

Promotion de la responsabilité sexuelle des jeunes au Zimbabwe

Par Young Mi Kim, Adrienne Kols, Ronika Nyakauru, Caroline Marangwanda et Peter Chibatamoto

Contexte: En 1997–1998, une campagne multimédiatique a été menée au Zimbabwe dans le but de promouvoir la responsabilité sexuelle des jeunes, avec renforcement de leur accès aux services de santé reproductive par la formation des prestataires.

Méthodes: Des enquêtes de base et de suivi ayant porté, chacune, sur quelque 1.400 jeunes femmes et hommes âgés de 10 à 24 ans, ont été menées sur cinq sites de campagne et deux sites de comparaison. Des analyses de régression logistique ont permis d'évaluer l'exposition à la campagne et son incidence sur les connaissances et le dialogue des jeunes à l'égard de la santé reproductive, sur le choix de comportements sexuels moins risqués et sur leur recours aux prestations mises à leur disposition.

Résultats: La campagne a atteint 97% des jeunes. La sensibilisation aux méthodes contraceptives s'est accrue dans les zones soumises à la campagne, sans évolution nette toutefois des connaissances générales en matière de santé reproductive. A la suite de la campagne 80% des répondants ont discuté de la santé reproductive—avec les amis (72%), les frères et sœurs (49%), les parents (44%), les enseignants (34%) ou les partenaires (28%). Par rapport aux jeunes des sites de comparaison, les jeunes des zones soumises à la campagne se sont révélés significativement plus susceptibles de déclarer avoir refusé des rapports sexuels (rapport de probabilités de 2,5), de se rendre dans un centre de soins (4,7) et de se rendre dans un centre de jeunesse (14,0). La pratique contraceptive à l'occasion des derniers rapports sexuels a enregistré une hausse significative (de 56% à 67%) dans les zones soumises à la campagne. Les manifestations de lancement, brochures et représentations dramatiques se sont avérées les éléments les plus influents de la campagne. Plus les répondants avaient été exposés à un grand nombre de composants, plus ils se sont montrés susceptibles de répondre activement au message reçu.

Conclusions: Une approche multimédiatique accroît la portée et l'incidence des interventions de santé reproductive destinées aux jeunes. L'assurance du soutien de la communauté à l'évolution des comportements est également essentielle à l'approbation des actions des jeunes et à leur accès aux services.

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 2001, pp. 10–19

Au Zimbabwe, où 38% de la population sont âgés de 10 à 24 ans,¹ l'âge moyen au moment des premiers rapports sexuels est de 18 ans, tant pour les hommes que pour les femmes,² mais beaucoup commencent à découvrir leur sexualité beaucoup plus tôt.³ Les rapports sexuels non protégés font courir aux jeunes le risque de grossesses non désirées, lesquelles peuvent contribuer à l'abandon d'études, à un mariage précoce, à l'abandon de nourrissons ou à l'avortement.⁴ Les jeunes sexuellement actifs courent aussi le risque de contracter le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Le Zimbabwe présente l'un des plus hauts taux de prévalence du sida au monde;⁵ les taux d'infection à VIH sont les plus élevés parmi les jeunes de moins de 25 ans et, parmi les adolescents, les jeunes filles sont particulièrement vulnérables.⁶

Bien que conscients de l'existence du

VIH, du sida et du risque de grossesse, les jeunes Zimbabwéens s'engagent encore dans des relations sexuelles non protégées.⁷ Selon les résultats de l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 1994, 98% des femmes âgées de 15 à 19 ans avaient entendu parler du sida, mais seulement un tiers de femmes célibataires et sexuellement actives pratiquaient la contraception moderne, et 19% seulement utilisaient le préservatif.⁸ Au Zimbabwe, comme dans d'autres pays du monde, les rôles sexuels et les normes sociales—ainsi que d'autres facteurs juridiques et économiques—contribuent aux comportements sexuels à risques.⁹ Les stéréotypes sexuels et la pression des pairs encouragent les jeunes hommes à démontrer leur virilité et à renforcer leur position sociale à travers leur sexualité. Parallèlement, la société forme les jeunes femmes à la soumission et la discussion sur la sexualité ne leur est pas autorisée. Elles se trouvent

ainsi dans l'incapacité de refuser les rapports sexuels ou d'insister sur l'usage du préservatif. Leur dépendance économique vis-à-vis des hommes mène également les jeunes femmes à échanger des faveurs sexuelles contre un espoir de mariage ou de cadeaux, parfois avec de «vieux protecteurs», plus âgés qu'elles et peut-être infectés à VIH.¹⁰

D'autres influences sociales ont exacerbé la situation. Traditionnellement, les tantes, les oncles et autres membres de la famille étendue instruisaient les jeunes sur les questions de la sexualité. Face, toutefois, à la séparation des familles sous l'effet de l'urbanisation, les parents assument une plus grande responsabilité dans ce domaine mais se sentent souvent mal à l'aise dans leur nouveau rôle.¹¹ Les prestataires de santé n'ont pas comblé ce vide car ils partagent le préjugé social à l'encontre de la sexualité des adolescents, ne possèdent pas les compétences nécessaires pour communiquer avec les jeunes sur ces questions sensibles, et la loi interdit la prestation de services de santé sexuelle aux moins de 16 ans. Les résultats d'une étude indiquent que 72% des prestataires estiment que la contraception ne doit pas être fourni aux jeunes de moins de 16 ans.¹² Même après 16 ans, la plupart des adolescents, sauf femmes mariées déjà mères, se voit refuser la contraception.¹³ Il en résulte, pour les jeunes du Zimbab-

Young Mi Kim est haute conseillère à la recherche et évaluation, John Hopkins University Center for Communication Programs (JHU/CCP), Baltimore, Maryland, USA; Adrienne Kols est consultante au JHU/CCP; Ronika Nyakauru est directrice de programme et chercheur, Evaluation and Research Unit, Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFP), Harare, Zimbabwe; Caroline Marangwanda est directrice adjointe, Evaluation and Research Unit, ZNFP; et Peter Chibatamoto est consultant au ZNFP. Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à Godfrey Tinarwo, Fatima Bopoto-Mburiro, Brian Makunike, Hazel Dube, Alford Phiri, Ronald Mukombachoto, feu Florence Chikara, et aux responsables provinciaux et à l'information, l'éducation et la communication dans les provinces soumises à l'étude. Ils sont également reconnaissants à Mike Auret, Peter Roberts, Jane Brown, Jim Williams, Gary Lewis, Karusa Kiragu, Susan Krenn et Bruce Morén. Nos remerciements spéciaux à Roxana Rogers. L'intervention et l'évaluation ont été rendues possibles grâce aux fonds de l'Agence américaine pour le développement international, sous l'accord de coopération CCP-A-00-96-90001-00.

we, une information généralement inadéquate sur la santé reproductive, une incompetence à négocier et différer leurs rapports sexuels, et un accès limité aux soins de santé reproductive.¹⁴

Pour faire face à ces problèmes, le Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFPC, ou conseil national de planning familial du Zimbabwe) a lancé un projet de promotion de la responsabilité des jeunes (Promotion of Youth Responsibility Project), avec l'assistance technique de la faculté John Hopkins University Population Communication Services. Le projet visait à encourager les jeunes à adopter des comportements qui réduisent les risques de grossesse et d'IST, y compris le VIH. Il prônait l'abstinence aux jeunes qui n'avaient pas encore eu d'expérience sexuelle, et préconisait l'usage du préservatif et la réduction du nombre de partenaires pour ceux qui étaient déjà sexuellement actifs.

Cet article présente une évaluation des résultats du projet en termes d'atteinte du public ciblé et de la promotion de comportements sexuels responsables parmi les jeunes.

Description du projet

Cadre théorique

Le projet était organisé autour d'une campagne multimédiatique de six mois en direction des jeunes de cinq sites pilotes: un centre urbain (Mutare) et quatre pôles de croissance (Maphisa, Nemanwa, Nzvimbo et Tongogara). (Les pôles de croissance sont des petites villes au centre de districts ruraux.) La campagne était inspirée du cadre d'action Steps to Behavior Change (Étapes du changement comportemental), synthétisant les théories de la communication et du changement comportemental en un modèle pratique pour guider les programmes de communication sur la santé reproductive.¹⁵ Ce cadre décrit les cinq étapes du changement comportemental: la connaissance, l'approbation, l'intention, la pratique et le plaidoyer. Les campagnes de communication efficaces identifient l'étape atteinte par leur public et concentrent leurs efforts en conséquence.

