

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2012-2013

Evaluation du projet : *Education et Acquisition des compétences de vie (Life Skills) en matière de VIH/Sida par les pairs éducateurs, chez les jeunes de 12-24 ans, Etat d'Adamawa, NIGERIA 2009-2012*

Soutenu le 18 juin 2013

Monsieur **KABIKE BIRAJA**

Maître de stage :

Monsieur **Emery Mpwate**

Guidant universitaire :

Madame Elisabeth Monnet

REMERCIEMENTS

Gloire à Dieu Tout-Puissant qui m'a donné force et santé de pouvoir être à ce point aujourd'hui de finalisation de mon cursus de Master.

Je remercie Mission-21 et l'église EYN du Nigeria, à travers son programme de lutte contre le VIH/Sida pour m'avoir donné l'opportunité de stage et surtout de m'avoir fait confiance pour cette expérience.

Mes remerciements vont à mon maitre de stage, Mr Emery MPWATE, qui a dû batailler pour mon stage malgré les diverses charges, tu as toujours eu du temps pour moi. Merci pour ton énergie sans relâche à travers tes précieux conseils, tes encouragements et orientations professionnelles et académiques sans te lasser.

Mes remerciements vont aussi à mon guidant universitaire, Madame Elisabeth Monnet, pour ces précieuses orientations malgré la distance, j'apprécie ta guidance.

Je remercie tous ces jeunes ayant participé à ce travail, merci pour la simplicité et la bonne humeur malgré les conditions de travail exceptionnelles.

Ma gratitude à tous ceux de près ou de loin ont contribué pour ce travail, je suis grandement reconnaissant.

A toute ma famille, merci pour votre soutien et affection

A ma chère épouse, Ermine WANI, merci pour ton amour qui m'a donné le courage de tenir. Merci pour ta patience et ta persévérance dans les moments de solitude. Je t'aime.

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|--------|--|
| VIH | : Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| SIDA | : Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| HIV | : Human Immunodeficiency Virus |
| AIDS | : Acquired Immunodeficiency Syndrom |
| ONU | : Organisation des Nations Unies |
| EYN | : Ekklesiya Y'Anuwa Nigeria (Eglise des Frères au Nigeria) |
| EHAP | : EYN HIV/AIDS Programme (Programme de Lutte contre le VIH/Sida de l'Eglise des Frères au Nigeria) |
| NACA | : National Agency for Control of AIDS (Agence nationale pour le Contrôle du Sida, en français) |
| PNUD | : Programme des Nations Unies pour le Développement |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| UNICEF | : Organisation des Nations Unies pour l'Enfance et l'Education (United Nations for Children Funds) |
| FNUAP | : Fonds des Nations Unies pour la Population |
| CAP | : Connaissances, Attitudes et Pratiques |
| CVC | : Compétences de Vie courante |
| IST | : Infections Sexuellement Transmissibles |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| PVV | : Personne vivant avec le VIH |

Table des matières

| | |
|--|----------|
| Introduction | 1 |
| 1 –Contexte | 2 |
| 1.1. Le Pays | 2 |
| 1.2. Epidémiologie du VIH/Sida au Nigeria | 3 |
| 1.3. Description de l'organisation d'accueil | 3 |
| 1.3.1 Projet EHAP des compétences de vie | 3 |
| 1.4. Les compétences de vie courantes | 4 |
| 1.4.1 Historique des compétences de vie courantes | 4 |
| 1.4.2 Définition des compétences de vie courantes | 4 |
| 1.4.3 Signification des compétences de vie courantes | 4 |
| 1.5 Education par les pairs | 5 |
| 1.6 Définitions importantes | 5 |
| 1.6.1 Qualités d'un pair éducateur | 6 |
| 1.7 Objectifs | 6 |
| 1.7.1 Objectif général | 6 |
| 1.7.2 Objectifs opérationnels | 6 |
| 2 –Méthodes | 7 |
| 2.1 –Conduite et animation des activités | 7 |
| 2.1.1 –Constitution du groupe évaluation | 7 |
| 2.1.2 –Réunions et entretiens préparatoires | 7 |
| 2.1.3 –Sources des données | 7 |
| 2.2 –Modèle d'évaluation | 8 |
| 2.1.1 – Description du modèle | 8 |
| 2.1.2 – Validité du modèle | 8 |
| 2.3 –Déroulement des activités et collecte des données | 8 |
| 2.3.1 –Méthodologies utilisées | 8 |
| 2.3.2 –Choix des méthodes | 9 |
| 2.3.3 –Sites d'étude | 9 |
| 2.3.4 –Critères d'inclusion | 9 |
| 2.4 –Description des outils de recueil des données | 9 |
| 2.4.1– Le Questionnaire d'enquête | 9 |
| 2.4.2– Démarche d'entretiens | 10 |
| 2.5 – Déroulement proprement dit de l'évaluation | 11 |
| 2.5.1– Les enquêtes par entretiens | 11 |
| 2.5.2– Les enquêtes par questionnaire | 11 |
| 2.5.2.1– Echantillonnage | 11 |
| 2.5.2.2– Conditions de passation des questionnaires | 12 |
| 2.5.3– Collecte, Analyse et Traitement des données | 12 |
| 2.6 – Questions d'ordre éthique | 12 |

| | |
|---|-----------|
| 3 –Résultats | 13 |
| 3.1 – Organisation de la mission | 13 |
| 3.1.1 –Conduite de la mission d'évaluation | 13 |
| 3.1.2 –Réunions et entretiens préparatoires | 13 |
| 3.2 –Présentation des résultats des données du questionnaire | 13 |
| 3.1.1 –Description des groupes d'étude | 13 |
| 3.1.3 –Présentation des résultats selon les objectifs opérationnels | 14 |
| 3.2 – Résultats des entretiens | 20 |
| 3.2.1 –Résultats du guide adressé aux membres du comité de coordination | 20 |
| 3.2.2 –Résultats du focus group avec les jeunes bénéficiaires | 22 |
| 3.2.3– Résultats d'entretiens avec les parents des jeunes bénéficiaires | 23 |
| 4 –Discussion | 25 |
| 4.1 –Période d'étude | 25 |
| 4.2 –But de l'étude | 25 |
| 4.3 –Limites de la méthodologie | 25 |
| 4.4–Collecte et gestion des données | 26 |
| 4.5–Discussion des résultats du questionnaire | 26 |
| 4.6–Conclusion et recommandations | 29 |
| 4.7– Choix de recommander cette stratégie au demandeur de l'évaluation | 29 |
| Bibliographie | 31 |
| Index des tables | 34 |
| Index des illustrations | 35 |
| Annexes | |

INTRODUCTION

L'accès limité des jeunes à l'information et aux services sur la santé de la reproduction a favorisé des comportements sexuels à risque qui les rendent plus vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles, au Syndrome d'Immunodéficience Acquisée (SIDA) et aux grossesses non désirées.

Les jeunes sont aussi le segment démographique le plus affecté par le VIH/Sida. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent la moitié de nouveaux cas dans le monde; quelques 5 000 à 6 000 jeunes contractent le VIH chaque jour **(1)**. En proportion comparable, les grossesses et accouchements d'adolescentes ne sont pas planifiés **(2)**. Ces statistiques, parmi d'autres, font des adolescents un groupe confronté à des problèmes distinctifs. L'acquisition des compétences de vie menée par les pairs offre un moyen d'aborder les lacunes de la santé des adolescents. En théorie, les pairs éducateurs peuvent influencer les comportements sociaux en leur qualité de modèle crédible ou d'innovateurs **(3)**. De plus, l'éducation par les pairs peut représenter une approche par lesquels les jeunes, à travers le partenariat, peuvent définir et résoudre leurs propres besoins de santé **(3,4)**.

Une des stratégies disponibles et efficaces dans la prévention du VIH/SIDA parmi les jeunes est l'éducation de compétences de vie courante(CVC), mentionnée aussi dans la Déclaration de la Session d'Assemblée Générale Spéciale de l'ONU sur le VIH/SIDA (2001) :

« D'ici à 2005, veiller à ce qu'au moins 90% et d'ici à 2010 au moins 95% des jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, aient accès à l'information, à l'éducation, y compris l'éducation par les pairs et l'éducation concernant le VIH axée sur les jeunes, et aux services nécessaires pour acquérir les aptitudes requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH, en pleine collaboration avec les jeunes, les parents, les familles, les éducateurs et les prestataires de soins de santé».**(5)**

Au Nigeria, pays le plus peuplé de l'Afrique, le premier cas du VIH (jeune de 13 ans) a été rapporté en 1986 **(6)**. Ce qui prouve qu'il est important de mettre l'accent sur l'éducation et l'acquisition des compétences de vie dès le jeune âge avant que les adolescents ne deviennent sexuellement actifs et les préparer avec des informations fiables de réduction de risques de VIH.

L'enquête sentinelle nationale de séroprévalence de 2010, indique que les Etats d'Adamawa et de Borno ont les taux de séroprévalence de 3,8% et de 5,6% respectivement **(7)**. Ces Etats ont les populations à basse connaissance du VIH/Sida : 40,5% et 14,5% des lettrés pour Adamawa et Borno respectivement **(8)**.

Les jeunes de l'église, catégorie constituant la majorité des membres, a attiré l'attention des dirigeants de l'église qui, à travers son programme de lutte contre le VIH/Sida (EHAP) a mis en œuvre, en Octobre 2009, le projet d'acquisition de compétences de vie pour les jeunes de 12-24 ans, dans l'Etat d'Adamawa sous financement de National Agency for the Control of AIDS (NACA).

C'est dans la volonté de déterminer les effets de cette intervention dans les sites pilotes que s'inscrit notre mission afin de décider de reconduction de la stratégie ou la transformer avant d'étendre le projet.

1. CONTEXTE

1.1 - Le pays

Le Nigeria est un pays d'Afrique de l'Ouest, d'une superficie de 923 768Km². Il est limité au Nord par le Niger, au Nord-est par le Tchad, à l'Est par le Cameroun, à l'Ouest par le Benin et au Sud par l'océan Atlantique. Pays décentralisé avec 36 Etats fédérés et la capitale fédérale, **Abuja**. Chaque Etat décentralisé est constitué de 'Gouvernements Locaux' ; le pays compte 774 gouvernements locaux.

La population est estimée à 170. 123.740 dont plus de 19,3% constituée des jeunes âgés 15-24 ans **(9)** avec une densité de 184,2 habitant/Km² **(10)**.

Le taux de mortalité infantile est de 74,36 pour 1000 naissances vivantes ; l'espérance de vie à la naissance est de 52,05 années dont 48,95 années pour les hommes et 55,33 années pour les femmes.

La classification selon l'indice de développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) de 2012 classe le Nigeria à la 153^e place /186 pays classés. **(11)**

L'**Etat d'Adamawa**, avec une superficie 36 917 Km², est limité au Nord-Ouest par l'Etat de Borno, à l'Ouest par l'Etat de Gombe et au Sud-ouest par l'Etat de Taraba. Sa partie orientale forme la frontière nationale avec la république du Cameroun. La majeure occupation de population est l'agriculture et élevage. **(12)**

Adamawa avec sa population de 3 178 950 habitants (6 ans et plus) dont 40,5% des lettrés, est parmi les Etats qui ont un taux d'illettrisme élevé dans le pays **(13)**.

Figure 1: Carte du Nigeria : Répartition de femmes lettrées par Etat

Contexte

Cette carte montre de disparité entre les Etats ; la partie nord à majorité musulmane et le sud chrétien et animiste. Dans certains Etats du nord, moins de 20% de femmes peuvent lire et écrire par rapport à certains Etats du Sud où plus de 80% de femmes savent lire et écrire.

1.2 - Epidémiologie du VIH/Sida au Nigeria :

L'épidémie du VIH/Sida au Nigeria est de type généralisé. Le premier cas du VIH a été rapporté en 1986, la fréquence nationale est rapidement montée, de 1,8 % en 1991 à un sommet de 5,8 % en 2001. **(13)**

Le taux de séroprévalence adulte national était 3,6 % en 2009, avec environ 3.3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA **(14)**.

En 2009, environ 360.000 enfants au Nigeria vivaient avec le VIH. En 2009, deux millions et demi d'enfants au Nigeria étaient devenus orphelins par le SIDA **(14)**.

1.3 - Description de l'organisation d'accueil

EYN (Eglise de Frères au Nigeria en langue Haoussa), est une organisation chrétienne, établie en 1923. Elle a une cinquantaine des Conseils d'Eglise au niveau de Districts ecclésiastiques avec plus de 500 conseils locaux des églises. Les adhérents sont estimés à plus d'un million de chrétiens.

En plus de la mission pastorale, elle exerce plusieurs activités et projets à visée communautaire notamment :

- dans le domaine de l'éducation : 6 collèges théologiques, 60 écoles maternelles, 40 écoles primaires, 6 collèges d'enseignement général,
- dans le domaine de la santé : 17 dispensaires (10 dans l'Etat de Borno et 7 dans l'Etat d'Adamawa),
- 2 Centres de formation professionnelle,
- 1 centre de développement de femmes, 1 école de formation d'acquisition des compétences des jeunes.

1.3.1 - Projet EHAP des compétences de vie

Le programme de Lutte contre le Sida au sein de l'église EYN (EHAP en sigle) a mis en œuvre le projet d'acquisition de compétences de vie pour les jeunes (communément appelé « Life Skills ») depuis octobre 2009. Dans l'Etat d'Adamawa, ce projet a été mis en œuvre dans 5 sites et a formé 20 pairs éducateurs, 2 superviseurs et 1 Chef d'équipe par site. Les pairs éducateurs travaillaient en pair (un garçon et une fille) pour chaque session d'éducation. Ce programme a atteint autour de 5 000 jeunes dans 6 mois.

