 autres élèves).

28. Avez-vous suivi la conception et la mise en œuvre de l'intervention (évaluation du processus) ?

Le but de l'évaluation du processus est d'évaluer si l'intervention a été entièrement et adéquatement mise en œuvre d'après les plans, et ce que les utilisateurs et le groupe cible ont pensé de l'intervention⁵ L'évaluation du processus peut fournir des informations utiles pour améliorer la mise en œuvre (par ex. une formation et un soutien pour les animateurs), ce qui peut augmenter l'efficacité.

L'évaluation du processus peut être exécutée pour traiter les catégories d'informations suivantes :

- Conception : mesure dans laquelle la conception de l'intervention correspond à des caractéristiques de l'efficacité ;
- Contenu : mesure dans laquelle le contenu de l'intervention correspond à des caractéristiques de l'efficacité ;
- Mise en œuvre : évaluée si l'exécution de tous les stades de la mise en œuvre a été optimale ;

- Nombre de jeunes qui ont participé à l'intervention jusqu'à sa fin et motifs de l'abandon de l'intervention ;
- Formation pour les animateurs, leur comportement en tant qu'enseignants et leurs déterminants ;
- Mise en œuvre concrète des activités d'intervention par des animateurs (ont-ils exécuté toutes les activités comme prévu et dans la négative, pourquoi ?)

Des méthodes de recueil de données dans l'évaluation du processus peuvent inclure des formulaires d'évaluation des leçons, des débats ciblés en groupes réunissant des jeunes, des animateurs et d'autres personnes pertinentes concernées ainsi qu'un questionnaire pour mesurer l'incidence de la formation et du soutien destinés aux animateurs.

RÉFÉRENCES

- 1 Haffner, D.W. (1990, March). *Sex education 2000: A call to action* (Éducation sexuelle 2000 : un appel à l'action). New York : Conseil des É.U. pour l'information et l'éducation sexuelle .
- 2 Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'impact des programmes d'éducation sur le sexe et le VIH dans les écoles et communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. Voir : <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e4a15tcjllldpzwacxy7ou23nqowd2xwiznkarhnp-txto4252pgco54yf4cw7j5acujobrefbvpug/sexedworkingpaperfinalenyt.pdf>
- 3 Kirby, D., Rolleri, L., & Wilson, M. (2007). *Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STD/HIV Education Programs* (Outil pour évaluer les caractéristiques de programmes d'éducation sexuelle et SDRS/VIH efficaces). Washington, DC: Healthy Teen Network. <http://www.healthyteenetwork.org/vertical/Sites/%7BB4D0CC76-CF78-4784-BA7C-5D0436F6040C%7D/uploads/%7BAC34F932-ACF3-4AF7-AAC3-4C12A676B6E7%7D.PDF>
- 4 World Population Foundation, STOP AIDS NOW! et RESHAPE (Université de Maastricht) (2009). *Checklist For Programme Officers; Improving the Quality of SRHR Education Programmes for Young People* (Liste de contrôle pour les agents de programmes ; améliorer la qualité des programmes d'éducation SDRS pour les jeunes . Pays-Bas : STOP AIDS NOW!
- 5 Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2006). *Planning Health Promotion Programs; an Intervention Mapping approach* (2nd ed.) (Planification des programmes de promotion de la santé ; une approche de Mappage d'interventions [2e édition]). San Francisco, CA: Jossey-Bass. http://www.familycareintl.org/briefing_cards_2000/rights.htm
- 6 Nations Unives (1948) voir : <http://www.un.org/Overview/rights.html>
- 8 UNFPA. Supporting Adolescents and Youth. <http://www.unfpa.org/adolescents/overview.htm>
- 9 Voir : <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- 10 UNICEF (1989). *Convention on the Rights of the Child* (Convention sur les droits de l'enfant). Voir : <http://www.unicef.org/crc/fulltext.htm>.
- 11 Action Canada pour Population and Development, et al. *A young person's guide; the UN convention on the rights of the child and sexual and reproductive health and rights* (Action Canada pour la population et le développement, et al. Guide pour un jeune ; la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et la santé et les droits sexuels et reproductifs). Voir : <http://www.acpd.ca/factsheets/leaflet.pdf>
- 12 Tous ces droits sont résumés dans la Charte IPPF sur les droits sexuels et reproductifs. Les 5 principaux droits des jeunes peuvent être consultés dans *Voice of young people* de l'IPPF.
- 13 YouthComission pour la jeunesse de l'IPPF
- 14 ICPD Programme d'action de l'ICPD, paragraphe 7.3, voir : http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm
- 15 OMS (Projet de définition de travail de l'OMS, 2002, voir : <http://www.who.int>
- 16 Incitations pour les jeunes(2003). Une approche de la SSR des jeunes fondée sur les droits. <http://www.youthincentives.org>
- 17 Par exemple, scholar.google.com; <http://www.who.org>; <http://www.unaids.org>; <http://www.fhi.com>
- 18 Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence des programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH au sein des écoles et des communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- 19 Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* (Fondements sociaux de la réflexion et de l'action : une théorie sociale cognitive). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall).
- 20 Glanz, K. & Rimer, B.K. (2005). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice* (Théorie à vol d'oiseau : un guide pour la pratique de la promotion de la santé). Voir : http://www.nci.nih.gov/cancer_information/cancer_literature
- 21 Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach, 3rd ed* (Planification de la promotion de la santé : une approche écologique et éducationnelle). Mountain View, Mayfield.
- 22 Fishbein, M. (2000). *The role of theory in HIV prevention* (Le rôle de la théorie dans la prévention du VIH). *AIDS Care*, 12, 273-278.
- 23 Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence des programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans les écoles et les communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. Caractéristique #1, *Involved multiple people with different backgrounds in theory, research and sex/HIV education to develop the curriculum* (Personnes multiples impliquées, d'origines différentes, dans la théorie, la recherche et l'éducation sexuelle/en matière de VIH pour développer le programme d'études).
- 24 Voir le site web de l'IPPF pour des informations supplémentaires sur « Droits sexuels et de la reproduction des jeunes » : <http://www.ippf.org>