Étant donné la situation au Zimbabwe, la campagne destinée aux jeunes s'est concentrée sur les deux étapes initiales du modèle, où les individus apprennent les informations et aptitudes nécessaires, pour ensuite discuter avec autrui les messages diffusés et trouver un soutien à leur changement comportemental parmi leurs parents, amis et leur communauté.¹⁶ Les programmes à l'échelle internationale de

prévention de grossesses et du VIH destinés aux adolescents ont établi l'importance critique de l'approbation extérieure, pour deux raisons: d'abord, les décisions des jeunes sont fortement influencées par les amis, la famille et les normes sociales; ensuite, leur accès à l'information, aux produits et aux services de la santé reproductive dépend des adultes, y compris leurs parents, les prestataires de services et les dirigeants politiques. Aussi ne s'étonnera-t-on pas si les programmes ont trouvé plus simple la tâche d'améliorer les connaissances et les attitudes plutôt que d'encourager le changement comportemental. Les interventions efficaces se sont penchées sur les normes et les rôles sexuels, les pressions de l'entourage et les politiques publiques, en plus de l'apport d'information et de compétences de base.¹⁷

Buts de la campagne auprès des jeunes

Le premier objectif de la campagne organisée auprès des jeunes était d'accroître leurs connaissances sur la santé reproductive, car les jeunes du Zimbabwe n'étaient que vaguement sensibilisés au VIH, au sida et au planning familial. Ils n'appréciaient pas les risques personnels posés par les rapports sexuels sans protection et ne savaient pas comment négocier leurs décisions sexuelles avec leurs partenaires.¹⁸ Deux autres objectifs visaient à renforcer l'approbation de comportements sexuels moins risqués et du recours aux soins de la santé reproductive—d'abord, par la promotion de la discussion des questions sexuelles avec famille et amis et, ensuite, en encourageant les parents, dirigeants et responsables politiques de soutenir la communication et les services de la santé reproductive destinés aux jeunes. L'objectif final était d'encourager les jeunes à adopter des comportements sexuels plus sûrs et à fréquenter les établissements de prestations.

Les principaux thèmes de la campagne, lancée durant les mois d'août et septembre 1997, étaient le respect et la maîtrise de soi, exprimés à travers trois slogans répétés dans tous les matériels et toutes les activités, en anglais comme dans les langues locales: «Maîtrise-toi», «Valorise ton corps», et «Respecte-toi». Tous les matériels et toutes les activités de la campagne étaient conçus pour renforcer un ensemble de messages, mettant l'accent sur les conséquences des rapports sexuels non protégés, l'art de la négociation, la discussion avec amis, famille et prestataires, et les comportements sexuels moins risqués. Des jeunes avaient contribué à la

création de matériels attrayants et de messages pertinents, et les comités de gestion locaux avaient participé à la planification et à la réalisation des activités de chaque site.

Le ZNFPC désirait atteindre un public jeune de 10 à 24 ans des deux sexes et, auxiliairement, les adultes détenteurs de l'accès des jeunes à l'information et aux services de la santé reproductive. La tranche d'âges sélectionnée pour les jeunes l'avait été pour deux raisons: les études semblent indiquer que les interventions qui encouragent la responsabilité sexuelle produisent le plus grand impact sur les jeunes avant l'initiation de leur activité sexuelle, peut-être même avant la puberté.¹⁹ En outre, en encourageant les adolescents déjà sexuellement actifs ou sur le point de le devenir à prendre des mesures préventives (usage du préservatif, réduction du nombre de partenaires, etc.), les interventions en faveur d'une sexualité moins risquée peuvent avoir un impact immédiat sur les adolescents plus âgés.

Composants du programme

La campagne a eu recours à un ensemble de moyens de communication, étant donné que différents médias peuvent atteindre différents publics. En plus, par la répétition et le renforcement des messages, une stratégie combinant médias et activités augmente la probabilité que le public se souvienne des messages de la campagne et y réagisse.²⁰ Certains éléments de la campagne ont fait appel aux médias, capables d'atteindre de vastes publics à coût faible par personne, de sensibiliser, de disséminer l'information et, potentiellement, de changer les comportements.²¹ Les autres composants reposaient sur la communication interpersonnelle, de moindre portée mais parfois utile à motiver l'adoption de nouvelles pratiques.²² Le logo de la campagne, un triangle jaune marqué du sceau bleu circulaire «youth-friendly» (l'ami des jeunes), figurait sur tout le matériel de campagne.

• *Affiches.* Une série de huit affiches diffusait des messages du type «Valorise ton corps, l'avenir t'appartient» et «Tu te crois peut-être prêt à assumer ta sexualité. Es-tu prêt à en assumer les conséquences?» Chaque affiche a été distribuée à raison de 10.000 exemplaires aux sites visés par la campagne. Les anciennes affiches du ZNFPC, sur le sida, la pression de l'entourage, la communication avec les parents, la responsabilité sexuelle, la drogue et l'alcool sont également restées affichées.

• *Brochures.* Cinq brochures—consacrées aux thèmes de l'abstinence, comment dire

non, différer les rapports sexuels, retarder la maternité/paternité, et les IST—ont été publiées et distribuées, à raison de 19.000 exemplaires chacune. La célèbre brochure précédente du ZNFPC, *Facts About Growing Up (Grandir: les faits)* est également restée en circulation.

•*Bulletin d'information.* Des pairs éducateurs et les écoles ont distribué 100.000 exemplaires de *Straight Talk (Franc parler)*, un bulletin d'information de quatre pages consacrées à des questions sur la santé reproductive importantes pour les jeunes. Chacune de ses trois éditions comprenait des rubriques de conseils et des articles écrits par de jeunes auteurs.

•*Programme de radio.* La radio est largement disponible au Zimbabwe: dans les milieux urbains et ruraux, 94% et 87%, respectivement, des jeunes sondés dans le cadre de ce projet avaient accès à un poste de radio en état de marche. Pendant la campagne, 26 épisodes de *Youth for Real (Jeunes pour du vrai)*, une émission de variétés d'une heure, ont été diffusés dans l'ensemble du pays. Ce programme hebdomadaire, dont la diffusion s'est poursuivie après la clôture de la campagne, combine information et conseil avec musique et mini-feuilletons. Les auditeurs sont invités à appeler pour poser leurs questions à un conseiller de leur âge et à un médecin.

•*Manifestations de lancement.* Pour mobiliser la communauté à soutenir la campagne, les comités locaux ont consacré plusieurs mois à la planification d'activités de lancement élaborées, s'assurant le support massif d'entreprises locales. Ayant attiré d'immenses foules par la présence de musiciens populaires, les manifestations de lancement ont proposé différentes activités à chaque site: discours, représentations théâtrales, majorettes, matchs de football, défilés d'ânes, parachutisme, etc. Les adultes ayant un rôle d'influence sur les jeunes—chefs, conseillers, dirigeants spirituels, parents, frères et sœurs, enseignants et prestataires de services—ont assisté à ces manifestations, et des articles primes porteurs de messages de la campagne ont été distribués.

•*Représentations théâtrales.* Durant les deux premiers mois de la campagne, deux troupes de théâtre communautaires se sont produites chaque jour dans les écoles, églises et les centres municipaux, présentant des spectacles interactifs sur la santé reproductive. Des pairs éducateurs accompagnaient les troupes, jouant le rôle de médiateurs pendant la discussion avec les membres du public après chaque représentation.

•*Pairs éducateurs.* Des pairs éducateurs de 18 à 24 ans ont été recrutés parmi les jeunes de la communauté et formés aux présentations collectives dans les écoles, les églises et les centres municipaux, et aux présentations individuelles à domicile. Quatre éducateurs ont été affectés à chaque pôle de croissance, et six à Mutare.

•*Permanence téléphonique.* Une permanence téléphonique a été établie au centre de jeunesse de Mutare. Dotée d'un personnel composé de pairs éducateurs, elle opérerait huit heures par jour, pour disséminer les messages de la campagne et répondre aux questions individuelles. Publiée nationalement dans le cadre de l'émission *Youth for Real*, la permanence a reçu des appels de l'ensemble du pays. L'accès au téléphone est cependant limité au Zimbabwe, surtout dans les milieux ruraux.