Contexte

1.4 - Les compétences de vie courantes

1.4.1 - Historique des Compétences de vie courantes :

La théorie sociale et cognitive de Bandura stipule que l'influence de l'environnement sur les comportements reste essentielle, mais à l'inverse de ce qu'on trouve dans les théories behavioristes de l'apprentissage (conditionnements classique et opérant) une place importante est faite aux facteurs cognitifs, ceux-ci pouvant influencer à la fois sur le comportement et sur la perception de l'environnement. **(15)**. Cette nouvelle approche apparaît dans la charte de promotion de la santé (Ottawa 1986) dans son quatrième axe d'intervention, elle s'inscrit en continuité des objectifs déjà établis par la Constitution des Droits de l'enfant (Article 29) :

« L'éducation doit être destinée au développement maximum de la personnalité de l'enfant, de ses talents, de ses capacités mentales et physiques :...à la préparation de l'enfant pour les responsabilités de la vie dans une société libre, à l'esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité des sexes et d'amitié... » **(16)**

1.4.2 - Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) : « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien être mental en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Elles ont un rôle particulièrement important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large.

Quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et ce comportement lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration des compétences psychosociales pourraient être un élément influent dans la promotion de la santé et du bien-être ; les comportements étant de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé » **(17)**

1.4.3 - Signification

Ces compétences, que l'on a beaucoup de peine à cerner ont été définies conjointement par l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et l'Education(UNICEF) et le Fonds de Nations Unies pour la Population (FNUAP) comme des compétences, et habiletés qui permettent à l'individu de faire face aux défis de son temps en ayant des comportements positifs face aux demandes multiples et variées de la vie quotidienne. **(18)**

Ces compétences psychosociales s'organisent autour de trois grands axes :

- ✓ l'axe de compétences de la communication et de relations interpersonnelles;
- ✓ l'axe de compétence de prise de décision et d'esprit critique;
- ✓ l'axe de gestion de soi.

1.5- Education par les pairs

L'éducation par les pairs dans le domaine du VIH/Sida, est une approche qui, pour la promotion des pratiques sexuelles à moindre risque, fait appel à des membres d'une même tranche d'âge, de même sexe, d'une même profession ou d'un même groupe social, dans le but d'anticiper sur les situations génératrices de risques spécifiques à chaque groupe de personnes vulnérables.

L'éducation par les pairs passe ainsi par une bonne identification des situations génératrices des risques, qui servent des thèmes de discussion, d'échanges, de partage en petits groupes de personnes de même groupe social. Ces discussions sont facilitées par un leader choisi parmi les membres du groupe appelé '*pair éducateur*'.

1.6- Définitions importantes :

a. *Pair éducateur* :

Le pair éducateur est une personne issue d'un groupe social, formé en vue d'aider un nombre précis des membres de son groupe à avoir des comportements et/ou des pratiques sexuelles à moindre risque face au VIH/Sida. Il est issu d'un groupe social et ayant les mêmes caractéristiques d'âge et de sexe que des membres de son groupe. Il est choisi sur base de ses qualités de leader et de son acceptation par les autres membres de son groupe. (19)

b. *Connaissances sur le VIH/Sida* :

Les connaissances indiquent ce que les gens savent ou doivent savoir sur le VIH/Sida, ses moyens de transmission, ses modes de prévention, etc. (19)

c. *Attitudes face au VIH/Sida* :

Les attitudes désignent ce que les gens pensent du Sida et de ses moyens de prévention. L'attitude est à relier aux croyances, représentations et perceptions, et conscience,... (19)

d. *Comportement sexuel* :

Le comportement désigne la manière dont les gens se conduisent sur le plan sexuel. Par exemple, ils s'abstiennent de tout rapport sexuel jusqu'au mariage. (19)

e. *Pratiques sexuelles* :

Les pratiques sexuelles désignent ce que font les gens au cours de rapports sexuels. Par exemple, ils utilisent le préservatif ou pratiquent la sodomie... (19)

f. *Compétences* :

Les compétences désignent les capacités ou les aptitudes qu'une personne a ou doit développer soit pour avoir des comportements ou des pratiques sexuelles à moindre risque, soit pour pouvoir assurer des prestations quelconques dans le cadre de la réponse au VIH/Sida. (19)

g. *Situation génératrice des risques* :

C'est une situation qui amène une personne vulnérable à avoir des rapports sexuels occasionnels et/ou

Contexte

des pratiques sexuelles à risque pour les infections sexuellement transmissibles dont le VIH, et les grossesses non désirées. (19)

1.6.1. Qualités d'un pair éducateur

- Critères de choix : être leader d'opinion, être soucieux du bien-être des autres, être aimé des membres de son groupe
- Compétences à développer par le pair éducateur : *Capacité d'encourager l'échange et l'apprentissage, écoute active, questionnement stratégique, savoir communiquer, fixation sur l'objectif d'amélioration des pratiques sexuelles, capacité à gérer les dynamiques de groupe, disponibilité et accessibilité, connaissances actualisées sur le VIH/Sida, forte motivation personnelle pour aider les autres.*

1.7. Objectifs

1.7.1. Objectif général :

Evaluer les effets d'un programme pilote d'éducation par les pairs sur les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales des jeunes âgés de 12-24 ans.

1.7.2. Objectifs opérationnels :

Comparer l'évolution dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle portant sur les indicateurs suivants :

- 1) Connaissance de l'existence des Infections Sexuellement Transmissible (IST) dont le VIH/Sida,
- 2) Connaissances de mode de transmission du VIH/Sida,
- 3) Connaissance sur les moyens de prévention contre le VIH/Sida (Abstinence, Fidélité entre partenaires, et Utilisation systématique et correcte de préservatifs) ;
- 4) Connaissance sur le dépistage du VIH/Sida ;
- 5) Pratiques de moyens de prévention ;
- 6) Attitudes concernant le dépistage du VIH/Sida.

❖ **Question évaluative :**

Quels sont les effets du programme pilote d'éducation et acquisition des compétences de vie courantes sur le niveau des connaissances, des attitudes et des pratiques comportementales des jeunes vis-à-vis du VIH/Sida ? Autrement dit, les effets escomptés ont-ils été obtenus (=évaluation des effets de l'intervention).

2. METHODES

Dans ce chapitre sera présentée la démarche méthodologique et les outils utilisés à cet effet.

2.1. Conduite et animation des activités :

2.1.1. Constitution du groupe évaluation :

Une évaluation est un processus à la fois technique et politique, qui implique de nombreux acteurs directs et indirects de l'action. Une personne ne peut réaliser à elle seule une évaluation, d'où la nécessité de constituer un comité évaluation (20). Dans notre situation, ce comité sous la supervision du maître de stage, était constitué du coordonnateur intérimaire de projet, du chargé de programme, du chargé du suivi et évaluation et moi-même le stagiaire. La collecte des données du terrain a été faite à travers ce comité évaluation pour des raisons logistiques et budgétaires ; cependant dans certaines situations nous avons recouru aux volontaires.

2.1.2. Réunions et entretiens préparatoires :

Des réunions préparatoires ont été organisées avec les différents membres du comité de pilotage (coordonnateur adjoint du projet, le chargé de suivi et évaluation, le chargé de programme) et les différents acteurs du terrain (chef d'équipe, les superviseurs, les pairs éducateurs et les chargés du Conseil et dépistage volontaire) afin de comprendre le fonctionnement du projet et les modalités de sa mise en œuvre. Les entretiens avec les responsables de l'organisme d'accueil ont permis de circonscrire les objectifs et les attentes de l'évaluation. Il a été convenu que l'aspect financier ne devrait pas, en aucun cas, faire partie de notre évaluation pour des raisons internes. Nous n'avons donc pas eu accès à la documentation relative au volet financier du projet.

Outre la compréhension du fonctionnement et conduite du projet, ces réunions et entretiens préparatoires nous ont permis de présenter notre approche de travail et méthodologique et de là, requérir l'adhésion et les autorisations nécessaires de l'ensemble des acteurs clés pour notre mission.

2.1.3. Sources des données :

Trois grandes sources nous ont permis d'avoir les données nécessaires à notre évaluation :

- a. L'analyse des documents: il s'agit principalement des documents créés dans le cadre de ce projet : le manuel de formation, le relevé des rapports d'activités mensuelles ou trimestrielles, des comptes-rendus des réunions ;
- b. Une recherche bibliographique sur plusieurs thèmes à travers des moteurs de recherche internet (Yahoo, Google,...): éducation pour la santé, VIH et jeunes, compétences de vie et les jeunes, et éducation par les pairs en matière de VIH/Sida. Sur chacun des thèmes nous avons sélectionné

Méthodes

les documents utiles en fonction des critères : pertinence par rapport au pays, crédibilité scientifique, qualité du contenu, recommandations internationales, utilité pratique (guide, manuels de formation,...)

- c. La réalisation d'enquêtes nous a permis de recueillir des informations du terrain sur le programme et son déroulement ainsi que les acteurs. Il s'est agi des entretiens individuels et/ou de groupe et des questionnaires.

2.2. **Modèle d'évaluation :**

Nous nous sommes inspirés du modèle ex post facto avec groupe témoin car c'est lui qui correspondait le mieux à notre situation d'espèce.

2.2.1. **Description du modèle d'évaluation ex post facto avec groupe témoin :**

Le modèle d'évaluation descriptive ex post facto est utilisé dans de situations où l'évaluateur ne dispose que d'options limitées en ce qui concerne l'établissement de comparaison. L'évaluateur ne peut se référer à des mesures concernant les bénéficiaires qu'après leur exposition au programme, d'où l'utilisation du terme « ex post facto ». En principe, il est possible de parvenir à une estimation de la situation de référence **(21)**. Ce modèle n'est applicable que si aucune phase d'évaluation n'a eu lieu avant pour le programme éducatif et/ou aucune donnée d'archive n'est disponible en guise de pré-test **(22)**.

Par contre, une évaluation est réalisée sur un groupe de comparaison, au même moment et de la même façon que le groupe ayant reçu l'intervention.

2.2.2. **Validité du modèle d'évaluation ex post facto :**

Bien qu'il soit le moyen possible à nos yeux, dans notre situation d'espèce, d'estimer dans quelle mesure cette intervention a atteint ses objectifs, ce modèle comporte des limites importantes. Tout d'abord l'absence de pré-test ne permet pas d'évaluer véritablement si l'exposition à l'intervention a eu un effet sur la mesure. Ensuite, le fait qu'il n'y ait pas de groupe de comparaison équivalent ne permet pas de savoir vraiment si l'éventuel effet sur la mesure est dû à l'exposition à l'intervention ou à un biais dans la sélection des participants **(22)**.

Cependant, nous avons limité le degré d'incertitude vis-à-vis de la validité des résultats en recueillant des informations supplémentaires sur les sujets de deux groupes à travers des entretiens individuels auprès des pairs éducateurs et des jeunes bénéficiaires de l'intervention et d'entretien de groupes (focus group).

2.3. **Déroulement des activités**

2.3.1. Méthodologies utilisées :

Une étude Connaissances-Attitudes et Pratiques (Etude CAP), des entretiens semi-directifs et focus group ont été utilisés comme méthodes.

Méthodes

2.3.2. Choix de méthodes :

Pour déterminer les effets de l'intervention, **une étude CAP** a été conduite auprès des jeunes de deux groupes afin de comparer le niveau des connaissances, attitudes et pratiques de ces jeunes par rapport au VIH/Sida. Pour ce faire, nous avons conçu puis fait valider un questionnaire (version finale : Annexe II).

Nous avons ensuite choisi et conduit les entretiens semi-directifs parce qu'ils permettent l'analyse du sens que les différents acteurs donnent à leur pratique et aux événements auxquels ils sont confrontés et surtout la reconstitution d'un processus d'action, d'expériences ou d'événements du passé(23).

Les entretiens semi-directifs ne sont ni entièrement ouverts ni entièrement fermés. Le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquelles il souhaite que l'interviewé réponde. Les entretiens semi-directifs laissent davantage de liberté pour le chercheur mais aussi pour l'enquêté. C'est ainsi que nous les avons préférés par rapport aux entretiens directs qui laissent peu de marge de manœuvre à l'interviewé, peu de place à l'initiative de la parole (23).

Le Focus Group : est un outil qualitatif mis en contribution afin d'approfondir et éclaircir certaines questions déjà soulevées dans le guide d'entretien et d'en aborder d'autres non couverts par celui-ci. Les discussions thématiques dans les groupes permettent la confrontation des idées et opinions des uns et des autres sur les grandes questions. Il s'agit d'entretien semi-structuré, modéré par un animateur neutre en présence d'un observateur. Le nombre de focus group a été obtenu par saturation des résultats. (24)

Les échantillons pour les focus group sont des échantillons choisis à dessein (24) comprenant des personnes délibérément ciblées détenant des informations qui aideraient à atteindre les objectifs de l'étude.

L'étude des cas permet d'explorer avec les participants leur capacité d'analyse des situations et des résolutions des problèmes à trois niveaux : prise de conscience de savoirs qu'ils mobilisent, questionnement de leurs connaissances respectives et perfectionnement de leurs compétences.