- 25 Brieger WR, Delano GE, Lane CG, et al. *West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education program* (Initiative pour les jeunes d'Afrique occidentale : résultat d'un programme d'éducation à la santé reproductive). *J Adolesc Health* 2001;29(6):436-46.
- 26 Underwood C, Hachonda H, Serlemitsos E, et al. *Impact of the HEART Campaign. Findings from the Youth Surveys, 1999 and 2000* (Incidence de la campagne HEART : conclusions des études sur les jeunes, 1999 et 2000). Baltimore : École Johns Hopkins de santé publique, Centre pour les programmes de communication, 2001.
- 27 Orlandi, M.A., Landers, C., Weston, R. & Haley, N. (1990). Diffusion d'innovations dans la promotion de la santé. In K. Glanz, F.M. Lewis, & B.K. Rimer (Eds.), *Health behavior health education - theory, research and practice* (1st ed., pp. 288-313)(Comportement sanitaire, éducation sanitaire - théorie, recherche et pratique (1e éd., pp. 288-313). San Francisco: Jossey-Bass.
- 28 Family Health International *Youth Participation Guide: Assessment, Planning, and Implementation* (Guide de la participation de la jeunesse : évaluation, planification et mise en œuvre). Voir <http://www.fhi.org/en/youth/youthnet/rhtrainmat/ypguide.htm>, accédé le 26 March 2009.
- 29 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* L'incidence des programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans les écoles et les communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 14. Secured at least minimal support from appropriate authorities such as ministries of health, school districts or community organizations* (Caractéristique 14. A garanti au moins un soutien minimum de la part d'autorités appropriées comme des ministères de la santé, des quartiers ou scolaires ou des organisations de communautés locales).
- 30 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence de programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans des écoles et des communautés locales sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 2. Assessed relevant needs and assets of target group* (Caractéristique 2. Besoins pertinents évalués et ressources du groupe cible)
- 31 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence de programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans les écoles et les communautés locales sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 4. Designed activities consistent with community values and available resources (e.g., staff time, staff skills, facility space and supplies)* (Caractéristique 4. Activités conçues cohérentes avec les valeurs de la communauté et les ressources disponibles [par ex. temps du personnel, compétences du personnel, espace et disponibilités de l'équipement).
- 32 Kretzmann, J.P. & McKnight, J.L. (1993). *Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets* (La construction de communautés de l'intérieur vers l'extérieur : un chemin vers la découverte et la mobilisation des ressources d'une communauté). Evanston, IL: Asset-Based Community Development Institute, Institute for Policy Research, Northwestern University.
- 33 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence des programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans les écoles et les communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 6. Focused on clear health goals - the prevention of STD/HIV and/or pregnancy* (Caractéristique 6 : ciblage sur des objectifs sanitaires clairs - la prévention des MSD/VIH et/ ou de la grossesse).
- 34 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence des programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans les écoles et les communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 7. Focused narrowly on specific behaviors leading to these health goals (e.g., abstaining from sex or using condoms or other contraceptives), gave clear messages about these behaviors, and addressed situations that might lead to them and how to avoid them* (Caractéristique 7. Étroitement ciblée sur d'autres contraceptifs spécifiques, a communiqué des messages clairs sur ces comportements et a pris en compte des situations qui pourraient y conduire et sur la manière d'éviter celles-ci).
- 35 Kirby, D. (2002). *The Impact of Schools and School Programs upon Adolescent Sexual Behavior* (L'incidence des écoles et des programmes scolaires sur le comportement sexuel des adolescents). *Journal of Sexual Research* 39, 27-33.
- 36 Thomas, M.H. (2000). *Abstinence-Based Programs for Prevention of Adolescent Pregnancies: A Review. Journal of Adolescent Health* (Programmes fondés sur l'abstinence pour la prévention de la grossesse d'adolescentes : un examen), 26, 5-17.
- 37 Silva, M. (2002). *The effectiveness of school based sex education programs in the promotion of abstinent behavior: A meta-analysis* (L'efficacité des programmes d'éducation sexuelle à l'école dans la promotion du comportement abstinent : une méta-analyse). *Health Education Research*, 17, 471-481.
- 38 Jemmot, J. B., & Jemmot, L. S. (2000). *HIV risk reduction behavioural interventions with heterosexual adolescents*. *AIDS*, 14, 34-39.
- 39 Schaalma, H., Kok, G. Abrahams, S.C.S, Hospers, H.J., Klepp, K-I, & Parcel, G. (2002). *HIV Education for Young People: Intervention Effectiveness, Program Development, and Future Research* (Éducation en matière de VIH pour les jeunes : efficacité de l'intervention, élaboration de programmes et recherche future). *Prospects*, 32(2), 187-206.