A l'image de la plupart des programmes s'adressant aux jeunes, la campagne a mené certaines activités et distribué certains matériels à travers les écoles, sans toutefois recourir à l'approche conventionnelle de l'éducation en classe. Les troupes théâtrales et les pairs éducateurs ont passé une bonne partie de leur temps dans les écoles et y ont distribué le bulletin d'information. Presque tous les jeunes de 11 à 15 ans (87%) sont inscrits à l'école au Zimbabwe, mais la proportion baisse radicalement à partir de 16 ans, surtout chez les filles.²³ Si la stratégie est utile à l'atteinte des jeunes adolescents, d'autres interventions sont donc nécessaires pour atteindre ceux qui sont plus âgés et qui ne fréquentent plus l'école.

Pour accroître la portée et l'impact de la campagne, les manifestations de lancement, programmes de radio et représentations théâtrales ont mis en œuvre une stratégie d'éducation par animation. L'introduction d'un contenu éducatif dans un contexte de divertissement s'est révélée utile à la dissémination de messages de développement et de santé dans le monde. Elle attire et retient l'attention de vastes publics, offre des modèles de rôle d'apprentissage social et génère une réponse émotionnelle apte à renforcer l'impact des messages.²⁴ Il s'agit d'une approche éprouvée et puissante pour adresser les jeunes, qui apprécient les divertissements médiatiques mais auxquels les médias communiquent souvent des messages sexuels trompeurs.²⁵ En Tanzanie, par exemple, un radio roman a favorisé les changements de comportement propices à la prévention du sida en accroissant la perception du risque couru par le public ciblé, la perception de leur aptitude à prévenir la maladie, la discussion avec leurs pairs et la présentation

d'un modèle de comportement.²⁶

Les contraintes budgétaires n'ont pas permis la production de documents imprimés et de programmes radiophoniques en plusieurs langues. L'anglais a été retenu car il est compris dans l'ensemble du pays (à l'inverse des principales langues indigènes du Zimbabwe, le shona et le ndébélé). La plupart des jeunes Zimbabwéens comprennent et lisent l'anglais, qui est aussi la langue généralement parlée à la radio.

Enfin, pour parer au manque de services de la santé reproductive ouverts aux jeunes et donc au risque d'amoindrissement de l'efficacité médiatique de promotion d'une sexualité moins risquée,²⁷ le ZNFPC a désigné 26 cliniques des circonscriptions soumises à la campagne de l'emblème «youth-friendly». Durant une semaine de formation assistée d'un nouveau manuel, le ZNFPC a formé un prestataire de planning familial pour chaque clinique à la communication interpersonnelle et à l'apport de conseils aux jeunes. De retour dans leur clinique d'origine, ces prestataires étaient censés former leurs collègues au conseil des jeunes. Tout au long de la campagne, les pairs éducateurs, troupes théâtrales et documents imprimés ont orienté les jeunes en quête de soins de la santé reproductive vers ces «youth-friendly» cliniques.

Méthodes d'évaluation

Enquêtes de base et de suivi

L'évaluation a appliqué un plan quasi-experimental d'enquêtes de base et de suivi pour estimer les changements survenus au niveau de la connaissance et les attitudes sur la santé reproductive dans les groupes expérimentaux et les groupes de comparaison. L'impact de la campagne sur les comportements a été évalué en fonction des réponses auto déclarées. Le recours aux actions rétrospectives et auto déclarées pour mesurer les changements comportementaux risque de fournir des réponses incorrectes pour cause d'oubli, de désir de plaire à l'intervieweur ou de gêne ressentie dans les discussions relatives aux questions sexuelles. Les évaluations d'autres campagnes sur la santé sexuelle des adolescents ont toutefois suivi cette approche avec succès.²⁸

Les jeunes des cinq sites soumis à la campagne ont ainsi formé le groupe expérimental. Les jeunes hommes et femmes de deux autres sites, Kwekwe (centre urbain) et Mubaira (pôle de croissance) où le ZNFPC n'avait déployé aucun effort intentionnel pour atteindre les jeunes à travers sa campagne multimédiatique, ont formé le groupe de comparaison. Il ne

s'agissait toutefois pas d'un véritable groupe témoin, car les habitants avaient été exposés à certains éléments de la campagne (le programme radiodiffusé à l'échelle nationale, la publicité relative à la permanence téléphonique diffusée dans le cadre de cette émission et un calendrier de clinique du ZNFPC comprenant les affiches de la campagne). Les jeunes des deux groupes, expérimental et de comparaison, avaient également été exposés à d'autres activités et matériels visant les jeunes sans toutefois faire partie de la campagne: publications de l'effort continu du ZNFPC adressant les jeunes, programme de distribution du préservatif, pairs éducateurs et représentations théâtrales de jeunes sponsorisés par un programme de prévention du sida, et éducation à la vie familiale donnée dans les écoles.

L'enquête de base a été menée auprès de 1.426 répondants en avril et mai 1997, trois mois avant le lancement de la campagne. L'enquête de suivi, auprès de 1.400 répondants, a été menée un an plus tard; soit environ trois mois après la clôture de la campagne, même si certaines activités se sont toutefois poursuivies au-delà des six mois de campagne. Outre la répétition des questions posées au moment de l'enquête de base, le second questionnaire demandait aux répondants s'ils avaient été exposés à plusieurs composants de la campagne et comment ils y ont réagi les réponses qu'ils y avaient apportées.

Quatre équipes ont été chargées du travail sur le terrain, formées, chacune, d'un chef d'équipe et de quatre intervieweurs, pour la plupart sans liens antérieurs au projet. Dans certains cas, le personnel du ZNFPC a été chargé de la collecte des données, sans connaissance préalable des sites. La base de sondage EDS a été utilisée pour la sélection aléatoire de maisons dans un rayon de 30 kilomètres du centre de la ville; dans chaque ménage, un jeune âgé de 10 à 24 ans du même sexe que l'intervieweur a été sélectionné aléatoirement pour l'entrevue. Avant l'entrevue, l'intervieweur a expliqué la raison de la recherche, décrit le contenu du questionnaire et demandé le consentement du répondant potentiel ou de celui d'un parent ou gardien pour les répondants de moins de 15 ans.

Sondage urbain des auditeurs

L'émission *Youth for Real* avait été diffusée dans l'ensemble du pays sur la chaîne Radio 3, dont les programmes en anglais sont généralement plus populaires en milieu urbain. Pour évaluer la portée du programme dans l'ensemble du Zimbabwe et en déterminer les perspectives à long

terme, le ZNFPC a commandité un sondage de 700 jeunes de 10 à 24 ans résidant dans six villes en dehors des régions soumise à la campagne (Bulawayo, Gweru, Harare, Kadoma, Kwekwe et Masvingo).

Observations

Caractéristiques des répondants

Les sites soumis à la campagne et ceux de comparaison ont produit des nombres presque égaux de jeunes hommes et de jeunes femmes, tant pour l'enquête de base que pour celle de suivi (tableau 1). Environ 20 à 30% des répondants aux deux enquêtes étaient âgés de 10 à 14 ans; environ 50%, de 15 à 19 ans, et le reste, de 20 à 24 ans. Treize pour cent des jeunes filles n'étaient pas encore réglées (non indiqué). Presque tous les jeunes avaient bénéficié d'une éducation de niveau primaire; environ deux tiers étaient instruits au niveau secondaire. Environ 50 à 60% des répondants étaient inscrits dans un établissement scolaire. Ils étaient en grande majorité célibataires, et pas plus du tiers a déclaré avoir eu une expérience sexuelle. La moitié, environ, avait déjà eu un petit ami ou une petite amie (non indiqué). Les trois quarts, environ, des répondants ayant eu une expérience sexuelle ont déclaré avoir eu des rapports sexuels durant les six mois précédant l'enquête, et la même proportion a déclaré un nombre total de un ou deux partenaires sexuels (non indiqué).

Certaines différences sont apparues entre les échantillons de base et de suivi et entre les sites soumis à la campagne et ceux de comparaison. Au niveau de base, les répondants soumis à la campagne étaient plus jeunes, moins instruits, moins susceptibles d'être mariés et moins susceptibles d'avoir eu une expérience sexuelle que ceux des sites de comparaison (tableau 1). Aux sites soumis à la campagne, les répondants à l'enquête de suivi étaient significativement plus âgés, mieux instruits et plus susceptibles d'être sexuelle-

ment expérimentés que les participants à l'enquête de base. La composition rurale/urbaine des échantillons différait aussi: aux sites soumis à la campagne, quatre répondants sur cinq vivaient en milieu rural, par rapport à la moitié aux sites de comparaison. Etant donné ces différences, des analyses de régression logistique multidimensionnelle ont été effectuées pour le contrôle des facteurs d'âge, sexe, éducation, expérience sexuelle, état matrimonial et résidence urbaine ou rurale.