2.3.3. Sites d'étude :

Nous avons recueilli nos données en réalisant des enquêtes dans 3 sites du projet: Madagali, Mubi et Yola. Nous avons identifié et constitué un 4^e site, dit de « site contrôle » dans le même Etat d'Adamawa. Le même questionnaire a été soumis aux jeunes du groupe contrôle ayant été inclus dans les enquêtes c'est-à-dire respectant les mêmes caractéristiques (âge, sexe, caractères socioculturels) ; à la différence du site intervention, les jeunes du site contrôle n'ont jamais été exposés à ce type d'intervention « compétences de vie » par les pairs éducateurs. L'identification du site contrôle a été facilitée par la bonne connaissance du terrain et l'expérience de membres de l'équipe évaluation. Nous nous sommes suffisamment renseignés sur la non-existence d'un tel programme des compétences de vie chez les jeunes dans ce secteur.

2.3.4. Critères d'inclusion :

Etaient inclus les jeunes de 12-24 ans, ayant bénéficié de l'éducation des compétences de vie par les pairs éducateurs issus du programme d'EYN HIV/AIDS Programme de 2009-2012 dans l'Etat d'Adamawa et y

Méthodes

résidant ; être disponible et avoir donné son consentement pour les jeunes de 18 ans et plus, et/ou leurs parents pour les mineurs.

Etaient d'office exclus tout autre jeune ne remplissant pas l'un de ces critères d'inclusion.

2.4. Description des outils de recueil des données:

2.4.1. Le questionnaire d'enquête CAP :

Le questionnaire avait 2 sections :

- la première section donnait des informations personnelles du répondant (âge, sexe, bénéficiaire ou pas des CVC, nombre d'années depuis le suivi des CVC) ;
- la deuxième section : contient le corps du questionnaire, fait de 25 questions fermées, réparties en 3 domaines (connaissances du VIH, voies de transmission et moyens de prévention : 14 questions ; attitudes : 5 questions et enfin les pratiques : 6 questions).

Le questionnaire a été distribué aux enquêtés par les membres de l'équipe évaluation qui pouvaient expliquer le sens de certaines questions en cas de besoin exprimé. Le questionnaire identique pour tous était fait des questions fermées.

L'exploitation statistique des réponses a été faite grâce aux logiciels SPSS 16.0 et Excel 2007.

2.4.2. Démarche par entretiens semi-directifs:

Les enquêtes par entretiens semi-directifs nous ont permis de recueillir des informations que nous avons estimées difficile à recueillir à l'aide du questionnaire sur le programme et sur des personnes.

L'entretien semi-directif suppose la définition d'un thème général, la constitution d'un guide thématique formalisé et la planification des stratégies d'écoute et d'intervention (les relances ou les formulations) (25).

Ces enquêtes qualitatives s'appuyant sur des entretiens semi-directifs individuels et de groupe nous ont permis d'obtenir des réponses précises, argumentées, détaillées et analyse des problèmes complexes (17).

Ces entretiens nous ont permis de vérifier la cohérence entre les réponses à certaines questions du questionnaire et le contenu d'un discours recueilli postérieurement sur le même thème.

Disposer à la fois des questionnaires et d'entretiens pour une même population cible, permet d'effectuer une lecture croisée des résultats. L'entretien qualitatif permet d'explorer les systèmes de représentation et les pratiques sociales qui ne peuvent être pleinement appréhendés dans le cadre du questionnaire.

2.5. Déroulement proprement dit de l'évaluation

Nos enquêtes se sont déroulées en 3 temps :

- 1) Préparation : rédaction du questionnaire ou la grille d'entretien, effectuer le pré-test ;
- 2) Réalisation : réalisation des entretiens et/ou passation des questionnaires

Méthodes

- 3) Exploitation des résultats : validation des données recueillies, analyse des données, rédaction des résultats et de l'interprétation qui en est faite.

2.5.1. Les enquêtes par entretiens semi-directifs:

Nous avons conçu puis fait valider un guide pour les entretiens individuels avec les membres du comité de coordination du projet afin de comprendre le projet dans son entièreté (voir grille version finale : Annexe III) et les exécutants de terrain (Chef d'équipe, Superviseur et Pairs éducateurs : Annexe IV) ; un guide pour les entretiens de groupe (focus group) avec les pairs éducateurs afin d'évaluer leurs capacités de reconnaître les situations génératrices de risques en matière de VIH (Annexe V : Etude de cas Melinda) ; un guide d'entretien avec les jeunes du groupe intervention (voir Annexe VI) a été aussi conçu et validé. Enfin un guide d'entretien avec certains parents des jeunes bénéficiaires (cfr. Annexe VIII) a été élaboré et validé pour usage.

Lors des entretiens semi-directifs individuels, des relances étaient effectuées sur des points qui n'avaient pas été abordés spontanément par la personne enquêtée. Ces entretiens se sont déroulés en face à face dans un lieu choisi souvent par l'interviewé afin de garantir sa tranquillité ; un guide d'entretien a été suivi à cet effet (voir annexes selon les différents acteurs interviewés).

Les entretiens de groupe ont bénéficié d'enregistrement (avec consentement des participants) afin de faciliter la récapitulation des discussions lors de la retranscription et analyse. Les règles à suivre et les objectifs des entretiens étaient clairement expliqués aux participants.

2.5.2. Les enquêtes par questionnaire :

Après avoir précisé les objectifs, la population cible, nous avons procédé à l'échantillonnage et les modalités de passation de questionnaires.

2.5.2.1. L'échantillonnage :

N'ayant nullement pas d'intention de généraliser les résultats, nous avons calculé notre échantillon d'enquête à l'aide de la formule (couramment utilisée car elle ne tient pas compte de la population totale) suivante (25) :

$$n = \frac{Z^2 * p(1 - p)}{c^2} = \frac{(1,96)^2 * 0,038(1 - 0,038)}{(0,05)^2} = 56$$

Avec :

n : Taille de l'échantillon

Z : Valeur correspondant à un niveau de confiance donné (1,96 pour un niveau de confiance de 95%, valeur généralement utilisée)

p : Prévalence de la maladie étudiée (prévalence du Sida dans l'Etat d'Adamawa est de 3,8% (7))

c : Erreur standard, exprimées en décimales (0,05)

Méthodes

2.5.2.2. Les conditions de passation des questionnaires :

Contrairement aux entretiens qui se déroulaient dans un endroit choisi par l'interviewé, nous avons opté en accord avec les jeunes de nous réunir dans des salles des églises EYN dans le site d'évaluation afin de répondre aux questionnaires d'évaluation au vu du nombre de jeunes appelés à répondre.

2.5.3 Collecte, Analyse et Traitement des données

La collecte des données s'est faite en fonction des activités : entretiens individuels avec les différents acteurs du projet, distribution et remplissage des questionnaires et enfin les sessions d'entretien de groupe. Une série de 4 focus group a été organisée avec 10 participants par session et dont la durée moyenne de séances était d'une heure et demie. Ces séances étaient organisées en des endroits neutres proposés par les participants (souvent salles des églises). A la fin de chaque session, les animateurs de groupe de discussion se réunissaient avec les autres membres de l'équipe évaluation enfin de faire le point des activités du jour. Les signes non verbaux étaient relevés et notés. L'analyse de données issues des entretiens commençait après retranscription des entretiens.

L'exploitation faisait appel à l'analyse du contenu pour les données codifiées du focus group afin d'estimer le poids de chaque thème par rapport à d'autres. Dans un premier temps, l'analyse de contenu est faite pour chaque personne, afin de faire apparaître les liens ou éventuellement les contradictions entre les réponses aux différentes questions. Dans un second temps, toutes les réponses sont analysées question par question. Plus qu'un comptage des réponses obtenues, il s'agit de faire apparaître les différents types de réponses possibles, en articulation avec les réponses à d'autres questions (20, 24).

L'analyse des données du questionnaire commençait lors du dépouillement après vérification des questionnaires remplis ; les questionnaires faisaient objet d'un codage en vue de la saisie informatique. La saisie et l'analyse statistique de données se sont faites grâce aux logiciels SPSS 16.0 et Excel 2007. Les traitements statistiques constituent un instrument explicatif essentiel puisqu'ils permettent de croiser des variables et de rechercher d'éventuelles corrélations entre elles. Le test du khi-deux a été utilisé pour la comparaison des résultats.

2.6. Questions d'ordre éthique

Le consentement libre et éclairé des répondants, le droit de se retirer de l'étude sans préjudice, l'anonymat des répondants, la confidentialité des réponses individuelles, et la demande d'autorisation de citer des passages pour les entretiens ont été garantis et rassurés à tous les participants (20,24).

L'autorisation des parents des jeunes impliqués dans le processus, à travers les pasteurs des églises de ces zones d'activités pour les répondants mineurs (âgés de moins de 18 ans), a été obtenue (20).

Résultats

3. RESULTATS

3.1. ORGANISATION DE LA MISSION :

3.1.1. Conduite de la mission d'évaluation :

Notre calendrier prévisionnel a subi des aménagements dictés par les réalités du terrain (cfr. calendrier final - Diagramme de Gantt : Annexe I) essentiellement occasionnés par la situation sécuritaire dans la région (insécurité liée aux islamistes des Boko Haram) et par un climat d'instabilité dans le chef de dirigeants du projet (suspension du coordinateur du projet une semaine avant notre arrivée au Nigeria). Cette instabilité sécuritaire et administrative a eu un impact dans la conduite de nos activités du terrain. L'absence d'archives sur des résultats du pré-test lors des enquêtes avant la mise en œuvre du projet a été aussi un défi de taille. L'existence de ces résultats du pré-test serait un baromètre de comparaison de l'évolution du niveau des connaissances des jeunes bénéficiaires de l'intervention.

3.1.2. Réunions et entretiens préparatoires :

Nous avons eu 6 réunions préparatoires de la mission réparties de la manière suivante :

- réunion avec les leaders de l'église EYN qui sont les demandeurs de l'évaluation, afin de clarifier la mission et d'harmoniser les points de vue ;
- réunion avec les responsables du projet afin de circonscrire la mission d'évaluation ;
- réunion avec les chefs d'équipe, les superviseurs et les pairs éducateurs de chaque site afin de comprendre l'exécution du projet sur le terrain et reconquérir leur adhésion et participation à l'évaluation.

En plus, nous avons organisé d'autres réunions et entretiens à chaque fois que les activités devaient s'organiser sur tel ou tel site afin de conquérir l'adhésion et la participation des responsables de l'église et les jeunes pour leur mobilisation.

3.2. PRESENTATION DES RESULTATS ISSUS DES DONNEES DU QUESTIONNAIRE

3.2.1. Description des groupes d'étude

Tableau I : Répartition des jeunes selon l'âge dans les 2 groupes

| Variable | Minimum | Maximum | Moyen |
|----------|---------|---------|-------|
| Age | 14 | 25 | 19 |

Les résultats de ce tableau montrent que l'âge moyen de nos enquêtés est de 19 ans, l'âge minimum est de 14 ans et l'âge maximum est de 25 ans.

Résultats

Tableau II : Répartition des jeunes selon le sexe dans les 2 groupes

| Variable sexe | Groupe Intervention | | | Groupe Contrôle | | |
|------------------|---------------------|---------|-------|-----------------|---------|-------|
| | Masculin | Féminin | Total | Masculin | Féminin | Total |
| Effectifs | 29 | 27 | 56 | 30 | 26 | 56 |

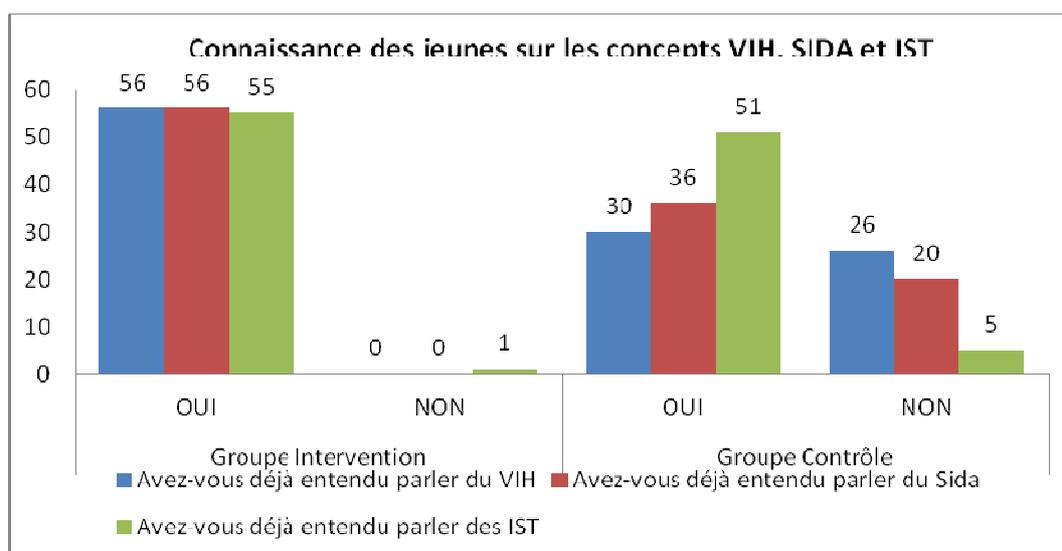
Ce tableau montre qu'il ya 29 jeunes du sexe masculin et 27 jeunes du sexe féminin dans le groupe intervention; et 30 jeunes du sexe masculin et 26 jeunes du sexe féminin dans le groupe contrôle.

Au total, pour notre échantillon de 112 jeunes, il y a 59 jeunes de sexe masculin (soit 52,68%) contre 53 jeunes de sexe féminin (soit 47,32%).