- 40 Schaalma, H. & Kok, G. (2006). *A school HIV prevention program in the Netherlands, Chapter 10* (Un programme de prévention du VIH aux Pays-Bas, chapitre 10). Dans : L.K. Bartholomew, G.S. Parcel, G. Kok & N.H. Gottlieb, *Planning Health Promotion Programs; an Intervention Mapping approach (2nd ed.)*, p. 511-544 (Planification des programmes de promotion de la santé ; une approche du Mappage d'interventions [2e édition], pp. 511-544). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 41 Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults*. Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 8. Addressed multiple sexual psychosocial risk and protective factors affecting sexual behaviors (e.g., knowledge, perceived risks, values, attitudes, perceived norms and self efficacy)* (Caractéristique 8. Risque psychosocial sexuel multiple pris en compte et facteurs protecteurs affectant des comportements sexuels (par ex. connaissance, risques perçus, valeurs, attitudes, normes perçues et auto-efficacité).
- 42 R. W. Blum, Kristin Nelson Mmari (2005). *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries* (Risque et facteurs protecteurs affectant la santé reproductive des adolescents dans les pays en développement). Genève : OMS.
- 43 Sheeran, P., Abraham, C. and Orbell, S. (1999). *Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis* (Corrélat psychosociaux de l'utilisation hétérosexuelle de condoms : une méta-analyse). *Psychological Bulletin*, 125, 90-132
- 44 Albarracín, D., Fishbein, M., Johnson, B.T., & Muellerleile, P.A. (2001). *Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis* (Théories d'action raisonnée et de comportement planifiés comme modèles d'utilisation de condoms : une méta-analyse). *Psychological Bulletin*, 127, 142-161
- 45 Lacson, R.S., et al. (1997). *Correlates of sexual abstinence among urban university students in the Philippines* (Corrélat de l'abstinence sexuelle parmi les étudiants d'universités urbaines aux Philippines). *International Family Planning Perspectives*, 23, 168-172.
- 46 Kirby D, Lepore G, Ryan J. (2005). *Sexual risk and protective factors: Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease: Which are important? Which can you change?* Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (Risque sexuel et facteurs protecteurs : facteurs affectant le comportement sexuel des teenagers, la grossesse, la maternité et la maladie sexuellement transmissible : lesquels sont importants ? Lesquels pouvez-vous changer ? Washington DC : campagne nationale pour prévenir la grossesse des adolescentes. Voir : <http://www.thenationalcampaign.org/> pour télécharger le rapport entier ou un résumé.
- 47 Dickson-Tetteh K. Pettifor A. Moleko W. (2001). *Working with public sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa* (Le travail avec les cliniques du secteur public pour fournir des services conviviaux pour les adolescents en Afrique du Sud). *Reproductive Health Matters*, 9, 160-9.
- 48 Advocates for Youth, (une organisation pour les jeunes basée aux É.-U.). Voir : <http://www.advocatesforyouth.org>
- 49 Voir : <http://www.unfpa.org/rights/approaches.htm>
- 50 Wingood, G.M. & DiClemente, R.J. (2000). *Application of the Theory of Gender and Power to Examine HIV-Related Exposures, Risk Factors, and Effective Interventions for Women* (Application de la théorie du genre et du pouvoir pour examiner les expositions liées au VIH, les facteurs de risque et les interventions efficaces pour les femmes). *Health Education & Behavior*, 27(5), 539-565.
- 51 Lever, J. (2005). *Bringing the Fundamentals of Gender Studies Into Safer-Sex Education. Family Planning Perspectives* (Intégrer les fondements des études de genre dans l'éducation du sexe plus sû), 27 (4), 172-174.
- 52 Tolman, Deborah L., Striepe, Meg I., and Harmon, Tricia (2003) *Gender Matters: Constructing a Model of Adolescent Sexual Health* (Questions de genre : construire un modèle de santé sexuelle adolescente). *Journal of Sex Research*, 40 (1), 4-12.
- 53 Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., et al. (1994). *School-based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness* (Programmes au sein des écoles pour réduire les comportements sexuels à risque : un examen de l'efficacité) *Public Health Reports*, 109, 339-360.
- 54 Grunseit, A., Kippax, S., Aggleton, P., Baldo, M., & Slutkin, G. (1997). *Sexuality Education and Young People's Sexual Behavior; A Review of Studies* (Éducation sexuelle et comportement sexuel des jeunes ; un réexamen d'études). *Journal of Adolescent Research*, 12 (4), 421-453.
- 55 Grunseit A. (1997). *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update* (Incidence du VIH et de l'éducation à la santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes). Genève: ONUSIDA.
- 56 Baldo, M. et al. (1993). *Does Sex Education Lead to Earlier or Increased Sexual Activity in Youth?* (L'éducation sexuelle conduit-elle à une activité sexuelle plus précoce ou accrue parmi les jeunes ?) Présenté à la Neuvième conférence internationale sur le DIA, Berlin, 6-10 juin. Genève, Suisse : Organisation Mondiale pour la Santé.
- 57 Kirby, D., Laris, B.A., & Rolleri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence des programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans les écoles et communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 9. Create a safe social environment for youth to participate* (Caractéristique 9. Créer un environnement sûr pour que les jeunes participent).
- 58 Schaalma, H.P., Abraham, C., Rogers Gillmore, M. & Kok, G. (2004). *Sex Education as Health Promotion: What Does It Take?* (Éducation sexuelle comme promotion de la santé : que nécessite-t-elle ?) *Journal Archives of Sexual Behavior*, 33, 259-269.