Exposition à la campagne

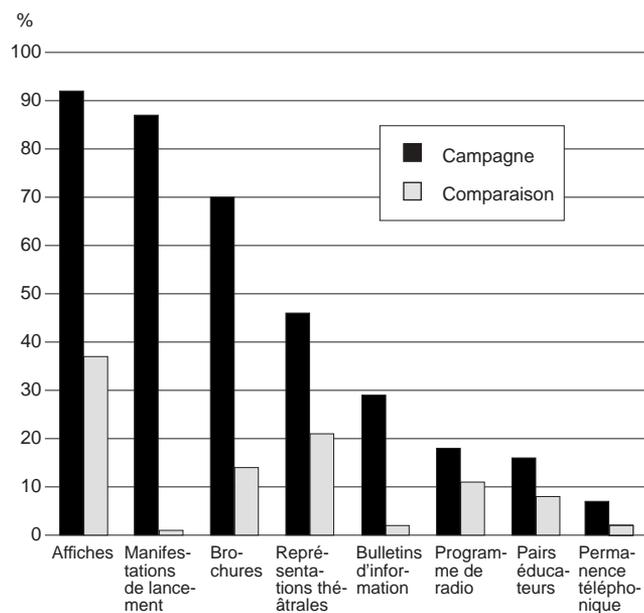
Aux sites soumis à la campagne, des proportions significativement supérieures de jeunes avaient été exposés à chaque composant de la campagne, par rapport aux sites de comparaison. Néanmoins, le niveau d'exposition à certains composants se sont avérés substantiels aux sites de comparaison (graphique 1, page 14). Deux problèmes fréquemment rencontrés dans les plans de recherche expérimentale sur les campagnes médiatiques peuvent expliquer cette observation. D'abord, les affiches, programmes de radio et brochures

Tableau 1. Répartition en pourcentage des répondants aux enquêtes de base et de suivi, en fonction de certaines caractéristiques, par site d'étude, Zimbabwe, 1997-1998

Caractéristique	Campagne		Comparaison	
	Base (N=973)	Suivi (N=1,000)	Base (N=453)	Suivi (N=400)
Sexe				
Féminin	50,1	49,8	50,0	49,5
Masculin	49,9	50,2	50,0	50,5
Age†,‡				
10-14	33,0	21,9	19,7	23,8
15-19	45,3	54,3	49,8	54,0
20-24	21,7	23,8	30,5	22,3
Résidence				
Urbaine	20,4	20,0	50,8	50,0
Rurale	79,6	80,0	49,2	50,0
Education‡,§				
Aucune	0,2	0,0	0,0	0,8
Primaire	39,2	28,3	31,5	28,5
Secondaire	60,5	71,5	68,1	70,5
Universitaire	0,1	0,2	0,4	0,3
Etat scolaire				
Etudiant(e)	64,7	58,4	48,6	57,3
Employé(e)/sans emploi	35,3	41,6	51,4	42,7
Etat matrimonial†				
Célibataire	93,1	90,9	81,6	88,5
Marié(e)/autre	6,9	9,1	18,4	11,5
Expérience sexuelle†,‡,§				
Non	79,2	65,6	70,4	69,8
Oui	20,8	34,4	29,6	30,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

†La différence entre les données de base et comparaison est statistiquement significative à $p < .001$. ‡La différence entre les données de base et de suivi aux sites soumis à la campagne est statistiquement significative à $p < .001$. §La différence entre les données de base et comparaison est statistiquement significative à $p < .05$. ¶La différence entre les données de base et de suivi aux sites soumis à la campagne est statistiquement significative à $p < .05$.

Graphique 1. Pourcentage des répondants, aux sites soumis à la campagne et à ceux de comparaison, exposé à chaque composant de la campagne



N.B.: Pour chaque composant, la différence entre les sites soumis à la campagne et ceux de comparaison est statistiquement significative à $p < .001$ (calcul par analyse de régression multiple compte tenu des facteurs d'âge, sexe, éducation, expérience sexuelle, état matrimonial et résidence urbaine ou rurale des répondants).

étaient disponibles aux sites de comparaison et ont produit un certain impact sur les jeunes. Ensuite, si les répondants n'étaient pas capables de faire la différence entre les activités de la campagne et d'autres activités similaires, l'enquête de suivi peut avoir mesuré l'exposition aux représentations théâtrales et pairs éducateurs d'autres interventions. L'inclusion d'activités extérieures à la campagne aura probablement augmenté les niveaux d'exposition dans une mesure à peu près égale aux sites de la campagne comme à ceux de comparaison. Etant donné les niveaux d'exposition considérables à certains sites de comparaison, toutes les analyses incluent les sites de comparaison et ceux de la campagne.

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des répondants de sites visés avaient été exposés à la campagne. Les affiches et les manifestations de lancement avaient atteint les plus larges proportions de jeunes (92% et 87%, respectivement), suivies des brochures (70%) et des représentations théâtrales (46%). La permanence téléphonique avait atteint la plus petite tranche du public ciblé (7%). La probabilité d'exposition des répondants à chaque composant variait cependant en fonction des caractéristiques des jeunes.

Les étudiants avaient été exposés à significativement plus de composants que

les jeunes qui ne fréquentaient plus l'école (3,4, en moyenne, par rapport à 3,0), en raison, vraisemblablement, de la base scolaire d'une grande partie de la campagne. Compte tenu des caractéristiques socio-culturelles, les étudiants se sont révélés deux fois plus susceptibles d'avoir vu une affiche, lu une brochure, assisté à une représentation théâtrale, lu le bulletin d'information *Straight Talk* ou parlé à un pair éducateur. Les répondants âgés de 10 à 14 ans avaient été exposés à moins de composants que leurs aînés (3,0 par rapport à 3,3) et étaient significativement moins susceptibles d'avoir été exposés aux affiches, aux manifestations de lancement, au bulletin

Straight Talk, au programme de radio et aux pairs éducateurs. Les jeunes sexuellement expérimentés avaient été exposés au même nombre de composants (3,3) que les répondants non expérimentés (3,2), mais étaient plus susceptibles d'avoir été exposés aux composants dont la portée s'était révélée minime: bulletin d'information, programme de radio, pairs éducateurs et permanence téléphonique.

Les différences de sexe et de résidence urbaine ou rurale sont aussi liées à l'exposition à la campagne, mais la direction de l'association varie selon les différents matériels et activités. Certains composants ont atteint une plus grande proportion de femmes que d'hommes (affiches, brochures et programme de radio), tandis que d'autres atteignaient une plus grande fraction d'hommes (représentations théâtrales, bulletin d'information et pairs éducateurs). De même, les manifestations de lancement, représentations théâtrales de jeunes, *Straight Talk* et les pairs éducateurs ont atteint leur plus grand public dans les sites de campagne ruraux, tandis que les brochures, le programme de radio et la permanence téléphonique ont eu plus de succès parmi les jeunes des milieux urbains.

Le sondage urbain (six villes) décrit en détails l'écoute de *Youth for Real*. Dans l'ensemble du pays, 41% des jeunes vivant en milieu urbain avaient entendu l'émission—la proportion est considérable,

l'émission n'ayant été diffusée que depuis six mois au moment de l'enquête. Cinq pour cent des auditeurs ont déclaré avoir appelé la tribune pour parler de problèmes de petits amis, bandes de jeunes, drogue, IST, etc.

Aux sites soumis à la campagne, 67% des jeunes reconnaissaient le logo. A titre de comparaison, 98% reconnaissaient les logos de Coca-Cola, Dairy Board et Bata Shoe, tous utilisés depuis plus de 10 ans. Quatre-vingt-quatorze pour cent des répondants aux sites soumis à la campagne reconnaissaient les slogans shonas et ndébélés, par rapport à 52% aux sites de comparaison. Les taux de reconnaissance élevés aux sites de comparaison reflètent probablement le fait que les slogans étaient des phrases d'usage courant et qu'ils figuraient sur les calendriers des cliniques dans l'ensemble du pays.