3.2.2. Présentation des résultats selon les objectifs opérationnels :

a. **Pour Objectif opérationnel 1 :** Connaissance des jeunes sur les concepts VIH, SIDA et IST :

Figure 2 : Connaissance des jeunes sur les concepts VIH, SIDA et IST



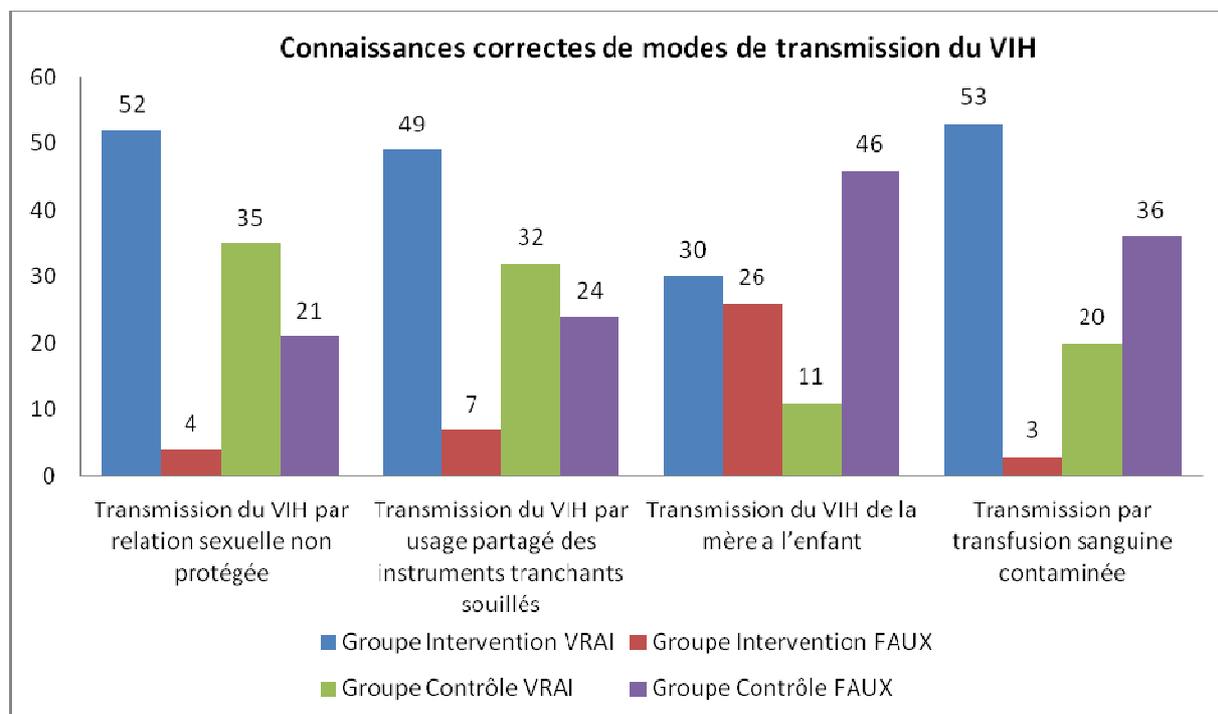
Il ressort de ce graphique que les jeunes du groupe intervention ont tous entendu parler du VIH, du SIDA et des IST ; 1 jeune sur 56, soit 1,78%) a déclaré ne se rappeler avoir entendu parler des IST. Par contre, dans le groupe contrôle, les jeunes ayant déclaré avoir entendu parler du VIH, du SIDA et des IST sont de l'ordre en pourcentage de 46,4%, 35,7% et 9% respectivement.

Les illustrations suivantes (tableau et graphique) permettront de voir les différentes connaissances (correctes et erronées) des jeunes sur les voies de transmission du VIH/SIDA.

Résultats

b. Objectif Opérationnel 2 : Connaissance des modes de transmission du VIH

Figure 3 : Connaissance correcte des modes de transmission du VIH par les jeunes



Les résultats de ce graphique montrent que 52 jeunes sur 56 du groupe intervention (soit 92,86%) connaissent la voie de transmission du VIH par relation sexuelle non protégée ; par contre 35 jeunes sur 56 (soit 62,5%) du groupe contrôle connaissent que le VIH peut se transmettre par relation sexuelle non protégée. S'agissant de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 30 jeunes du groupe intervention sur 56 (53,6%) connaissent cette voie de transmission du VIH par rapport à 11 jeunes du groupe contrôle sur 56 (soit 19,6%), etc.

Tableau III : Connaissances erronées des modes de transmission du VIH

| | Groupe Intervention | | | Groupe Contrôle | | |
|---|---------------------|------|-------|-----------------|------|-------|
| | Vrai | Faux | Total | Vrai | Faux | Total |
| Transmission du VIH par embrassades | 4 | 52 | 56 | 38 | 18 | 56 |
| Transmission du VIH par partage des toilettes et douches avec une PVV | 2 | 54 | 56 | 39 | 17 | 56 |
| Transmission du VIH par piqure de moustiques | 7 | 49 | 56 | 30 | 26 | 56 |

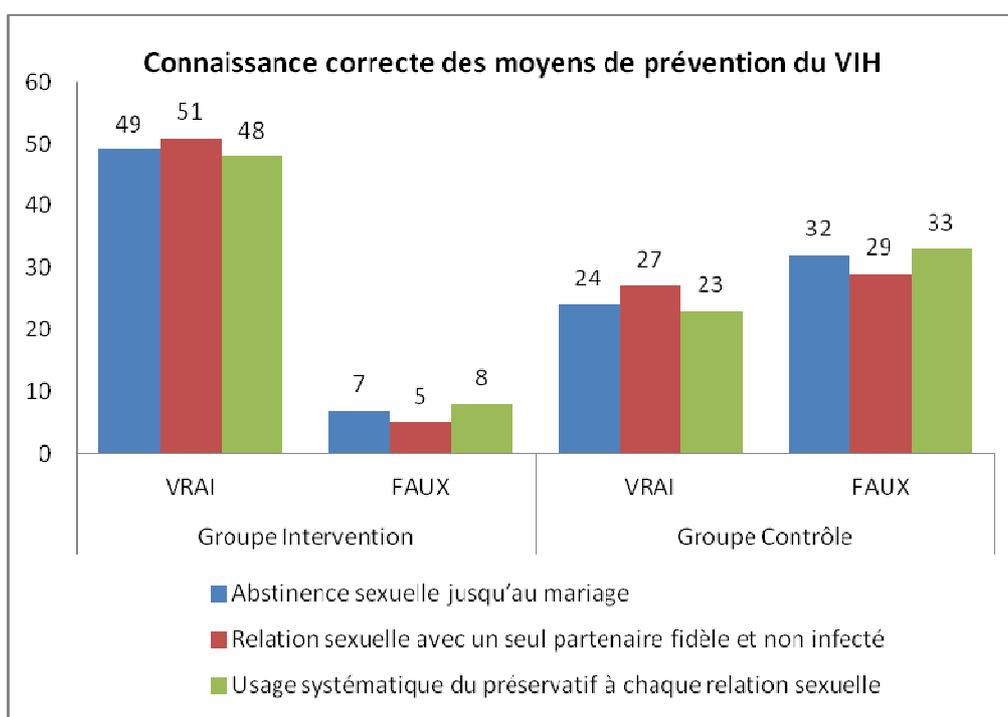
Résultats

Par rapport aux connaissances erronées sur les voies de transmission du VIH chez les jeunes; le tableau ci-haut montre que 4 jeunes sur 56 (soit 7,14%) du groupe intervention croient encore que le VIH peut se transmettre par embrassades contre 38 jeunes sur 56 (soit 67,86%) des jeunes du groupe contrôle ; 2 jeunes sur 56 (soit 3,57%) des jeunes du groupe intervention connaissent que le VIH peut se transmettre par partage des toilettes et/ou douches avec une personne vivant avec le VIH (PVV) par rapport à 39 jeunes sur 56 (soit 69,64%) du groupe contrôle sur le même mode de transmission. Enfin, 7 jeunes sur 56 (soit 8,9%) des jeunes du groupe intervention croient encore que le VIH peut se transmettre par piqure de moustiques par rapport à 30 jeunes sur 56 (soit 53,5%) du groupe contrôle.

Après avoir analysé les connaissances des jeunes sur les voies de transmission, les illustrations suivantes nous permettront d'appréhender les différentes connaissances (correctes et erronées) des jeunes sur les moyens de prévention du VIH/SIDA.

c. Objectif opérationnel 3 : Connaissance sur les moyens de prévention contre le VIH/Sida

Figure 4 : Connaissance correcte des moyens de prévention du VIH par les jeunes



Les résultats de ce graphique montrent que 49 jeunes sur 56 du groupe intervention (soit 87,5%) reconnaissent l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage comme moyen de prévention contre 24 jeunes sur 56 (soit 42,86%) du groupe contrôle ; par rapport au moyen de prévention du VIH par relation sexuelle

Résultats

avec un seul partenaire fidèle et non infecté, 51 jeunes sur 56 du groupe intervention (soit 91,07%) connaissent ce moyen contre 27 jeunes sur 56 (48,2%) du groupe contrôle et enfin 48 jeunes sur 56 (soit 85,7%) des jeunes du groupe intervention connaissent le moyen préventif par usage systématique du préservatif à chaque rapport sexuel contre 23 jeunes sur 56 (soit 41,07%) du groupe contrôle.

Tableau IV: Connaissances erronées des moyens de prévention du VIH/Sida

| | Groupe Intervention | | | Groupe Contrôle | | |
|---|---------------------|------|-------|-----------------|------|-------|
| | Vrai | Faux | Total | Vrai | Faux | Total |
| On peut se prévenir du VIH en évitant de parler à une PVV | 6 | 50 | 56 | 40 | 16 | 56 |
| On peut se prévenir du VIH en se mariant tôt | 16 | 40 | 56 | 36 | 20 | 56 |

Il découle de ce tableau que 6 jeunes sur 56 (soit 10,7%) du groupe intervention pensent encore qu'éviter de parler à une PVV permet de se prévenir du VIH contre 40 jeunes sur 56 (soit 71,4%) du groupe contrôle. En plus, 16 jeunes sur 56 (soit 28,57%) du groupe intervention pensent qu'on peut se prévenir du VIH en se mariant tôt contre 36 jeunes sur 56 (soit 64,28%) du groupe contrôle.

Les deux tableaux suivants permettent d'appréhender les différentes attitudes des jeunes (du groupe intervention et contrôle) vis-à-vis du VIH/SIDA et à l'adhésion au dépistage volontaire du VIH/SIDA

d. Objectif opérationnel 4: Connaissance sur le dépistage du VIH/Sida

Tableau V: Attitudes sur l'existence du Sida, sur le port du préservatif et sur le dépistage :

| | Groupe Intervention | | | Groupe Contrôle | | |
|---|---------------------|--------------|-------------|-----------------|--------------|-------------|
| | D'accord | Pas d'accord | Indifférent | D'accord | Pas d'accord | Indifférent |
| Sida existe | 55 | 0 | 1 | 40 | 11 | 5 |
| Sida concerne seulement prostituées et jeunes à multiples partenaires sexuels | 5 | 49 | 2 | 25 | 25 | 6 |
| Port du préservatif est immoral et mauvais comportement | 26 | 16 | 14 | 29 | 20 | 7 |
| Dépistage est affaire des adultes mariés | 8 | 46 | 2 | 37 | 14 | 5 |
| J'adhère au dépistage volontaire | 54 | 0 | 2 | 30 | 12 | 14 |

Résultats

Les résultats de ce tableau présentent les différentes attitudes des jeunes vis-à-vis du VIH/SIDA, du port du préservatif et à l'adhésion au dépistage volontaire. Il ressort de ces résultats de ce tableau que 55 jeunes du groupe intervention sur 56 (soit 98,2%) reconnaissent l'existence du VIH/SIDA par rapport à ceux du groupe contrôle (40 jeunes sur 56 soit 71,4%). Un seul jeune sur 56 (soit 1,78%) du groupe intervention est indifférent sur l'existence du VIH/Sida contre 5 jeunes sur 56 (soit 8,92%) du groupe contrôle. A l'assertion de dire que le Sida ne concerne que les prostituées et les jeunes à multiple partenaires sexuels, les résultats montrent que 5 jeunes sur 56 (soit 8,92%) du groupe intervention endossent cette assertion contre 25 jeunes sur 56 (soit 44,64%). A l'affirmation du port du préservatif par un jeune est un acte de mauvais comportement et d'immoralité, 26 jeunes sur 56 (soit 46,42%) du groupe intervention adhèrent à cette idée contre 29 jeunes sur 56 (soit 51,78%) du groupe contrôle. En ce qui concerne l'assertion que le dépistage ne concerne que les adultes mariés, les résultats nous montrent que 8 jeunes sur 56 (soit 14,28%) du groupe intervention adhèrent à cette idée contre 37 jeunes sur 56 (soit 66,07%) du groupe contrôle. Enfin 54 jeunes sur 56 du groupe intervention adhèrent volontairement au dépistage VIH contre 30 jeunes sur 56 (soit 53,57%) du groupe contrôle.

e. Objectif opérationnel 5 : Pratiques des moyens de prévention :