- 59 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence des programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans les écoles et les communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 10. Included multiple activities to change each of the targeted risk and protective factors; Characteristic 11. Employed instructionally sound teaching methods that actively involved the participants, that helped participants personalize the information, and that were designed to change each group of risk and protective factors* (Caractéristique 10 : activités multiples intégrées pour changer chacun des risques visés et facteurs protecteurs ; caractéristique 11. Méthodes d'enseignement utilisées judicieuses du point de vue de l'instruction, et qui ont été conçues pour changer chaque groupe de risques et des facteurs de protection).
- 60 **Elaboration-Likelihood Model**; Petty, R.E., & Cacioppo, R.T. (1986). *The elaboration likelihood model of persuasion* (Le modèle d'élaboration de vraisemblance de persuasion). Dans L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, (vol. 19, pp. 123-205). New York: Academic Press.
- 61 **Persuasive communication**; Petty, R.E., et Wegener, D.T. (1998). *Attitude change: Multiple roles for persuasion variables* (Changement d'attitudes : rôles multiples pour des variables de persuasion). Dans D. Gilbert, S. Fiske, et G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., vol. 1, pp. 323-390). New York: McGraw-Hill.
- 62 **Health belief model**; Strecher, V. J. et Rosenstock, I. M. (1997). *The health belief model* (Le modèle de croyance dans la santé). Dans Glanz, K., Lewis, F. M. et Rimer, B. K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (2nd ed.) (pp. 41-59). San Francisco, CA.: Jossey-Bass.
- 63 Université de Twente, Pays-Bas (2004). *Theory Clusters* (Faisceaux de théories). Modifié pour la dernière fois le 12/14/2004. Voir : <http://www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters>
- 64 **Anticipated regret (regret anticipé)**; Richard, Van der Pligt & De Vries, 1995); Richard, R., van der Pligt, J. & de Vries, N.K. (1995). *Anticipated affective reactions and prevention of AIDS* (Réactions affectives anticipées et prévention du sida). *British Journal of Social Psychology*, 34, 9-21.
- 65 Ruiter, R. A. C., Abraham, C. & Kok, G. (2001). *Scary warnings and rational precautions: A review of the psychology of fear appeals* (Avertissements angoissants et précautions rationnelles : un examen de la psychologie des appels à la peur). *Psychology and Health*, 16, 613-630.
- 66 **Fear appeals**; Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes* (La psychologie d'attitudes). Orlando FL: Harcourt Brace Jovanovitz Inc.
- 67 **Individualisation: Facilitation**; Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2006). *Planning Health Promotion Programs; an Intervention Mapping approach* (2nd ed.) (Planification de programmes de promotion de la santé ; une approche de Mappage d'interventions). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 68 Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K. (2002). *The transtheoretical model and stages of change* (Le modèle transthéorique et étapes du changement). In K. Glanz, B.K. Rimer, & F.M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (Comportement de santé et éducation de la santé : théorie, recherche et pratique [3e édition]) (3rd éd.) (pp. 99-120). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.
- 69 SRHR promotion package (Indonesia, Thailand, Uganda, Kenya, Vietnam) The World Starts With Me, <http://www.theworldstarts.org>
- 70 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence des programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans les écoles et les communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 16. If needed, implemented activities to recruit and retain youth and overcome barriers to their involvement (e.g., publicized the program, offered food or obtained consent)* (Caractéristique 16. Si nécessaire, activités mises en œuvre pour recruter et garder les jeunes et surmonter les obstacles à leur participation (par ex. publier le programme, repas proposés ou consentement obtenu).
- 71 *Making Health Communication Programs Work* (Faire marcher les programmes de communication de la santé). Voir : <http://www.cancer.gov/pinkbook>. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
- 72 Kirby, D., Laris, B.A., & Rollieri, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence de programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 5. Pilot-tested the program* (Caractéristique 5. A fait un test-pilote du programme).
- 73 Paulussen T, Kok G, Schaalma H. (1994). *Antecedents to adoption of classroom-based AIDS education in secondary schools* (Antécédents à l'adoption de l'éducation en matière de SIDA dans les écoles secondaires). *Health Education Research*, 9, 485-96.
- 74 Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. P., & Cagampang, H. H. (1995). *Evaluation of Education Now and Babies Later (ENABL): Final Report* (Évaluation d'Éducation maintenant et bébés plus tard). Berkeley, CA: Université de Californie, School of Social Welfare, Family Welfare Research Group.
- 75 Jemmott, J., Jemmott L., & Fong, G. (1998). *Abstinence and safer sex: a randomized trial of HIV sexual risk-reduction interventions for young African-American adolescents* (Abstinence et sexe plus sûr : un essai randomisé des interventions pour la réduction des risques sexuels liés au VIH). *JAMA*, 279, 1529-1536.
- 76 Borgia, P, Marinacci, C, Schifano, P, Perucci, C. (2005). *Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial* (L'éducation par les pairs est-elle la meilleure approche pour la prévention du VIH dans les écoles ? Résultats d'un essai randomisé de contrôle). *Journal of Adolescent Health*, 36,508-516.