Gains de connaissance

La campagne n'avait produit aucun matériel sur les méthodes contraceptives, déjà promues à travers les brochures et les affiches existantes. Elle a toutefois offert un environnement favorable à la sensibilisation des jeunes sur ce sujet. Aux sites visés par la campagne, la connaissance déclarée par les répondants de toutes les méthodes contraceptives à l'exception de l'implant a augmenté significativement entre l'enquête de base et celle de suivi, compte tenu des variables de contexte: les adolescents des régions concernées étaient deux à quatre fois plus susceptibles de connaître la plupart des méthodes après la campagne, et près de huit fois plus susceptibles de connaître le préservatif féminin (tableau 2). Dans les zones de comparaison, le niveau des connaissances avaient augmenté significativement pour un moins grand nombre de méthodes, et l'ampleur du changement était moindre. L'augmentation spectaculaire, aux deux types de site, de la sensibilisation au préservatif féminin était due à une initiative distincte de promotion de cette méthode.

Le niveau des connaissances des jeunes sur la santé reproductive est resté faible après la campagne, surtout en ce qui concerne la sûreté et l'efficacité des méthodes de planning familial. Aux sites visés par la campagne, l'exactitude des connaissances n'a augmenté significativement que pour une des six questions posées, celle concernant le lien entre les méthodes de planning familial et les malformations. Aux sites de comparaison, les connaissances s'étaient améliorées quant à savoir si une personne d'apparence saine

pouvait avoir le VIH, mais les connaissances avaient décliné sur la question du lien entre méthodes de planning familial et stérilité.

Approbation et attitudes

La campagne a réussi à susciter des discussions sur une variété de thèmes, y compris les questions de nature sexuelle, le VIH et le sida, la croissance physique et la maturité. Compte tenu des variables de contexte, les analyses révèlent que durant et immédiatement après la campagne, les répondants des sites visés étaient significativement plus susceptibles que ceux des sites de comparaison d'avoir parlé avec autrui des IST et du sida (78% par rapport à 67%), de savoir s'il convenait ou non d'avoir des rapports sexuels (77% et 69%), de la menstruation (56% et 47%), des changements physiques associés à la puberté (50% et 41%), de la pression exercée par autrui (48% et 42%), des envies sexuelles (43% et 34%), des éjaculations nocturnes (43% et 34%) et de l'endroit où se procurer des contraceptifs (40% et 34%).

À la question de savoir si la campagne les avait poussés à agir, les jeunes étaient le plus susceptibles de déclarer avoir parlé de questions de santé reproductive avec autrui (tableau 3, page 16). Quatre-vingts pour cent des répondants des sites soumis à la campagne ont dit avoir parlé avec quelqu'un—principalement leurs amis (72%), mais aussi leurs frères et sœurs (49%), parents (44%), enseignants (34%) et partenaires (28%). Compte tenu de leurs caractéristiques contextuelles, ces jeunes étaient plus susceptibles que leurs homologues aux sites de comparaison d'avoir eu de telles discussions (rapports de probabilités, 3,5–5,7). Relativement peu de jeunes avaient abordé ces sujets avec leur partenaire, mais beaucoup d'eux n'étaient pas mariés ou ne sortaient avec personne au moment de la campagne et n'avaient donc pas de partenaire avec qui parler.

La campagne a eu moins de succès quant au changement des raisonnements des jeunes sur les rôles sexuels. À la question de savoir si l'homme, la femme ou les deux devraient être responsables des décisions sexuelles, environ quatre cinquièmes des jeunes, aux sites soumis à la campagne comme à ceux de comparaison, ont répondu que la décision d'avoir des rapports sexuels appartenait au partenaire masculin (non indiqué). Les opinions ne différaient guère en fonction de l'âge ou du sexe des répondants, et aucun changement significatif n'a été observé entre les données de base et les données de suivi.

Changement comportemental

En théorie, l'accroissement de la connaissance et de l'approbation mène les individus à reconnaître que de nouveaux comportements peuvent satisfaire un besoin personnel, à décider d'agir et, enfin, à adopter de nouvelles pratiques. L'enquête de suivi a demandé aux jeunes qui avaient été exposés à la campagne—indépendamment de leur appartenance aux sites de campagne ou de comparaison—s'ils avaient pratiqué des approches sexuelles moins risquées suite aux messages reçus. Refuser les rapports sexuels était un message essentiel de la campagne, mais l'expression couvre un large éventail de comportements possibles et serait peut-être mieux interprétée comme un signe d'intention plutôt que d'action. La probabilité d'avoir refusé des rapports sexuels, comme déclaré par les jeunes aux sites soumis à la campagne, était 1,5 fois supérieure à celle relevée aux sites de comparaison. Les jeunes des sites soumis à la campagne se sont également montrés légèrement plus susceptibles de déclarer qu'ils continuaient de s'abstenir, sous l'effet de la campagne, signe, peut-être, d'intentions positives.

Selon l'analyse de régression multiple, les jeunes femmes étaient plus susceptibles que leurs homologues masculins d'avoir déclaré qu'elles avaient refusé des rapports sexuels. Cette observation reflète, en partie, la situation de pression à laquelle les jeunes femmes sont souvent soumises de la part de leurs petits amis ou d'hommes plus âgés (non indiqué). Il peut s'agir aussi, toutefois, d'une transformation positive des attitudes féminines quant aux comportements jugés appropriés à chaque sexe: sous l'effet de la campagne, certaines jeunes femmes en sont peut-être arrivées à croire qu'elles avaient le droit et la responsabilité de refuser les rapports sexuels non désirés.

Les enquêtes ont également mesuré les effets de la campagne sur la probabilité que les jeunes obtiennent des services et pratiquent une méthode moderne de planning

Tableau 2. Pourcentage des répondants aux enquêtes de base et de suivi qui connaissaient des méthodes de planning familial spécifiques, pourcentage de ceux ayant répondu correctement aux questions relatives à santé reproductive, et rapports de probabilités de l'analyse de régression multiple indiquant la probabilité de connaissance ou de réponse correcte, par site d'étude

Type de connaissance	Campagne			Comparaison		
	Base	Suivi	Rapport	Base	Suivi	Rapport
Méthode connue						
Préservatif	84,3	96,7	4,3***	94,9	96,5	1,9
Pilule	69,9	89,1	2,9***	83,0	87,5	1,9***
Injectable	36,5	57,1	2,3***	46,2	49,8	1,5*
Stérilisation féminine	32,5	50,0	1,9***	42,9	40,5	1,1
Stérilet	30,0	47,0	2,1***	41,2	41,3	1,2
Stérilisation masculine	29,0	42,3	1,7***	35,4	31,0	0,9
Préservatif féminin	25,4	68,2	8,2***	29,4	60,0	5,3***
Implant	15,2	19,3	1,2	10,6	21,1	2,5***
Réponse correcte						
Est-il possible pour une femme de se retrouver enceinte après ses premiers rapports sexuels?	62,5	70,1	1,2	67,8	68,5	1,1
Les méthodes de planning familial peuvent-elles être cause de malformations?	48,1	54,3	1,2*	55,4	54,8	1,0
Le planning familial peut-il être cause de stérilité?	37,8	42,3	1,2	47,9	38,5	0,7*
Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé soit infectée à VIH?	78,1	84,0	1,2	79,7	87,5	1,9***
Peut-on contracter le VIH lors de ses premiers rapports sexuels?	70,2	73,8	1,0	68,9	64,8	0,8
Y a-t-il dans les préservatifs des petits trous qui permettent le passage du VIH?	46,9	48,2	1,0	46,8	51,8	1,2

*p<.05, ***p<.001. N.B.: La connaissance des méthodes inclut la connaissance spontanée et celle suggérée. L'analyse de régression a tenu compte des facteurs d'âge, sexe, éducation, expérience sexuelle, état matrimonial et résidence urbaine ou rurale des répondants.

familial. Sous l'effet de la campagne, les jeunes des sites visés étaient plus susceptibles de se rendre dans un centre de santé (rapport de probabilités, 4,7) et dans un centre de jeunesse (14,0) que leurs homologues aux sites de comparaison (tableau 3, page 16). Notamment, la campagne avait encouragé les groupes historiquement moins susceptibles de chercher à obtenir des services et à se rendre dans les centres de santé: les hommes, les célibataires et les jeunes sans expérience sexuelle (non indiqué). Parmi ceux exposés à la campagne, des proportions presque égales de jeunes hommes et femmes (29% et 28%) et de jeunes sans expérience sexuelle et sexuellement expérimentés (27% et 31%) s'étaient rendus dans un centre de santé. L'écart entre les jeunes célibataires et les jeunes mariés s'est également révélé moins large que prévu (27% par rapport à 41%). Par contre, les célibataires, les jeunes sexuellement expérimentés et les résidents des centres urbains étaient plus susceptibles que leurs homologues mariés, sans expérience sexuelle et des milieux ruraux de s'être rendus dans un centre de jeunesse.