Tableau VI : Pratiques du préservatif chez les jeunes

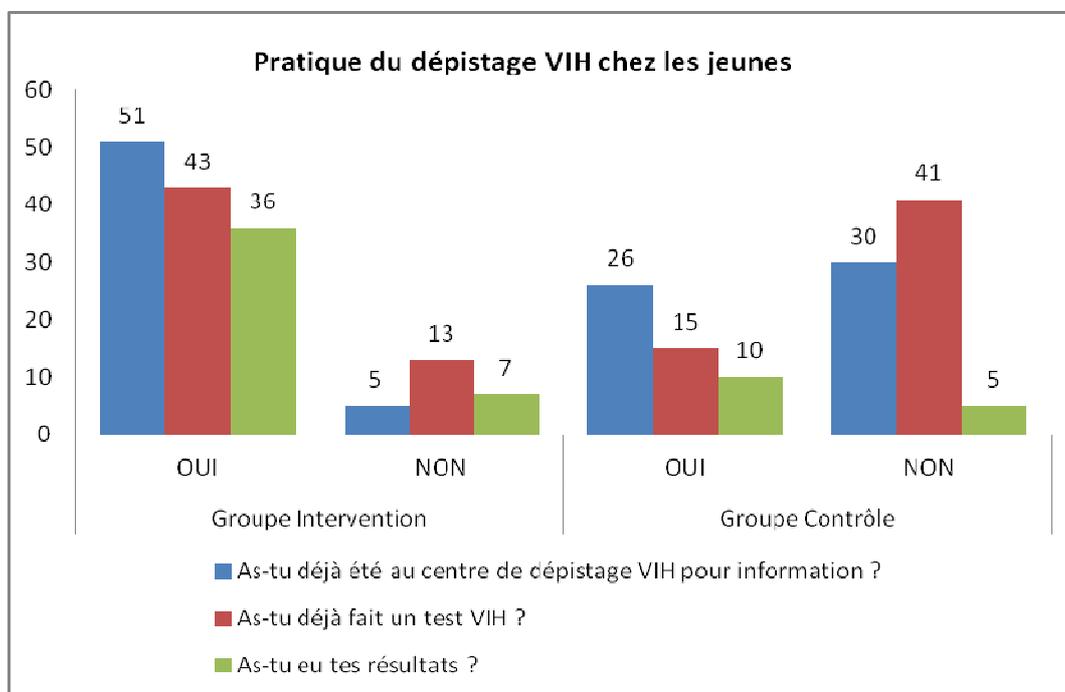
| | Groupe Intervention | | | Groupe Contrôle | | |
|--|---------------------|-----|-------|-----------------|-----|-------|
| | Oui | Non | Total | Oui | Non | Total |
| As-tu déjà entendu parler du préservatif ? | 56 | 0 | 65 | 40 | 16 | 56 |
| As-tu eu de relations sexuelles dans les six derniers mois ? | 20 | 36 | 56 | 26 | 30 | 56 |
| Si OUI, as-tu utilisé le préservatif ? | 18 | 2 | 20 | 5 | 21 | 26 |

Il découle de ce tableau que les jeunes du groupe intervention ont tous déjà entendu parler du préservatif par rapport à ceux du groupe contrôle dont 40 jeunes sur 56 soit 71,4%. En effet, sur 20 jeunes du groupe intervention ayant reconnu avoir eu des relations sexuelles dans les 6 derniers mois, 18 jeunes (soit 90%) ont eu recours à l'usage du préservatif. Par contre, sur 21 jeunes du groupe contrôle ayant reconnu avoir eu des relations sexuelles dans les 6 derniers mois, seulement 5 jeunes (soit 23,8%) ont eu recours à l'usage du préservatif, etc.

Résultats

Objectif opérationnel 6 : attitudes concernant le dépistage du VIH/Sida :

Figure 5 : Pratique du dépistage VIH chez les jeunes :



Les résultats de ce graphique révèlent que 51 jeunes sur 56 (soit 91,07%) du groupe intervention se sont déjà rendus au centre du dépistage VIH pour information relative au VIH dont 43 jeunes se sont fait dépister volontairement et 36 jeunes sur les 43 dépistés (soit 83,72%) ont récupéré leurs résultats du test. Par contre, sur 26 jeunes du groupe contrôle ayant été au centre de dépistage pour informations relatives au VIH, 15 jeunes (soit 57,69%) se sont faits volontairement dépister et dont 10 jeunes (soit 66,67%) ont récupéré leurs résultats du test.

3.3. PRESENTATION DES RESULTATS DES ENTRETIENS

3.3.1. Résultats du guide adressé aux membres de l'équipe de coordination :

Nous avons réalisé 3 entretiens individuels semi-directifs avec 3 membres du comité de coordination du projet (soit 1 interview par personne). Sur les 6 membres de ce comité au moment de l'implantation du projet objet de l'évaluation, personne n'était encore en fonction au moment de notre évaluation (soit démissionnaire, soit en suspension disciplinaire ou fin mandat). Nous avons pu donc rencontrer trois membres de l'ancienne équipe de coordination du projet.

Ces entretiens nous ont permis de comprendre le contexte de la conception du projet, sa mise en œuvre,

Résultats

les difficultés rencontrées au cours de son exécution et la fin du projet.

Certainness declarations relatives à la conception du projet: « *with the increase on the HIV prevalence within the country and Adamawa State, the leadership of the church decided that it's important to protect our youths by giving them the best of ourselves. We got support from our partner Mission-21. Meeting were held with the youth leaders of various Districts Churches Councils (DCC) to know what they are thinking* » (Extrait des propos du coordinateur adjoint du projet au moment de sa mise en œuvre). Traduction : « avec la montée de la prévalence du VIH dans le pays en général et dans l'Etat d'Adamawa en particulier, les leaders de l'église ont décidé de protéger leurs jeunes en leur donnant le meilleur d'eux-mêmes ; nous avons eu l'apport de notre partenaire Mission-21. Des réunions ont eu lieu avec les leaders des jeunes au niveau de Districts des différentes églises.

C'est au cours de ces entretiens que nous avons pu fouiller en profondeur en suivant le guide d'entretien fait à cet effet (Annexe III). Ces entretiens nous ont permis de vérifier que les jeunes bénéficiaires du projet ont été consultés dès la conception du projet.

A la question relative aux difficultés rencontrées, voici les réponses: « *the first and big challenge was the time of the projet (very very short...six months!! and the second challenge was at some stage the incentives given to peer educators. During supervision, they expressed that will, but never been demotivated* » ; *the next challenge was the way of NACA supervision was very stressful* (Extrait des propos du chargé de programme). Traduction : le premier et grand défi était la durée du projet (très très courte...six mois), le second défi était les primes de motivation des pairs éducateurs et ensuite la manière surprenante de supervision de NACA, était stressante.

S'agissant des résultats du projet : à la question de savoir si les objectifs ont été atteints, tous les interviewés sont unanimes que les objectifs ont été atteints et en sont fiers. « *We are very proud that we achieved something for the better future; but the fight is not over yet as we have to continue doing and watch carefully how the guys behave (...); we reached around 5000 young people in 6 months ; with this security challenge, we are not sure how young people they live what they learnt during the program* (Extrait des propos du chargé du suivi et évaluation au moment du projet). Traduction : « nous sommes fiers de résultats mais nous devons soigneusement suivre comment ces jeunes se comportent(...); nous avons atteint nos objectifs : dans 6 mois, nous avons atteint autour de 5000 jeunes ; avec le défi sécuritaire actuel, nous ne sommes pas sûrs de comportement de ces jeunes.

A la question de: comment les bénéficiaires et les agents ont accueilli l'intervention? Différentes réponses ont été émises? Par exemple: «*this projet revealed to us tremendous informations on HIV among our*

Résultats

communities. I did not believe that many of our youths although attending school were so ignorant on HIV... » (Extrait du coordonnateur adjoint du projet à l'époque de son exécution). Par traduction : « Ce projet nous a fait découvrir d'énormes informations sur le VIH dans nos communautés. Je ne pouvais m'imaginer que beaucoup de nos jeunes bien que scolarisés encore étaient si ignorants sur le VIH».

Il poursuit : « *although the rhythm (speedy) of the activities and the little time we had, it was wonderful the way young people enjoyed this program even the high rank church leaders observed the changes* ». Traduction : « Malgré le rythme accéléré des activités, les jeunes ont bien aimé ce programme...même les responsables des églises observèrent les changements ».

Par contre, un autre rappelle les caractères exceptionnels des conditions de travail avant le lancement de la mise en œuvre du projet. Je cite : « *we love work for the church...this job was done by volunteering and we can be proud as we see our young people growing safely out of this HIV context we hope. We did not sleep when we implemented this project. We were leaving our home every Monday and come back Friday evening...doing sensitization of your future governor of the church and communities" (...) if it was not the job of God, it could have been difficult to get so much involved considering the incentives we were given at the end. Till now we are strongly committed to this job because we saw how youths were changed by receiving new information* » (extrait du chargé de suivi et évaluation du programme au moment du projet). Traduction : "nous aimons travailler pour l'église...ce travail a été fait sur base de bénévolat ; aujourd'hui nous pouvons être fier de voir comment nos jeunes grandissent sainement hors de ce contexte du VIH, nous espérons. Nous ne dormions pas lorsque nous mettions en place ce projet car nous quittions nos maisons chaque lundi pour ne revenir que le vendredi soir...entraîn de sensibiliser nos futurs responsables des églises et communautés » (...) si ce n'était pas le travail de Dieu, ça aurait été difficile de s'y engager considérant les motivations que nous recevions à la fin" (extrait du chargé de suivi et évaluation).

3.3.2. Résultats de Focus group avec les jeunes bénéficiaires de l'intervention :

Les sessions d'entretien de groupe avec les jeunes bénéficiaires, nous ont permis de jauger leur niveau de connaissance en dehors du questionnaire et en même temps apprécier leur niveau de satisfaction par rapport aux connaissances acquises. Nous avons suivi un guide élaboré à cet effet (voir Annexe VI).

À la question de définir les concepts VIH, SIDA et IST, la totalité des participants (7 participants/10, pouvait définir tous ces 3 concepts sans difficulté, soit 70% et 3 participants sur 10 pouvaient définir correctement et sans hésitation 2 concepts sur 3).

A la question d'acquisition de connaissance sur les modes de transmission du VIH, 6 participants sur 10

Résultats

pouvaient citer correctement les 4 modes usuelles de transmission, 2 participants sur 10 ne pouvaient citer que 3 modes et 2 participants pouvaient reconnaître sans peine ni hésitation 2 modes de transmission.

Après avoir parcouru notre guide, nous nous sommes permis de poser quelques questions en guise de recueillir leur satisfaction. Divers témoignages ont été enregistrés: « *I'm very proud with what I have learnt through this project. Now I know how to behave when someone want from me something which is risky...(young lady of 15 years)* ; *at home, I'm very appreciated from my brothers and sisters... now they always ask me whenever we discuss about HIV, I really feel important compare to the time before...(young boy of 16 years)*.

Before this program, I cannot remember whether I knew how someone could get infected by HIV, now I know at least 2 to 3 ways without thinking a lot... even at school they don't teach us things we learned through this program. I'm very lucky. Thank you EHAP! (Young boy of 16 years)

My colleagues who saw me as nothing respect me in class as I know more than them and many friends now consult me on small matters (boy of 15 years).

Traduction: "Je suis très fier avec ce que j'ai appris dans ce projet. Maintenant, je sais comment se comporter lorsque je suis sollicitée...(Propos d'une fille de 15 ans); à la maison, je me sens très appréciée par mes frères et soeurs. Ils me demandent toujours lorsque nous discutons du VIH, je me sens vraiment plus utile par rapport au temps d'avant...(Propos d'une fille de 16 ans).

Avant ce projet, je ne me rappelle pas si je savais comment on peut contracter le VIH, maintenant j'en connais facilement 2 ou 3 modes ... même à l'école, on ne nous enseigne pas toutes ces choses. J'ai de la chance. Merci EHAP (Propos d'un garçon de 16 ans).

3.3.3. Résultats d'entretiens avec les parents des jeunes bénéficiaires de l'intervention :

Quelques interviews avec les parents ou tuteurs de certains jeunes bénéficiaires de l'intervention nous ont permis de recueillir les témoignages sur les comportements de ces jeunes (sentiment de satisfaction).

A la question de savoir si le parent/tuteur était content ou pas que son garçon/fille suit ces CVC, voici diverses réponses : « *Since my girl has attended this HIV/AIDS course, she is now more stable and assertive ... she was very stubborn this girl (...). Now i can relax ; she sometimes come to me and explain to me what she learns every evening* (extrait d'une mère d'une fille de 17 ans) ». Traduction : Depuis que ma fille suit ces cours de compétences de vie sur le VIH/Sida, elle est devenue stable et rassurée (...) elle était très troublée cette fille (...) Maintenant je peux avoir une conscience tranquille ; elle venait chaque soir vers moi et m'expliquer tout ce qu'elle a appris.

Résultats

Un autre témoignage : « *I'm now very proud seeing my boy becoming a reference in our village in terms of behaviors and knowledge (...); I see many young guys following my boy in evening discussing HIV topics. Since this training, my boy is really very selective in terms of friends. He abandoned his old bad friends!* (Extrait du témoignage d'un père d'un garçon de 16 ans). Traduction : « je suis très fier de voir mon fils devenir la référence dans notre village en termes de connaissances sur le VIH et comportements (...); je vois beaucoup de jeunes le suivre dans les après-midi discutant de sujets en liaison du VIH. Depuis cette formation, il a abandonné ces anciens copains et est devenu très sélectif dans son choix d'amis ».

Un autre parent témoin: « *in our tradition, we don't talk about sex related matters with our kids, since my girl has attended that course, she always come to me and ask me many things. At the beginning I was very angry that this lady is now talking about this disease which is killing people here and people are saying that only males who sleep around catch it... now my girl is after this course every evening(...). I realized later that I didn't know many things than what my girl know at the moment. Since then, we speak with her in the corner as she has to explain to me what she learns* » (propos d'une mère d'une fille de 17 ans). Traduction : « dans nos traditions, on ne parle pas de sujets ayant trait à la sexualité avec ses enfants, depuis que cette fille suit ses cours, elle vient vers moi et demande autant de questions. Au début, j'étais très fâchée que cette fille parle maintenant de cette maladie qui tue les gens ici et les gens disent que seulement les hommes qui couchent avec les femmes dehors l'attrapent(...) maintenant ma fille suit ces cours chaque soir (...) J'ai réalisé plus tard que je ne savais pas grand-chose plus que ce que ma fille connaît maintenant. Depuis, on se parle dans notre coin car elle doit m'expliquer ce qu'elle a appris » (Propos d'une mère d'une fille de 17 ans).