- 77 Jemmott III, J.B., Jemmott, L.S., Fong, G.T., McCaffree, K. (1999). *Reducing HIV risk-associated sexual behaviors among African American adolescents: Testing the generality of intervention effects* (Réduction du risque de VIH lié à des comportements sexuels parmi des adolescents afro-américains: en testant la généralité d'effets d'interventions). *American Journal of Community Psychology*, 27(2), 61-187.
- 78 Kirby, D., Korpi, M., Aivi, C., Weissman, J. (1997). *An impact evaluation of SNAPP, a pregnancy- and AIDS-prevention middle school curriculum* (Une évaluation de l'incidence de SNAPP, programme d'école secondaire de prévention de la grossesse et du sida). *AIDS Prevention and Education*, 9 (Supplement A), 44-67.
- 79 Population Council. *Peer education and HIV/AIDS; past experience, future directions* (Éducation de pairs et VIH/SIDA ; expérience passée, orientations futures).
- 80 Milburn, K. (1995). *A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health* (Une revue critique de l'éducation par les pairs avec des jeunes, avec référence spéciale à la santé sexuelle). *Health Education Research*, 10, 407-420.
- 81 Wight D, Abraham C. *From psycho-social theory to sustainable classroom practice: developing a research-based teacher-delivered sex education programme* (De la théorie psycho-sociale à la pratique durable en salle de classe : en développant un programme d'éducation sexuelle fondé sur la recherche et dispensé par un professeur). *Health Educ Res* 2000; 15: 25-38.
- 82 Kirby, D., Laris, B.A., & Roller, L. (2006). *The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behaviors Among Young Adults* (L'incidence des programmes d'éducation sexuelle et en matière de VIH dans les écoles et les communautés sur les comportements sexuels parmi les jeunes adultes). Research Triangle Park, NC: Family Health International. *Characteristic 15. Selected educators with desired characteristics (whenever possible), trained them and provided monitoring, supervision and support; Characteristic 17. Implemented virtually all activities with reasonable fidelity* (Caractéristique 15. A sélectionné des éducateurs avec les caractéristiques souhaitées [chaque fois que possible], leur a dispensé une formation et a fourni un contrôle, une supervision et un soutien ; Caractéristique 17. A mis en œuvre pratiquement toutes les activités avec une fidélité raisonnable).