Parmi les sites soumis à la campagne, le recours à la contraception moderne avait

Tableau 3. Pourcentage des répondants ayant déclaré avoir agi en réponse à leur exposition à la campagne auprès des jeunes, par site d'étude, et rapports de probabilités de l'analyse de régression multiple indiquant la probabilité d'action

Réponse	Campagne (N=970)	Comparaison (N=294)	Rapport
TOUS REpondants			
Discussion	79,8	20,2	5,6***
Avec amis	72,0	32,7	5,7***
Avec frères et sœurs	48,9	20,1	3,8***
Avec parents	44,0	15,3	4,3***
Avec enseignants	34,2	14,0	3,5***
Avec partenaire	27,8	12,6	3,8***
Adoption de comportements sexuels moins risqués	63,9	37,8	2,9***
Refus de rapports sexuels	52,7	31,6	2,5***
Abstinence continue	31,5	22,3	1,2***
Eloignement des «vieux protecteurs»	11,0	9,1	1,1***
Recherche de services	33,5	9,5	7,6***
Dans un centre de santé	28,2	9,5	4,7***
Dans un centre de jeunesse	10,8	1,7	14,0***
REpondants SEXUELLEMENT EXPERIMENTES			
Réponse quelconque	41,3	10,1	8,8***
Renonciation aux rapports sexuels	12,6	5,1	2,1
Limite à un seul partenaire	20,4	2,0	26,1***
Adoption du préservatif	10,5	2,0	5,7*
Demande au partenaire d'utiliser le préservatif	1,5	1,0	1,5

*p<.05. ***p<.001. N.B.: L'analyse de régression a tenu compte des facteurs d'âge, sexe, éducation, expérience sexuelle, état matrimonial et résidence urbaine ou rurale des répondants.

augmenté significativement, entre les deux enquêtes: les répondants qui avaient eu des rapports sexuels durant les six mois précédents l'enquête, la proportion de ceux ayant déclaré avoir pratiqué une méthode moderne à l'occasion de leurs derniers rapports sexuels (non indiqué) était passée de 56% lors de l'enquête de base à 67% au suivi (rapport de probabilités issu de l'analyse multidimensionnelle = 1,7, p<.05). La pratique des méthodes modernes n'avait pas changé significativement aux sites de comparaison.

L'effet le plus important de la campagne avait été, de loin, de convaincre les jeunes sexuellement expérimentés de s'en tenir à un seul partenaire (tableau 3): les répondants sexuellement expérimentés aux sites soumis à la campagne étaient beaucoup plus susceptibles que ceux des sites de comparaison de déclarer avoir réagit ainsi à la campagne (rapport de probabilités, 26,1). Ils étaient aussi significativement plus susceptibles d'avoir commencé à utiliser le préservatif (5,7).

*Les résultats indiquent aussi que les répondants qui avaient assisté à une représentation théâtrale ou reçu une brochure étaient moins susceptibles d'éviter les «vieux protecteurs». Ces observations sont difficiles à expliquer, mais elles sont peut-être dues à la faiblesse du nombre de cas: peu d'adolescentes avaient probablement été, à la fois, exposées à ces composants du programme et accostées par de vieux protecteurs.

Effet des différents composants

L'évaluation de l'impact indépendant de chaque composant a permis d'identifier les éléments les plus efficaces de la campagne. Les analyses incluent ici tous les répondants, aux sites soumis à la campagne comme à ceux de comparaison, qui avaient été exposés à au moins un composant. Les analyses bivariées ont démontrés que presque tous les matériels et toutes les activités de la campagne avaient produit un impact significatif sur un large éventail de réponses auto-déclarées. Ces analyses ne tiennent cependant pas compte du fait que la plupart des répondants avaient été exposés à de multiples activités et matériels de la

campagne. Aussi avons-nous effectué une analyse multidimensionnelle tenant compte de l'exposition des répondants aux autres composants de la campagne (tableau 4).

Bien qu'atteignant la plus vaste portée, les affiches avaient eu un impact relativement faible sur les répondants: seules les discussions avec les amis et enseignants

et les intentions d'abstinence continue avaient été positivement influencées par les affiches, et les rapports de probabilités étaient faibles. Les manifestations de lancement se sont avérées les plus percutantes. L'exposition à ces manifestations avait substantiellement accru la probabilité pour les jeunes de parler de la santé reproductive avec autrui et de chercher à obtenir des soins; elle avait aussi significativement accru la probabilité d'adoption de comportements sexuels moins risqués. (Nous n'avons pas pu expliquer son impact disproportionné sur la volonté d'éviter les vieux protecteurs.) Les brochures se sont également révélées étonnamment efficaces: bien qu'associée à des rapports de probabilités inférieur aux manifestations de lancement, l'exposition aux brochures avait significativement accru la probabilité de chaque issue, à l'exception de l'intention d'abstinence continue. Ayant atteint moins de la moitié des répondants, les représentations théâtrales avaient néanmoins favorisé la discussion et les visites de centres de santé.*

Associés à une exposition plus limitée, les composants restants ont eu un impact largement inférieur. Peut-être ont-ils produit plus d'effet sur les jeunes sexuellement expérimentés que sur l'ensemble des répondants, mais les tailles d'échantillon restreintes ne permettent pas d'analyser séparément ce sous-groupe.

Soixante-dix pour cent des répondants exposés à la campagne, aux sites visés comme à ceux de comparaison, avaient vu ou entendu au moins trois composants. Plus les jeunes avaient été exposés à un

Tableau 4. Rapports de probabilités d'analyses multidimensionnelles indiquant la probabilité de réponse à l'exposition à chaque composant de la campagne, par composant, sites de campagne et comparaison combinés

Réponse	Affiches	Manifestations de lancement	Brochures	Représentations théâtrales	Bulletins d'information	Programme radiophonique	Pairs éducateurs	Permanence téléphonique
Discussion								
Avec amis	1,6**	2,7***	1,9***	1,7***	1,5*	1,2	0,8	1,7
Avec frères et sœurs	1,4	2,3***	1,5**	1,6***	1,3	1,6**	1,0	1,6
Avec parents	1,4	2,4***	1,7***	1,4*	1,1	1,2	1,0	1,5
Avec enseignants	1,6*	1,5*	1,6**	1,2	1,5*	1,4	1,0	1,6
Avec partenaire	1,2	2,0***	1,6**	1,5**	1,4	1,1	1,1	1,9*
Adoption de comportements sexuels moins risqués								
Refus de rapports sexuels	1,2	1,8***	1,6***	1,3	1,0	1,3	0,7	1,5
Abstinence continue	1,8**	1,4*	1,2	0,9	1,5	1,1	0,9	1,0
Eloignement des «vieux protecteurs»	2,7	35,9***	0,3***	0,4**	2,5**	1,4	0,4	1,7
Recherche de services								
Dans un centre de santé	1,6	2,1***	1,6**	1,8***	1,0	0,6*	1,0	2,5***
Dans un centre de jeunesse	2,1	2,5***	1,9*	1,2	2,0**	1,9**	1,5	1,2

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. N.B.: L'analyse de régression a tenu compte des facteurs d'âge, sexe, éducation, expérience sexuelle, état matrimonial et résidence urbaine ou rurale des répondants. Un répondant a été éliminé de l'analyse pour cause de données manquantes.

Tableau 5. Pourcentage des répondants ayant déclaré avoir répondu à la campagne, en fonction du nombre de composants vus ou entendus, et rapports de probabilités de l'analyse de régression multiple indiquant l'effet de l'intensité de l'exposition, selon la réponse apportée

Réponse	No. de composants			Rapport
	1-2 (N=440)	3-4 (N=476)	5-8 (N=214)	
Discussion				
Avec amis	48,2	75,8	84,1	1,7***
Avec frères et sœurs	28,4	52,6	60,8	1,5***
Avec parents	25,9	47,2	51,9	1,4***
Avec enseignants	21,1	34,4	42,3	1,4***
Avec partenaire	17,3	29,1	36,5	1,4***
Adoption de comportements sexuels moins risqués				
Refus de rapports sexuels	37,5	55,9	59,1	1,3***
Abstinence continue	22,3	31,1	36,9	1,2***
Eloignement des «vieux protecteurs»	9,1	9,9	7,0	1,1
Recherche de services				
Dans un centre de santé	17,5	30,3	33,6	1,3***
Dans un centre de jeunesse	5,0	12,3	17,8	1,6***

***p<.001. N.B.: L'analyse de régression a tenu compte des facteurs d'âge, sexe, éducation, expérience sexuelle, état matrimonial et résidence urbaine ou rurale des répondants.

grand nombre de matériels et activités, plus ils s'étaient montrés susceptibles de parler de santé reproductive, d'adopter des comportements sexuels moins risqués (sauf concernant les vieux protecteurs) et de chercher à obtenir des soins (tableau 5). L'intensité de l'exposition à la campagne avait aussi produit un effet positif sur leur connaissance des méthodes de planning familial, sans toutefois présenter de lien avec les connaissances sur la santé reproductive ou les croyances quant au partenaire auquel doit appartenir la décision des rapports sexuels (non indiqué).