4. DISCUSSION :

D'après CONTANDRIOPOLOUS : « **Evaluer** consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations valides sur cette intervention de façon à ce que les acteurs concernés soient à mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en action ». (27)

4.1 - Période d'étude :

Notre mission du stage s'est déroulée durant 5 mois (soit du 07 janvier au 07 Juin 2013) et nos activités du terrain liées aux enquêtes d'évaluation du projet se sont déroulées du 20 Janvier au 30 Avril 2013 sur 3 sites du projet (groupe intervention) et sur 1 site contrôle (pour les jeunes du site contrôle).

4.2 - But de l'étude :

Notre étude visait à évaluer les effets de l'intervention éducation et acquisition des compétences de vie en matière de VIH/Sida chez les jeunes de 12-24 ans par l'approche de pairs éducateurs. Il s'agit de mesurer l'impact de pairs éducateurs sur les connaissances, les attitudes et les pratiques comportementales de leurs pairs en communauté dans le cadre de prévention du VIH/Sida.

4.3 - Limites de la méthodologie :

Notre évaluation, focalisée sur le niveau de connaissances correctes ou erronées, en matière de VIH/Sida n'a pas concernée ni le processus ni les ressources et pourtant la qualité de l'approche pourrait être fortement influencée par ces deux composantes de l'intervention (formation des pairs éducateurs, interaction avec leurs camarades, difficultés rencontrées au cours de la mise en œuvre du projet, etc.).

Le modèle d'évaluation utilisé (ex post facto avec groupe témoin) dans de situations où l'évaluateur ne dispose que d'options limitées en ce qui concerne l'établissement de comparaison contient de nombreux biais. L'évaluateur ne peut se référer à des mesures concernant les bénéficiaires qu'après leur exposition au programme (26). Le fait qu'il n'y ait pas eu de phase d'évaluation avant la mise en œuvre de l'intervention ou la disponibilité d'archive en guise de données pré-test pouvant nous servir lors de comparaison post-test, nous a rendu la tâche difficile. La constitution d'un groupe de comparaison non équivalent est aussi un facteur pouvant affecter les conclusions de nos résultats (28). Toutefois, le recueil des informations supplémentaires dans les deux groupes a permis de résoudre les effets néfastes liés au modèle d'évaluation (28). Cependant, nous avons limité le degré d'incertitude vis-à-vis de la validité des résultats en recueillant des informations supplémentaires sur les sujets de deux groupes à travers des entretiens semi-directifs individuels et des entretiens de groupes (focus group).

Discussion

4.4 - Collecte et gestion des données :

Notre étude a porté sur 112 jeunes dont 56 jeunes ayant bénéficié de l'éducation des CVC par les pairs éducateurs (groupe intervention) et 56 jeunes du groupe contrôle (n'ayant pas bénéficié de compétences de vie courante).

Les questionnaires ont été distribués par les membres de l'équipe évaluation. Nous avons donc administré 112 questionnaires (56 questionnaires au groupe intervention et 56 questionnaires au groupe contrôle) et recueilli tous les 112 questionnaires que nous avons traité (soit un taux de participation de 100%) ; il n'y a pas eu de répondants car le remplissage des questionnaires se faisait sous la supervision des enquêteurs afin de suppléer avec d'éventuelles explications si besoin.

4.5 - Discussion des résultats issus des questionnaires :

Nous avons enquêté sur un échantillon de 112 jeunes repartis en 56 jeunes du groupe intervention dont 29 garçons et 27 filles et 56 jeunes du groupe contrôle repartis en 30 garçons et 26 filles. Au total, l'échantillon avait 59 garçons (soit 52,68%) et 53 filles (47,32%).

Les comparaisons faites (à l'aide du test khi-deux) sur base des résultats du post-test entre les deux groupes (intervention et contrôle) ont révélé que les jeunes en général avaient déjà entendu parler du VIH, du SIDA et des IST. Par ailleurs, les jeunes du groupe intervention ont tous affirmé avoir entendu parler du VIH et du SIDA (soit 100%), et 55 jeunes sur 56 du groupe intervention ont déjà entendu parler des IST (soit 98,21%) contre 53,57% , 64,28% et 91,07% des jeunes du groupe contrôle affirmant avoir respectivement déjà entendu parler du VIH, du Sida et des IST. Les résultats issus du test du khi-deux montrent qu'il y a forte dépendance entre l'acquisition de CVC et la connaissance du VIH/SIDA ($p=0,000$).

a. Connaissances correctes de voies de transmission du VIH par les jeunes :

Les jeunes ayant bénéficié de l'intervention ont significativement progressé en termes de connaissances correctes des voies de transmission du VIH par rapport à leurs pairs du groupe contrôle (92,8% contre 62,5% pour la connaissance de transmission par mode de rapports sexuels non protégés respectivement) et par conséquent régressé le niveau des connaissances erronées sur les modes de transmission; Par exemple, 40 jeunes sur 56 (soit 71,4%) du groupe contrôle pensent qu'éviter de parler à une PVV serait un moyen de prévention du VIH/Sida contre seulement 6 jeunes sur 56 (soit 10,7%) du groupe intervention. Cela s'expliquerait par l'acquisition de ces compétences de vie permettant aux jeunes d'acquérir d'informations correctes et actualisées en matière de VIH/Sida à travers les pairs éducateurs formés à cet effet. Le test du khi-deux a montré une dépendance statistique significative entre la bonne connaissance des modes de transmission du VIH et l'acquisition des CVC ($p=0,000$).

Discussion

Fawole I.O et col., ont aussi abouti sur les mêmes conclusions en milieu scolaire dans l'Etat d'Ibadan au Nigeria que l'éducation des compétences de vie (life skills) par les pairs éducateurs améliorerait les connaissances sur les modes de transmission et les moyens de prévention dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle. **(28)**

b. *Connaissance correcte des moyens de prévention :*

Les résultats de nos enquêtes ont globalement montré que l'éducation et acquisition des compétences de vie par les pairs éducateurs a favorisé l'amélioration de connaissances des jeunes du groupe intervention sur les moyens de prévention du VIH. Le test du khi-deux a montré qu'il existe une dépendance significative entre ces 3 variables de connaissance correcte des moyens de prévention du VIH et l'acquisition des CVC ($p=0.000$). Nos résultats d'enquête par exemple ont montré que 49 jeunes sur 56 du groupe intervention (soit 87,5%) reconnaissent l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage comme moyen de prévention contre 24 jeunes sur 56 (soit 42,86%) du groupe contrôle. Les résultats du test du khi-deux ont montré une dépendance statistiquement significative entre l'acquisition des CVC par les jeunes et les trois variables des connaissances correctes des moyens de préventions du VIH/SIDA ($p=0.000$).

Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés lors d'une enquête pré-test au Congo Brazzaville où 49,1% des jeunes garçons et 41,8% des jeunes filles préconisaient l'abstinence sexuelle comme moyen de prévention contre le VIH. **(29)**

Ainsi, le pourcentage des jeunes issus du groupe intervention avec des connaissances erronées sur les moyens de prévention du VIH (par exemple penser que se marier tôt et éviter de parler à une PVV serait un moyen de prévention contre le VIH/Sida) s'est considérablement réduit grâce à l'intervention (soit 10,7% des jeunes du groupe intervention pensent encore qu'éviter de parler à une PVV serait un moyen de prévention contre 71,4% des jeunes du groupe contrôle) et pour le mariage précoce comme moyen de prévention du VIH (28,6% contre 64,3% respectivement pour le groupe intervention et groupe contrôle).

Fawole I.O et col., ont aussi abouti sur les mêmes conclusions **(28)**.

c. *Attitudes des jeunes vis-à-vis du VIH/Sida et dépistage :*

En ce qui concerne les attitudes des jeunes vis-à-vis du VIH, les résultats ont montré que l'acquisition des CVC améliorerait grandement les attitudes de jeunes bénéficiaires à l'égard du VIH/Sida comparativement à leurs pairs du groupe contrôle. Par exemple, l'assertion disant que le Sida ne concerne que les prostitués et les jeunes à multiples partenaires sexuels a été fortement désapprouvée par les jeunes du groupe intervention 49 jeunes sur 56 (soit 87,5%) contre 25 jeunes sur 56 (soit 44,64%) du groupe contrôle qui l'ont désapprouvée. Quant à l'adhésion au dépistage volontaire, les résultats ont montré que les jeunes du groupe intervention

Discussion

adhérait facilement au dépistage volontaire par rapport à leurs pairs du groupe contrôle (54 jeunes contre 30). En effet, les résultats du test de khi-deux ont montré que les 4 variables (Sida existe, Sida concerne seulement les prostitués et les jeunes à multiples partenaires sexuels, dépistage est affaire des adultes mariés) ont de dépendance statistiquement significative par rapport à l'acquisition des CVC (respectivement $p=0,002<0.005$; $p=0.000$; $p=0,000$ et $p=0,000$).

Par contre, le test du khi-deux n'a pas montré de dépendance significative entre la variable port du préservatif et l'acquisition des CVC ($p=0,230>0,05$).

Le test du khi-deux en a montré la dépendance statistiquement significative entre l'adhésion au dépistage et l'acquisition des CVC ($p=0.000$).

Nous pensons que cela s'expliquerait par le fait que l'acquisition ou non des CVC par les jeunes à majorité chrétiens n'a pas fait évoluer significativement leur attitude par rapport au port et usage du préservatif. L'intervention issue d'une organisation chrétienne n'as pas priorisé l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention efficace du VIH pour raison interne liée à la foi.

Les fausses conceptions et attitudes envers le port du préservatif (46,4% des jeunes du groupe intervention contre 51,8% des jeunes du groupe contrôle), est de loin supérieur aux résultats de l'enquête menée au Congo Brazzaville en prélude des recommandations de mise en place des compétences de vie par les pairs chez les jeunes de 10-17 ans qui sont largement positives **(29)**.

Selon cette étude menée au Congo-Brazzaville, l'attitude par rapport à l'utilisation du préservatif est positive chez les jeunes de 10-17 ans : 82,8% des garçons et 75% des filles (résultat des enquêtes pré-intervention au Congo Brazzaville) sont favorables à son utilisation contre 17,2% des garçons et 25% des filles ayant une attitude défavorable du port et/ou de l'utilisation du préservatif pour des raisons morales, émotionnelles et sanitaires. **(29)**

Paradoxalement, cette enquête du Congo-Brazzaville a montré que le taux d'adhésion des jeunes de 10-17 ans par rapport au dépistage est faible : 5,9% des garçons contre 6,9% des filles seulement ont déclaré avoir fait un test de dépistage. **(29)**

d. Pratiques des jeunes envers le VIH/Sida et autres ISTs :

Par rapport aux pratiques des jeunes à l'égard du VIH, les résultats ont montré que sur les 20 jeunes du groupe intervention ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles dans les 6 derniers mois, 18 ont fait usage de préservatif (soit 90%) contre 5 jeunes sur 21 du groupe contrôle (soit 23,8%).

Le test de khi-deux n'a pas montré de dépendance statistiquement significative entre l'acquisition de CVC et la variable avoir eu des relations sexuelles dans les 6 derniers mois ($p=0,249 > 0,05$). Cela s'expliquerait par le fait que l'adoption des comportements n'est pas forcément liée aux connaissances acquises (théorie comportementale) **(30)**.

Discussion

Ces mêmes constatations de l'augmentation de l'usage du groupe intervention ont été observées lors de l'étude de Fawole I.O. dans le milieu scolaire dans l'Etat d'Ibadan, au Nigeria où il a constaté une diminution du nombre des partenaires sexuels des étudiants du groupe intervention par rapport à ceux du groupe contrôle et une augmentation d'utilisation de préservatifs lors de rapports sexuels **(28)**.

4.6 Conclusion et Recommandations :

Les résultats comparatifs globaux montrent clairement que les jeunes avaient certaines connaissances sur le VIH/Sida avant leur exposition à l'intervention des CVC par les pairs ; cependant, il a été constaté que les jeunes bénéficiaires de l'intervention en ont gagné plus encore et ont régressé leur niveau de connaissances erronées sur plusieurs aspects. Nous sommes sans ignorer que ces jeunes du groupe contrôle bien que n'ayant jamais reçu formellement des compétences de vie, ils sont d'une manière ou d'une autre exposés à ces informations (écoles, medias, affiches publicitaires...)

Une éducation par les pairs de bonne qualité entraîne des dépenses énormes cachées ; elle implique des investissements énormes en ressources humaines et financières. Les pairs éducateurs doivent être formés de façon continue et non pas seulement lors d'un atelier de formation au cours du recrutement initial. Ils ont également besoin d'être soutenus et motivés en permanence et ce à travers un système de mentor, de réseaux d'échange et d'incitations matérielles et financières qu'on y arrive le mieux **(30)**.

Malgré ces défis, l'éducation par les pairs a été utilisée dans de nombreux domaines de la santé publique, et notamment l'éducation nutritionnelle, la planification familiale, la consommation des substances, et prévention de la violence. Toutefois, l'éducation VIH/Sida par les pairs se détache nettement grâce aux nombreux exemples de son utilisation dans la littérature internationale récente sur la santé publique. En raison de cette popularité, les initiatives mondiales visant à faire mieux comprendre et à améliorer le processus et l'impact de l'éducation par les pairs dans le domaine de la prévention du VIH/Sida, des soins et de l'appui des personnes touchées se sont multipliées.