Dans tous les pays, des organisations ont conçu des programmes pour traiter les besoins des jeunes concernant la santé et les droits sexuels et de la reproduction (SDSR), dont le VIH/sida, les IST, la grossesse des adolescentes, l'inégalité des sexes et la discrimination. Mais il n'est pas facile d'élaborer des programmes qui soient efficaces. L'expérience et les données disponibles tirées d'activités menées dans le monde entier révèlent les facteurs qui augmentent la qualité et ceux qui ne le font pas.

Cet outil de planification et de soutien présente les plus importantes données disponibles. Il peut être utilisé par des organisations dont la pratique quotidienne est l'éducation SDSR des jeunes, mais dont le temps et les ressources sont limités. L'outil peut servir à planifier de nouvelles interventions tout comme à analyser des situations existantes.

Le modèle du Mappage d'interventions, qui permet de planifier systématiquement des interventions sanitaires, et un modèle de changement du comportement sont expliqués. Ce sont des aspects essentiels de l'outil.

Les données disponibles sont réunies dans une liste de contrôle avec 28 caractéristiques et diverses questions comme « les jeunes participent-ils à la planification de l'intervention ? » ; « les animateurs créent-ils un cadre sûr pour que les jeunes participent ? » ; « l'intervention inclut-elle une formation à des compétences interactives ? »

Cet outil a été élaboré conjointement avec des experts en éducation sexuelle pour les jeunes et des organisations au Pakistan et en Afrique du Sud.