Discussion

Optimisation de l'exposition à la campagne

A l'image d'autres campagnes multimédias de promotion de la santé reproductive parmi les adolescents,²⁹ la campagne pour les jeunes du Zimbabwe a atteint plus de 90% de son audience visée, dans la plupart des cas par multiples matériels et activités. Grâce à la variété des activités et matériels déployés, elle a réussi à atteindre des jeunes d'âges et de circonstances divers. Par exemple, les manifestations se sont avérées particulièrement populaires dans les milieux ruraux, où les divertissements sont limités, tandis que le programme de radio et la permanence téléphonique atteignaient une plus grande portée dans les centres urbains, où les jeunes sont plus réceptifs aux émissions présentées en anglais et où le téléphone est plus disponible.

Malgré la difficulté accrue de contacter les jeunes de 10 à 14 ans et ceux sans expérience sexuelle, la campagne a quand

même bien réussi à atteindre ces groupes, étant donné le préjugé qui s'oppose, au Zimbabwe, à l'éducation des jeunes de cet âge sur la sexualité et le caractère non immédiat de leur besoin de conseils sur la santé reproductive. L'intervention dans les écoles a contribué à l'exposition du groupe le plus jeune à la sexualité la moins active. Toutefois, le meilleur moyen d'atteindre les jeunes plus âgés, qui ne fréquentaient plus l'école, aura été les activités adressées à un public général. L'évidence empirique semble indiquer que ces activités ont éga-

lement atteint d'importantes audiences secondaires parmi les adultes, dont les parents et les prestataires.

Les hauts niveaux d'exposition à la campagne et de reconnaissance de ses messages doivent être attribués au caractère attrayant des composants de la campagne. Cet attrait est lui-même le produit de la participation des jeunes à tous les aspects de la conception et de la mise en œuvre des matériels et activités. La stratégie d'éducation par animation a attiré de vastes publics aux manifestations de lancement; elle n'a toutefois pas aussi bien réussi (en termes d'exposition comme d'impact) pour le programme de radio. Les problèmes de langue peuvent expliquer la différence: les jeunes des milieux ruraux préfèrent les émissions diffusées en shona ou en ndébélé plutôt qu'en anglais. Un plus grand recours aux langues locales, dans tous les composants de la campagne, aurait peut-être accru sa portée générale. (Le ZNFPC a continué à diffuser l'émission de radio après la clôture de la campagne, ajoutant des émissions dans les langues locales ainsi que sur d'autres canaux pour atteindre les jeunes des milieux ruraux.)

Impact renforcé

Par rapport à d'autres campagnes multimédias de promotion de comportements sexuels à moindres risques parmi les jeunes,³⁰ celle-ci aura produit un faible impact sur les connaissances et croyances sur la santé reproductive, mais elle aura généré de hauts niveaux de communication interpersonnelle. Une contre-cam-

pagne menée simultanément par une organisation contre l'avortement a peut-être contribué aux méprises des jeunes à l'égard du préservatif, du VIH et du sida. L'échec de la campagne à renforcer les faits élémentaires sur la santé reproductive peut aussi expliquer son impact limité sur les connaissances, mais la campagne a encouragé les jeunes à parler de la santé reproductive avec leurs amis et parents, et les discussions précoces à ce sujet pourraient bien favoriser la prise de décisions plus responsables l'avenir.³¹ L'évaluation complète de l'impact de la campagne devrait, certes, suivre les jeunes sur une période de plusieurs années et pas uniquement pendant quelques mois.

Compte tenu de la brièveté de la campagne et de la prépondérance de jeunes sans expérience sexuelle parmi son audience, elle aura produit une forte influence sur les comportements. Bien qu'il soit impossible de comparer directement l'impact de différentes campagnes pour la santé des adolescents en raison de mesures d'issues différentes, les proportions de répondants ayant déclaré avoir changé leurs comportements sexuels ou chercher à obtenir des services de la santé reproductive en réponse à la campagne du Zimbabwe sont similaires à celles d'autres campagnes multimédias.³² La campagne n'a toutefois pas accru la pratique contraceptive autant que les campagnes de marketing social centrées sur la promotion du préservatif.³³

L'usage de canaux réseaux de communication multiples a contribué à l'impact de la campagne. L'évaluation confirme un rapport dose-effet clair entre l'exposition et l'impact: plus les jeunes avaient été exposés à un grand nombre de matériels et activités, plus ils y avaient répondu. La combinaison d'approches médiatiques et de manifestations communautaires aura probablement été particulièrement efficace. Une évaluation de la campagne Safer Sex parmi les jeunes Ougandais a relevé la plus grande influence de son programme de radio dans les districts qui y avaient ajouté des activités locales du type rallye-vélo et concours d'art dramatique.³⁴ De même, une comparaison de quatre projets de recherche opérationnelle en Afrique subsaharienne a découvert que les campagnes de promotion d'une sexualité adolescente saine les plus efficaces combinaient des initiatives médiatiques et de communication interpersonnelle.³⁵ Dans la campagne du Zimbabwe, comme ailleurs, les manifestations locales ont assuré l'expression des messages dans la langue maternelle des jeunes, dans des contextes familiaux et avec l'appui de per-

sonnalités locales respectées. Cette observation confirme les rôles potentiellement complémentaires des médias et des canaux réseaux de communication interpersonnels dans la promotion du changement comportemental.³⁶

Gain de soutien social

L'une des plus grandes réussites de la campagne aura été le support communautaire et sanitaire remporté aux soutiens des initiatives de la santé reproductive organisées à l'adresse des jeunes. Ce soutien est le produit de la décentralisation du management avec délégation à des comités de gestion locaux composés de représentants de groupes administratifs, religieux, pédagogiques, sanitaires et commerciaux locaux; de la conception d'activités visant l'audience secondaire des familles, amis et enseignants, avec encouragement de la discussion sur la santé reproductive; de la formation de prestataires dans la lutte contre les préjugés d'opposition profonde à l'offre d'information et de services aux jeunes; et de la participation des prestataires à la préparation et au lancement de la campagne.

Les résultats de cette stratégie se sont traduits, entre autres, par des niveaux inattendus de discussion entre parents et enfants sur les questions sensibles de la santé reproductive et par l'augmentation du nombre de jeunes clients cherchant à obtenir des soins, y compris de traitement d'IST et de planning familial, dans les cliniques spécialement ouvertes aux jeunes. Le soutien de la communauté a également permis la poursuite d'activités clés, dont la formation de pairs éducateurs, les cliniques ouvertes aux jeunes et la permanence téléphonique de Mutare. Aucune évaluation quantitative directe de l'impact du projet sur les adultes n'est toutefois disponible. Les évaluations futures devront mesurer les effets de la campagne sur les connaissances, attitudes et comportements des principales audiences secondaires.

Dans le cadre de l'effort d'obtenir un soutien social en faveur de comportements sexuels responsables parmi les jeunes, le projet a tenté d'aborder la question des contraintes sexospécifiques sur les comportements sexuels. La campagne a ainsi cherché à encourager les jeunes femmes aussi bien que les hommes à assumer leur vie, tout en soulignant l'importance de l'estime de soi. Elle n'a toutefois pas confronté directement le problème de l'inégalité des relations sexospécifiques entre hommes et femmes et est tombée dans le piège fréquent qui

consiste à demander aux jeunes femmes d'agir de manière contradictoire aux rôles féminins acceptés (en refusant d'avoir des rapports sexuels ou en insistant sur l'usage du préservatif, par exemple) sans d'abord les y habiliter.³⁷ Les attitudes sexospécifiques se sont révélées inébranlables dans d'autres campagnes pour la santé des adolescents. Ainsi, le programme Tsa Banana du Botswana a convaincu les jeunes femmes des avantages sanitaires du préservatif, sans pourtant réussir à leur faire abandonner l'idée qu'elles perdraient le respect de leur partenaire si elles en initiaient l'usage.³⁸ Près de la moitié des jeunes femmes ont déclaré avoir refusé des rapports sexuels en réponse au message de la campagne. On peut y voir un signe d'espoir, mais les campagnes futures devront aborder directement le problème des inégalités entre les sexes qui est à la base des décisions sexuelles risquées des jeunes du Zimbabwe.