En Europe, on a créé un plan d'action conjointe sur l'éducation Sida par les pairs appelé "Europeer", afin d'atteindre les jeunes à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du système scolaire **(31)**.

4.7. Choix de recommander cette stratégie au demandeur de l'évaluation :

Au-delà des résultats positifs présentés dans cette étude, il y a nombreuses raisons de recommander cette approche interventionnelle (éducation par les pairs) pour notre organisation d'accueil ; ces recommandations corroborent avec celles de l'ONUSIDA sur les avantages de cette stratégie **(31)**:

-*Stratégie acceptée et prisée* : l'éducation par les pairs est une stratégie d'intervention du VIH largement utilisée, qu'acceptent et prisent à la fois les publics ciblés par les programmes et les parties prenantes ;

-*Accès* : les pairs éducateurs ont physiquement et socio-culturellement accès aux publics ciblés dans leur environnement naturel, sans ostentation. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de travailler avec les populations difficiles à atteindre;

Conclusion et Recommandations

-*Théorie comportementale* : l'éducation par les pairs se fonde sur la théorie comportementale selon laquelle les gens changent de comportements non pas en raison de preuves ou témoignages scientifiques mais en raison du jugement subjectif de semblables proches, en qui ils ont confiance, qui ont adopté de changements et qui ont valeur d'exemple convaincant.

-*Communication* : les pairs éducateurs sont des agents de communication efficaces et crédibles, qui connaissent le public ciblé de l'intérieur et qui utilisent le langage/la terminologie appropriés ainsi que les gestes permettant à leurs semblables de se sentir à l'aise lors des discussions à propos de la vie sexuelle eu égard au VIH/Sida ;

-*Efficacité* : l'éducation par les pairs favorise réellement l'adoption des comportements préventifs eu égard au VIH/Sida, et constitue une stratégie interventionnelle d'un bon rapport coût/efficacité, du fait que le recours aux bénévoles la rend peu onéreuse à mettre en œuvre et/ou à élargir.

-*Identification* : les pairs éducateurs et les bénéficiaires des programmes peuvent mutuellement s'identifier en tant qu'individus et membres d'une réalité socioculturelle spécifique. Du fait de cette identification, les pairs éducateurs constituent un modèle à suivre et favorisent l'adoption d'un comportement propre à préserver du VIH.

-*Caractère participatif* : l'éducation par les pairs facilite la participation du public ciblé aux processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes. Elle habilite à la fois l'éducateur et le bénéficiaire en raison de sa méthode d'apprentissage horizontale et participative.

Bibliographie

- (1) World Health Organization, Preventing HIV/AIDS in Young People. A systematic review of the evidence from the developing countries. 2006 [page consultée le 20/01/2013]. Accessible en ligne : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_938_eng.pdf.
- (2) Weiss E, Whelan D et Gupta GR, Vulnerability and Opportunity : Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World, Washington DC : International Center for Research on Women, 1996
- (3) Turner G et Shepherd J, A method in search of a theory : peer education and health promotion, Health Education Research, 1999, 14 (2) : 235–247
- (4) Svenson GR, European Guidelines for Youth AIDS Peer Education, Malmö, Sweden: European Commission, 1998.
- (5) Déclaration de la Session Spéciale de l'ONU sur le VIH/Sida, UNGASS2011. Accessible en ligne : <http://www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf>
- (6) Global AIDS Response Country Progress Report Nigeria GARPR 2012. [consultée le 20/01/2013] Accessible en ligne : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/Nigeria%202012%20GARPR%20Report%20Revised.pdf>
- (7) Nigeria Federal Ministry of Health. 2010 National HIV Seroprevalence sentinel Survey.
- (8) UNESCO, Action plan Nigeria 2012, National Literacy Action Plan for 2010–2015 [Consultée le 13/03/2013] Accessible en ligne : <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/Nigeria.pdf>
- (9) Index Mundi, Nigeria Demographics Profile 2013 [page consultée le 15/03/2013] Accessible en ligne : http://www.indexmundi.com/nigeria/demographics_profile.html
- (10) Statistiques mondiales 2012 [page consultée le 30/02/2013]. Accessible en ligne : <http://www.statistiques-mondiales.com/nigerian.htm>
- (11) Rapport sur le développement humain 2013. L'essor du Sud : le progrès humain dans un monde diversifié. Classification PNUD 2012 [page consultée le 20/03/2013] Accessible en ligne : http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2013_FR.pdf
- (12) Géographie de l'Etat d'Adamawa [page consultée le 20/03/2013] Accessible en ligne : http://en.wikipedia.org/wiki/Adamawa_State#Geography
- (13) National Agency for the Control of AIDS. United Nations General Assembly Special Session(UNGASS) Country Progress Report : Nigeria : UNAIDS 2010 [page consultée le 12/02/2013] Accessible on ligne : http://data.unaids.org/pub/Report/2010/nigeria_2010_country_progress_report_en.pdf
- (14) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Report : UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. [Consultée le 30/02/2013] Accessible en ligne : http://www.unaids.org/documents/20101123_globalreport_em.pdf
- (15) Albert Bandura, Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan des compétences : applications, recherches et perspectives critiques. [Consultée le 23/03/2013] Accessible en ligne : <http://transversalis.fr/pdf/FRANCOIS%20et%20BOTTEMAN.pdf>
- (16) UNICEF, Convention internationale des droits de l'enfant. Accessible en ligne : <http://www.unicef.fr/userfiles/50154.pdf>

Bibliographie

- (17) World Health Organisation. Programme on Mental Health. Life Skills Education in School [en ligne].1994 :54p [consulté le 12/02/2013] Accessible en ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf
- (18) UNFPA, Introduction des Life Skills en Mauritanie : Document de base à l' intention des concepteurs des programmes scolaires de l'éducation nationale. Accessible en ligne : http://mauritania.unfpa.org/docs/educ_pop/introduction_des%20cvc_dans%20le%20syst%E8me_%E9ducatif_mauritanien.pdf
- (19) Congo–Brazzaville, Conseil national de lutte contre le Sida. Guide sur l'éducation par les pairs en réponse au VIH/Sida (septembre 2004). Accessible en ligne : <http://www.cnls-congobrazza.org/file/28881>
- (20) Espace Régional de Santé Publique Rhône Alpes. Evaluation à 9 étapes, Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social. Janvier 2008. Accessible en ligne : http://www.ersp.org/evaluation/pdf/eval_9_etapes_08.pdf
- (21) Evaluation des programmes de dépenses de l'UE – Guide évaluation ex post et intermédiaire. Accessible en ligne: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/242893/guide%20d'evaluation%20CE.pdf>
- (22) Arnaud Simone, Université Lumière–Lyon 2, Institut des Sciences et Pratiques d'Education et de Formation. Unité d'Enseignements 5 – Complément de la majeure. Méthodologie de la recherche en Education.2005/2006 [consulté le 20/02/2013] Accessible en ligne : <http://mourepiane.free.fr/cours-methodo-4.pdf>
- (23) NICOLAS LEFEVRE, Méthodes et techniques d'enquête, Université de Lille 2. Cours de Master 1. Accessible en ligne : http://staps.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf
- (24) Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Etudes d'évaluation thématique : approche qualitative de collecte des données, module 6 du référentiel, 2004. [Consultée le 16/03/2013]. Accessible en ligne : http://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20toolkit%20module%206%2003-90135_FRENCH.pdf
- (25) Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC), *Essai de comparaison des méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs*. Cahier de recherche N° 176, Novembre 2002
- (26) Médecins du Monde. Guide pratique pour les projets de santé, collecte des données. Méthodes quantitatives l'exemple des enquêtes CAP [page consultée le 30/01/2013]. Accessible en ligne : <http://www.medecinsdumonde.org/content/download/1930/14701/file/95e26a8504134703b5a3b8c53ea5ebd5.pdf>.
- (27) Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues M.C. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Revue d'épidémiologie et de santé publique.2000 ; vol.48(6) :517–539
- (28) Fawole I.O., Asuzu M.C., Oduntan S.O (1999). A school based AIDS education programme for secondary school students in Nigeria: a review of effectiveness. Health

Bibliographie

- Education Research; 14(5): 675–83.
- (29) Save the Children. Guide pratique : *pour une éducation par les pairs efficaces*. UK, 2004. Accessible en ligne : http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/effective_peer_ed_french_1.pdf
- (30) Ministère de la Promotion de la Femme et de l'intégration au développement. *Etudes sur les connaissances, attitudes, pratiques et comportements des adolescents en matière de sexualité, procréation et VIH/Sida*. Brazzaville, Décembre 2007
- (31) Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida, UNICEF, PNUD, FNUAP, PNUCID, UNESCO, OMS, Banque Mondiale. *Education par les pairs et VIH/Sida : Concepts, utilisations et défis*. Mai 2000

Index des tables

| | |
|--|------|
| Tableau I : Répartition des jeunes selon l'âge dans les deux groupes | (13) |
| Tableau II : Répartition des jeunes selon le sexe dans les deux groupes | (13) |
| Tableau III : Connaissances erronées des modes de transmission du VIH par les jeunes | (16) |
| Tableau IV : Connaissances erronées des moyens de prévention du VIH/Sida | (18) |
| Tableau V : Attitudes des jeunes sur le Sida, le port du préservatif et sur le dépistage | (18) |
| Tableau VI : Pratiques du préservatif chez les jeunes | (19) |

Index des illustrations

| | |
|--|------|
| Figure 1 : Carte du Nigeria : Répartition des femmes lettrées par Etat | (2) |
| Figure 2 : Connaissance des jeunes sur les concepts VIH, Sida et IST | (14) |
| Figure 3 : Connaissances correctes des voies de transmission du VIH par les jeunes | (15) |
| Figure 4 : Connaissances correctes des moyens de prévention du VIH par les jeunes | (17) |
| Figure 5 : Pratique du dépistage VIH chez les jeunes | (20) |

Annexes

ANNEXE I : CALENDRIER PREVISIONNEL (DIAGRAMME DE GANTT)

| Activités | Janvier | Février | Mars | Avril | May | Juin |
|--|---------|---------|------|-------|-----|------|
| | | | | | | |
| Réunions et entretiens préparatoires | ■ | ■ | | | | |
| Visites de sites intervention - identification du site contrôle | | ■ | ■ | | | |
| Préparation des outils de collecte des données | | ■ | ■ | | | |
| Pré-test du questionnaire d'enquête | | ■ | | | | |
| Distribution des questionnaires au groupe intervention et au groupe contrôle | | ■ | ■ | | | |
| Conduite des entretiens individuels avec les membres du comité de pilotage | | | ■ | ■ | | |
| Conduite des entretiens individuels avec différents acteurs du terrain : chef d'équipe, superviseurs, chargé de dépistage volontaire, les pairs éducateurs | | | ■ | ■ | | |
| Mise en place des Focus group avec les jeunes bénéficiaires du projet | | | | ■ | ■ | |
| Analyse des données collectées | | | | | ■ | ■ |
| Rédaction du mémoire | | | | | ■ | ■ |
| Rédaction du rapport de stage | | | | | | ■ |

Annexes

ANNEXE II: QUESTIONNAIRE BASED ON UNDERSTANDING HIV/AIDS CONCEPTS, ATTITUDES AND PRACTICES

Attention: Youths 12-24 years
Prepared by Kabike Biraja

Hello,

EYN HIV /AIDS program is evaluating its HIV /AIDS Life skills project using peer education approach. We are kindly asking you as beneficiary of this intervention to answer the following questions. This is evaluation is totally anonymous and makes no attempt to identify the person/s who took part in such survey. We also undertake not to divulge the results of this survey to anyone other than this study.

Identification details:

Site name:

Respondent's age:

Respondent's gender: Male Female

Have you undergo HIV/AIDS Life skills before? Yes NO

If YES, how long ago? 1 year 2 years 3 years

A. KNOWLEDGE

❖ Tick **YES** or **NO** at the appropriate answer block:

1. Have you heard about HIV? Yes No
2. Have you heard about AIDS? Yes No
3. Have you heard about diseases which can be transmitted by sexual intercourse? Yes No

❖ Answer by **TRUE** or **FALSE** :

4. A person can get infected with AIDS by hugging. True False
5. A person can get infected with HIV/AIDS by mosquito bite. True False
6. A person can get infected with HIV /AIDS by having unprotected sex. True False
7. A person can get infected with HIV by sharing toilets and baths with HIV infected persons
True False
8. A person can get infected with HIV by sharing used needles and other sharps infected instruments with best friends. True False
9. A person can get infected with HIV/AIDS by mosquito bite: True False
10. HIV/ADS can get contracted from mother to child. True False
11. HIV can be transmitted through infected blood transfusion. True False
12. HIV/AIDS is preventable. True False
13. According to you, HIV infection can be prevented :
 - a. By avoiding speaking to HIV infected person. True False
 - b. By getting married at early stage: True False
 - c. By abstaining from having sex till marriage : True False
 - d. By having sex with one faithful and not infected partner : True False
 - e. By using condom on each sexual intercourse: True False
14. It's easy to know someone carrying HIV infection by looking at him: True False

Annexes

B. ATTITUDES

Tick **Agree / Disagree / No opinion**

15. AIDS does exist. Agree Disagree No opinion

16. AIDS concerns only sex workers and young with multiple sexual partners:

Agree Disagree No opinion

17. A fellow peer who carries condom had bad behavior and is immoral:

Agree Disagree No opinion

18. HIV testing should be only matter of married adults.

Agree Disagree No opinion

19. I will voluntarily go for an HIV test. Agree Disagree No opinion

C. PRACTICES

Tick YES or NO answer on the appropriate block:

20. Have you heard about condom before? YES NO

21. Have you ever had sex? YES NO

22. If YES, did you use condom? YES NO

23. Have you ever visit an HIV counseling and testing centre for information on HIV/AIDS?

YES NO

24. Did you ever undergo an HIV test? YES NO

25. If YES, did you receive your result? YES NO

Thank you for your participation.