Références

1. Zimbabwe Central Statistical Office (CSO), 1997 *Inter-Censal Demographic Survey Report*, Harare, Zimbabwe: CSO, 1998.
2. Zimbabwe CSO et Macro International, *Zimbabwe Demographic and Health Survey, 1994*, Calverton, MD, USA: CSO et Macro International, 1995.
3. Boohene E et al., Fertility and contraceptive use among young adults in Harare, Zimbabwe, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(4):264-271; et Campbell B et Mbizvo MT, Sexual behavior and HIV knowledge among adolescent boys in Zimbabwe, *Central African Journal of Medicine*, 1994, 40(9):245-250.
4. Boohene E et al., 1991, op. cit. (voir référence 3); et Kasule J et al., Zimbabwean teenagers' knowledge of AIDS and other sexually transmitted diseases, *East African Medical Journal*, 1997, 74(2):76-81.
5. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Report on the global HIV/AIDS epidemic, June 2000, <http://www.unaids.org/epidemic_update/report/index.html#table>, accessed 7 février 2001.
6. Munodawafa D et Gwede C, Patterns of HIV/AIDS in Zimbabwe: implications for health education, *AIDS Education and Prevention*, 1996, 8(1):1-10.
7. Campbell B et Mbizvo MT, 1994, op. cit. (voir référence 3); et Meekers D et Wekwete N, *DHS Zimbabwe Further Analysis: The Socioeconomic and Demographic Situation of Adolescents and Young Adults in Zimbabwe*, Calverton, MD, USA: Macro International, 1997.
8. Zimbabwe CSO et Macro International, 1995, op. cit. (voir référence 2).
9. Bassett M et Sherman J, *Female Sexual Behavior and the Risk of HIV Infection: An Ethnographic Study in Harare, Zimbabwe*, Research Report Series, Washington, DC: International Center for Research on Women, 1994, n° 3; Rivers K et Aggleton P, Adolescent sexuality, gender, and the HIV epidemic, 1999, <<ftp://lists.inet.co.th/pub/seaaids/gen/gend164.txt>>, accessed 9 juin 1999; et Munodawafa D et Gwede C, 1996, op. cit. (voir référence 6).
10. Bassett M et Sherman J, 1994, op. cit. (voir référence 9); et Vos T, Attitudes to sex and sexual behavior in rural Matabeleland, Zimbabwe, *AIDS Care*, 1994, 6(2):193-203.

11. Bassett M et Sherman J, 1994, op. cit. (voir référence 9); Vos T, 1994, op. cit. (voir référence 10); Kasule J et al., 1997, op. cit. (voir référence 4); et Rivers K et Aggleton P, 1999, op. cit. (voir référence 9).
12. Kim YM et al., Quality of counseling of young clients in Zimbabwe, *East African Medical Journal*, 1997, 74(8):514-518.
13. Huber S et al., *Zimbabwe Population Sectoral Assessment*, Arlington, VA, USA: Population Technical Assistance Project, 1994.
14. Ibid.; Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFFPC) et Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Prospective Changes in Desired Family Size and Contraceptive Use: Main Findings and Policy Implications of the Zimbabwe Socio-Cultural Study*, Harare, Zimbabwe: ZNFFPC, 1995; Bassett M et Sherman J, 1994, op. cit. (voir référence 9); et Kim YM et al., 1997, op. cit. (voir référence 12).
15. Piotrow PT et al., *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*, Westport, CT, USA: Praeger, 1997.
16. Ibid.
17. Kirby D, *A Review of Educational Programs Designed to Reduce Sexual Risk-Taking Behaviors Among School-Aged Youth in the United States*, Springfield, VA, USA: National Technical Information Service, 1995; McCauley AP et Salter C, Meeting the needs of young adults, *Population Reports*, 1995, Series J, n° 41; et Rivers K et Aggleton P, 1999, op. cit. (voir référence 9).
18. Bassett M et Sherman J, 1994, op. cit. (voir référence 9); ZNFFPC et FNUAP, 1995, op. cit. (voir référence 14); et Kasule J et al., 1997, op. cit. (voir référence 4).
19. Grunseit A, *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update*, Geneva: UNAIDS, 1997.
20. Jato MN et al., The impact of multimedia family promotion on the contraceptive behavior of women in Tanzania, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(2):60-67; et Piotrow PT et al., 1997, op. cit. (voir référence 15).
21. McKee N et al., réds., *Involving People, Evolving Behavior*, Penang, Malaysia: Southbound et UNICEF, 2000; Reger B et al., Using mass media to promote healthy eating: a community-based demonstration project, *Preventive Medicine*, 1999, 29(5):414-421; Valente TW et Saba WP, Mass media and interpersonal influence in a reproductive health communication campaign in Bolivia, *Communication Research*, 1998, 25(1):96-124; et Vaughan PW et Rogers EM, A staged model of communication effects: evidence from an entertainment-education radio soap opera in Tanzania, *Journal of Health Communication*, 2000, 5(3):203-227.
22. McKee N et al., 2000, op. cit. (voir référence 21); et Valente TW et Saba WP, 1998, op. cit. (voir référence 21).
23. Zimbabwe CSO et Macro International, 1995, op. cit. (voir référence 2).
24. Singhal A et Rogers EM, *Entertainment-Education: A Communication Strategy for Social Change*, Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, 1999; et Piotrow PT et al., 1997, op. cit. (voir référence 15).
25. McCauley AP et Salter C, 1995, op. cit. (voir référence 17).
26. Vaughan PW et al., Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: a field experiment in Tanzania, *Journal of Health Communication*, 2000, 5(suppl.):81-100.
27. McCauley AP et Salter C, 1995, op. cit. (voir référence 17).

28. Gamurorwa AB, Lettenmaier CL et Lewicky N, HIV/AIDS prevention: the Safer Sex Campaign for the youth in Uganda, dans: Family Guidance Association of Ethiopia (FGAE) et International Institute of Rural Reconstruction (IIRR), *Reproductive Health and Communication at the Grassroots: Experiences from Africa and Asia*, Addis Ababa, Ethiopia: FGAE et IIRR, 1998; Israel RC et Nagano R, *Promoting Reproductive Health for Young Adults Through Social Marketing and Mass Media: A Review of Trends and Practices*, Washington, DC: Pathfinder International, 1997; et Johns Hopkins University Center for Communication Programs (JHU/CCP), *Advocacy and mass media: a winning combination for Kenyan youth, Communication Impact*, 1998, n° 2.
29. Ashford L et al., *Social Marketing for Adolescent Sexual Health: Results of Operations Research Projects in Botswana, Cameroon, Guinea, and South Africa*, Washington, DC: Population Services International et Population Reference Bureau, 2000; Gamurorwa AB, Lettenmaier CL et Lewicky N, 1998, op. cit. (voir référence 28); et Rimon JG II et al., *Promoting Sexual Responsibility in the Philippines Through Music: An Enter-Educate Approach*, Occasional Paper, Baltimore, MD, USA: JHU/CCP, 1994, n° 3.
30. Ashford L et al., 2000, op. cit. (voir référence 29); Israel RC et Nagano R, 1997, op. cit. (voir référence 28); et Rimon JG II et al., 1994, op. cit. (voir référence 29).
31. Grunseit A, 1997, op. cit. (voir référence 19)
32. Ashford L et al., 2000, op. cit. (voir référence 29); Gamurorwa AB, Lettenmaier CL et Lewicky N, 1998, op. cit. (voir référence 28); Israel RC et Nagano R, 1997, op. cit. (voir référence 28).
33. Ashford L et al., 2000, op. cit. (voir référence 29); Gamurorwa AB, Lettenmaier CL et Lewicky N, 1998, op. cit. (voir référence 28); et Israel RC et Nagano R, 1997, op. cit. (voir référence 28).
34. Gamurorwa AB, Lettenmaier CL et Lewicky N, 1998, op. cit. (voir référence 28).
35. Ashford L et al., 2000, op. cit. (voir référence 29).
36. McKee N et al., 2000, op. cit. (voir référence 21); et Valente TW et Saba WP, 1998, op. cit. (voir référence 21).
37. Grunseit A, 1997, op. cit. (voir référence 19).
38. Ashford L et al., 2000, op. cit. (voir référence 29).