Annexes

Annexe III: ONE ON ONE DISCUSSION GUIDE
Attention: Coordination team members
Prepared by Kabike Biraja

Hello,

We appreciate the fact you give some of your time for this interview.

EYN HIV /AIDS program is evaluating its HIV /AIDS Life skills project using peer education approach. We are kindly asking you as one of the key players of this intervention to answer the following questions. This evaluation is totally anonymous and makes no attempt to identify the person/s who took part in such survey. We also undertake not to divulge the results of this survey to anyone other than this study.

With your authorization, I will take note time to time.

Duration : 1h40min max

Identification :

Date of interview :

Venue :

Age of the respondent :

Gender of the respondent :

I. PROCESS (30 min):

1. What was your role during this project:
2. Which social groups were involved in this program?
3. Who are the direct and indirect beneficiaries of the projects?
4. How are the beneficiaries empowered to become agents of change?

II. RESOURCES (30 min):

1. How implementers were recruited?
2. How were they empowered (training)?
3. Did you have enough resources (staff, material, and finances)? Were the personnel competent and devoted to the job?
4. Was there any shortage of funds? How did you sort it out?

III. RESULTS (40min):

1. Did the initial objectives of this project were achieved?
2. List some indicators of the positive achievements?
3. How implementers and beneficiaries welcomed the intervention?
4. Are the target population reached by the activities? If No, why?
5. According to activities planned, what was achieved? Why the gaps?
6. What did you learn as lessons?
7. Do you think that you could achieve better results? How?
8. Do you feel there were aspects which have been ignored or improperly considered?
9. What was the risk for the intervention?

Thank you for your participation.

Annexes

Annexe IV: ONE ON ONE DISCUSSION GUIDE FOR DATA COLLECTION.

Attention: Team Leaders, Supervisors, Peer Educators

Prepared by KABIKE Biraja

Identification details:

Date of the interview:

Age of the respondent:

Gender of the respondent:

Duration: 1h 45min

I. Process (30 min):

Questions:

- 1) What was your role during this project?
- 2) Which social group were involved in the project
- 3) Who are the direct beneficiaries of the intervention?
- 4) How beneficiaries were chosen?
- 5) How beneficiaries were empowered to become agent of change?
- 6) Did you collaborate with other organizations/administration in this project?

II. Resources (30 min):

Questions:

- 1) How implementers were recruited?
- 2) How were they empowered (training)?
- 3) Did you have enough resources to run the project (staff, material, finances)?
- 4) Were personnel competent and devoted to the job?
- 5) List 5 challenges you faced during this project?

III. Results (45 min):

Questions:

- 1) Did the initial objectives achieved?
- 2) List some achievements results?
- 3) How implementers and beneficiaries welcomed the intervention?
- 4) Are the targeted population reached by the activities? If NO, why?
- 5) According to the activities planned, what was achieved? Why the gaps?
- 6) What did you learn as lessons?

Thank you for your participation.

Annexe V: CASE STUDY: MELINDA story

Attention: Focus group discussion with Peer educators

Prepared by Kabike Biraja

Hello,

EYN HIV /AIDS program is evaluating its HIV/AIDS Life skills project using peer education approach. We appreciate your coming to this focus group discussion. We hope this session will help us to gather your way of analyzing a risky situation. Feel free to interact and come up with your ideas on this case study scenario. You will use your knowledge on HIV, STI and AIDS to answer to the following questions. This exercise is totally anonymous and makes no attempt to identify the person/s who took part in such survey. We also undertake not to divulge the results of this survey to anyone other than this study.

Duration of the session: 1h45minutes

Opening Prayer for the session by one of the participants

CASE STUDY:

Melinda is 20 years old; she is a mother of a 2 years old child. Melinda abandoned school in SS2, following the unwanted pregnancy.

Melinda was very active lady in church activities (choir) before falling pregnant.

Melinda is fatherless. Her mother sells some cassava to the market. The father of the child denied the paternity of the child. Melinda then has to manage to take care of her needs as well as those of her child.

The case ends by a critical incident which allows asking questions.

Melinda is solicited by her aged neighbor, for sexual relations, against limited advantages; she is going to accept but does not want to fall any more pregnant.

Questions:

- 1) What are problems posed by Melinda's situation?
- 2) What are the consequences to which Melinda is exposed?
- 3) What can Melinda do to reduce her risks?
- 4) What are her knowledge on the unwanted pregnancies, HIV/AIDS and other STI?
- 5) Comment Melinda's attitudes towards the offer of the neighbor?
- 6) Comment Melinda's sexual practices and behaviors?
- 7) If you were on her place, which strategies you would take to guarantee safe sex?

Thank you for your participation. The evaluator will close the session by prayers.

Annex VI: LIFE SKILLS FOCUS GROUP DISCUSSION GUIDE

Attention: Beneficiaries Youths 12-24 years old

Prepared by KABIKE Biraja

Hello,

EYN HIV /AIDS program is evaluating its HIV /AIDS Life skills project using peer education approach. We are kindly asking you as beneficiary of this intervention to interact with your peer on the following themes.

There is no false answer or bad answer. This is evaluation is totally anonymous and makes no attempt to identify the person/s who took part in such session. We also undertake not to divulge the results of this survey to anyone other than this study.

With your authorization, this discussion will be audio taped in order to facilitate the full retranscription of the messages. We also assure you that the tape will be erased after retranscription of the discussion.

Duration: 1h 30 minutes

A. Theme 1: understanding the concept of HIV, AIDS, STI (45 min)

Questions:

- ✚ What is HIV, AIDS, STI
- ✚ Do you consider HIV/AIDS as serious disease or just a common health problem?
- ✚ How does HIV get transmitted?
- ✚ How can we avoid getting infected by HIV and other STI?
- ✚ What do you understand by ABC in HIV prevention?

B. Theme 2: Attitudes on HIV/AIDS (30 min)

Questions

- ✚ According to you, does HIV exist? If Yes or NO, please comment your position.
- ✚ Have you ever met a person infected with HIV? If yes, what did you do? If NO, what would you do if you are told that one of your friends is HIV positive?
- ✚ How do you feel about use of condom by young people?

C. Theme 3: Practices on HIV/AIDS (30min)

Questions:

- ✚ Do you discuss HIV/AIDS and STI issues with your peers, friends? In family or with church fellow friends?
- ✚ When did you have your last discussion on HIV/AIDS?

Thank you for your Participation.

FOCUS GROUP FACILITATOR GUIDE:

I am Mr/Ms, Facilitator of this session. It's pleasure to be with you today; we welcome you for this focus group session. In light of expanding the HIV/AIDS Life Skills project towards youths using peer education approach, EYN HIV/AIDS program decided to evaluate its effects among youths. We'd like to estimate their improvement of knowledge regarding HIV/AIDS. This will allow the organization to decide either renewal, or transformation or abandon of the interventional strategy used during this project (peer education). This is the goal of our discussion of today.

Your opinions, points of view on each of the themes which will be discussed are important to us.

It's thus asked to you to have neither shame nor fear because there is no good or bad answer. There will be no identification or disclosure of the discussions which will take place here, thus express yourselves freely.

Attention: Facilitator of Focus group

It will be necessary to recall the following ground working rules of the Focus group:

- Only a person speaks at time to guarantee order during discussions;
- Pass on time to speak to each participant if possible by avoiding monopolizing the word on a person who speaks a lot and others less.
- No good either bad point of view or opinions.
- Specify the duration of the session to the participants: one hour and half or max 1hour and 45 minutes.

With the authorization of everybody, we are going to register this discussion to enable full and complete retranscription of the discussions.

Annexes

Annexe VII: FEEDBACK ON LIFE SKILLS PROJECT

Attention: Youths beneficiary of the project

Prepared by Kabike Biraja

Hello,

EYN HIV /AIDS program is evaluating its HIV/AIDS Life skills project using peer education approach. We appreciate your coming to this focus group session. This exercise is intended to gather your impression of the content as well as individual achievement for the competences acquired.

This exercise is totally anonymous and makes no attempt to identify the person/s who took part in such survey. We also undertake not to divulge the results of this survey to anyone other than this study.

With your authorization, we will audiotape this session.

Duration: 1h

Opening question: what are advantages of this HIV/AIDS life skill?
in your daily activities (10 min)?

Theme 1: ***HIV/AIDS Knowledge and competences acquired through peer Education model***

Duration: 20 minutes

Questions:

- According to you what did you add on your knowledge towards HIV/AIDS transmission modes?
- How many HIV/AIDS prevention ways do you now know in comparison to what you knew before undergoing this life skills program?

Theme 2: ***Your attitude towards HIV/AIDS case (15 min)***

- How will you now treat a fellow peer or friend who is tested HIV positive?

Theme 3: ***HIV/AIDS behaviors and practices (15 min)***

- Is it relevant to recommend a best friend to go for an HIV test?

Annexes

Annexe VIII: ONE ON ONE DISCUSSION GUIDE Attention: Parents of the beneficiaries Youths

Prepared by KABIKE Biraja

Hello,

EYN HIV /AIDS program is evaluating its HIV/AIDS Life skills project using peer education approach. One of your young boy/girl benefited from the Life Skills intervention implemented in this area since 2009. We would like to hear from you as regard to behavior changes observed on the boy /girl.

This exercise is totally anonymous and makes no attempt to identify the person/s who took part in such survey. We also undertake not to divulge the results of this survey to anyone other than this study.

With your authorization, we may take some notes for the purpose of this evaluation. The interview will be short and last approximately 20-30 minutes.

Thank you for being available for us.

Identification:

Date of the interview:

Age of the respondent:

Gender of the respondent:

1. Have you ever heard about HIV/AIDS in your community?
2. Were you happy when you first heard that your boy/girl is attending HIV/AIDS Life skills?
3. What have you observed so far on him/her in terms of behavior changes?
4. Do you sometimes discuss with him/her on HIV/AIDS?
5. Do you believe that EYN church should be involved in this HIV/AIDS prevention program with youths?
6. What will you recommend to other youths after having seen your boy/girl through this Life skills program?

Thank you for your time and your participation. !

Annexes

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

Résumé

RESUME

Le Nigéria, 2e pays avec un nombre élevé des personnes vivant avec le VIH/Sida dont les jeunes en proportion considérable. L'étude a évalué les effets de l'approche par les pairs d'acquisition des compétences de vie courantes en matière de VIH/Sida chez les jeunes de 12–24 ans sur 3 sites du projet EHAP dans l'Etat d'Adamawa, au Nigeria durant la période 2009–2012.

Les méthodes qualitatives : étude CAP par questionnaire, des entretiens semi-directifs et de focus group ont été utilisées pour cette étude. Un échantillon de 112 jeunes, d'âge variant entre 14 et 25 ans, repartis équitablement en 56 jeunes bénéficiaires de l'intervention et 56 jeunes non bénéficiaires de l'intervention ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques pris pour groupe contrôle a été choisi.

Les résultats de l'évaluation ont révélé que les jeunes du groupe intervention avait un niveau des connaissances élevée en matière de VIH/Sida (modes de transmission, moyens de prévention) par rapport à celui de leurs pairs du groupe contrôle et une évolution positive des attitudes envers les gens infectés par le VIH et le dépistage. Le changement des comportements sexuels était aussi positif dans le groupe intervention. Les résultats du test du Khi-deux ont montré une forte dépendance significative entre la connaissance de modes de transmission du VIH et de moyens de prévention avec l'acquisition des compétences de vie.

S'appuyant sur ces résultats, l'approche interventionnelle par les pairs a eu des effets positifs du point de vue amélioration des connaissances en matière de VIH/Sida par l'acquisition des compétences de vie chez les jeunes qui est un moyen efficace dans la prise de décision en face d'éventuelles situations génératrices de risques sexuels chez les jeunes.

MOTS CLEFS : INSERER 5/6 MOTS CLEFS : EDUCATION, PAIR, COMPETENCES, VIH, SIDA, ADAMAWA

ABSTRACT

Nigeria, 2nd country with a high number of people living with the HIV/AIDS among which the youths in considerable proportion. The study evaluated the effects of the HIV/AIDS Life skills program using peer education approach on youths aged from 12 to 24 years old at 3 sites of EHAP project in Adamawa State of Nigeria during the period of 2009–2012.

Qualitative methods: KAP study using a questionnaire, semi-directive interview and focus group were used for this study. A sample of 112 youths with age ranging from 14 to 25 years, equally divided into 56 youths beneficiaries of the intervention and 56 youths not beneficiaries of the intervention but having similar sociodemographic characteristics was chosen.

The results of the evaluation revealed that the intervention group had a high level of knowledge regarding HIV/AIDS (transmission modes, prevention means) compare to that of their peers of control group and positive evolution on attitudes towards people infected by HIV and HIV testing. The positive changes of sexual behavior were also observed in the intervention group.

According to results, the HIV/AIDS peer education approach had positive effects : improvement of the HIV/AIDS knowledge by the acquisition of life skills by young people is an effective mean in the decision making towards possible sexual risky situation for the young people.

KEYWORDS : INSERT 5/6 KEYWORDS : EDUCATION, PEER, SKILLS, HIV, AIDS, ADAMAWA

Résumé

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

EYN HIV/AIDS PROGRAMME

P.M.BOX 1 MUBI

ADAMAWA STATE

NIGERIA