

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
CHRISTELLE AYMARD

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION  
DU VIH/SIDA AUPRÈS DES JEUNES EN SITUATION  
DIFFICILE EN CÔTE D'IVOIRE

NOVEMBRE 2006

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES ACRONYMES.....	iv
RÉSUMÉ.....	vii
INTRODUCTION.....	1
Objectifs de l'essai.....	4
PARTIE A REVUE DE LITTÉRATURE.....	8
CHAPITRE I.....	9
Le VIH/Sida.....	9
1 – Son origine.....	9
2 – Au niveau biologique.....	11
3 – Les principaux facteurs favorisant le développement de l'épidémie.....	14
4 – Son impact sur le continent africain.....	20
5 – Problématique et situation du Sida en Côte d'Ivoire.....	25
CHAPITRE II.....	29
La Côte d'Ivoire.....	29
1 – Présentation de la Côte d'Ivoire.....	29
2 – Situation socio-économique et politique.....	33
3 – Analyse de la situation des enfants et jeunes en Côte d'Ivoire.....	38
CHAPITRE III.....	44
Les jeunes ciblés par le programme.....	44
1 – Les jeunes des quartiers défavorisés.....	45
2 – Les jeunes détenus.....	46
3 – Les orphelins du Sida.....	49
4 – Les jeunes de la rue.....	51
CHAPITRE IV.....	57
Enseignements tirés de programmes de prévention du VIH.....	57

Méthode .....	69
1 - Objectifs et enjeux de l'évaluation .....	69
2 - Type d'évaluation .....	70
3 - Démarche et méthodologie de l'évaluation .....	71
4 - Évaluations précédentes et futures .....	74
PARTIE B ÉVALUATION DU PROGRAMME .....	79
CHAPITRE I.....	80
Présentation de l'association.....	80
1 – Historique de l'association et du programme .....	80
2 – Mission et actions de l'association .....	81
3 – Activités menées au sein de l'association.....	81
CHAPITRE II .....	86
Vue d'ensemble du programme .....	86
1 - Objectif du programme.....	86
2 - Groupes cibles .....	86
3 - Champ d'action.....	87
4 - Objectifs spécifiques.....	88
5 – Approches .....	88
6 – Activités .....	94
7 – Résultats attendus.....	98
8 - Analyse des besoins.....	99
CHAPITRE III.....	101
Présentation des ressources de l'association.....	101
1 – Ressources humaines .....	101
2 – Ressources matérielles .....	105
3 – Ressources financières.....	106
4 – Parties prenantes .....	108
CHAPITRE IV .....	112
Évaluation du programme.....	112
1 – L'intervention .....	112
2 – Le milieu d'intervention .....	119
CONCLUSION.....	130

BIBLIOGRAPHIE .....	134
ANNEXES .....	140
ANNEXE A .....	141
Document présentant le programme « Jeunes en situation de risques » 3, tel que transmis par le MESAD .....	141
ANNEXE B .....	177
Cartes géographiques présentant la Côte d'Ivoire. ....	177
La première la situe sur le continent africain ; .....	177
La deuxième présente une carte détaillée de la Côte d'Ivoire ; .....	177
La troisième offre une vision du pays en fonction des zones contrôlées par le gouvernement et les forces rebelles .....	177
ANNEXE C .....	181
Schéma d'intervention du MESAD, selon le Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Éducation (ROCARE, 2006).....	181
ANNEXE D .....	183
Liste des recommandations.....	183

## REMERCIEMENTS

Écrire avec son cœur quand on a passé si longtemps à raisonner, n'est pas chose aisée... Je tiens pourtant à remercier, même maladroitement, plusieurs personnes pour leur participation directe ou indirecte à cet essai :

Cette thèse n'aurait vu le jour sans la confiance, la patience, la générosité, les encouragements et les conseils avisés de ma directrice d'essai, Colette Jourdan-Ionescu, que je remercie du fond du coeur. Elle m'a permis de réaliser un essai propre à mes aspirations. Je voudrais aussi la remercier d'avoir cru en mes capacités et du temps qu'elle m'a accordée tout au long de ces années (malgré ses nombreuses occupations) tant au niveau personnel qu'universitaire. Elle m'a fait découvrir la psychologie autrement et pour cela, je lui en suis très reconnaissante.

Malik, pour ses idées lumineuses, pour sa présence (et ses absences lorsque je désirais du calme), pour sa sollicitude à mon égard durant ma période de rédaction malgré mes humeurs changeantes, pour la « logistique » de l'appartement qu'il gère à seul un bon moment, pour sa compréhension, pour son amour... Je ne saurai lui dire combien je le remercie. Je l'aime, voilà tout.

Ma famille et tout particulièrement ma mère et ma soeur, mes plus fidèles « supporteurs » qui malgré la distance ont toujours été présentes et encourageantes. Leur soutien et leur amour m'ont été d'une grande aide et je les en remercie au plus profond de mon cœur.

Patricia, pour tous les moments partagés, toujours intenses. Une amie unique et irremplaçable dont la joie de vivre, la capacité d'écoute, les encouragements, l'hospitalité et la gentillesse m'ont permis de découvrir l'intensité d'une amitié authentique.

La *Naya* que je suis tiens à remercier Didier, compagnon de galères et de fous rires, durant mes années « Trois-Rivières ». Cette amitié et cette complicité qui nous unissent m'ont permis de vivre l'expérience de l'immigration autrement.

Frédéric Dautrelepon qui m'a fait découvrir la psychologie « de terrain ». L'année d'internat passée à ses côtés fut une source constante d'enrichissement. Bien plus qu'un superviseur, il est un ami et un modèle de psychologue à mes yeux.

Mr. Marineau car c'est grâce à lui que je me suis lancée dans ce sujet d'essai et je suis heureuse qu'il ait accepté de faire partie de mon jury.

Enfin, je tiens à remercier l'équipe du MESAD pour sa coopération, et notamment son directeur Mr. Konan Kouassi. Je leur souhaite que le projet JSR 3 reçoive les fonds nécessaire à sa mise en œuvre au plus vite.



## **LISTE DES ACRONYMES**

ANRS	: Agence Nationale de recherches sur le Sida
ARV	: Antirétroviraux
BICE	: Bureau International Catholique de l'Enfance
CAP	: Connaissance Attitude Pratique
CASE	: Centre d'Accueil, d'Écoute et de Soutien
CCC	: Communication pour un Changement de Comportement
CEDEAO	: Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest
COM	: Centre d'Observation des Mineurs
EJT	: Enfants et Jeunes Travailleurs
FHI	: Family Health International
FMI	: Fond Monétaire International
IEC	: Information, Éducation, Communication
IST	: Infection sexuellement transmissible
JNV	: Journée Nationale de Vaccination
JSR	: Jeunes en Situation de Risque
MACA	: Maison d'Arrêt et de Corrections d'Abidjan
MAEJT	: Mouvement Africain des Enfants et Jeunes Travailleurs
MDM	: Médecins Du Monde
MESAD	: Mouvement pour l'Éducation, la Santé et le Développement
MPCI	: Mouvement Patriotique de Côte d'Ivoire

MSF	: Médecins Sans Frontières
MSSSH	: Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés
MST	: Maladie sexuellement transmissible
NTIC	: Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OCHA	: Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU
OIT	: Organisation Internationale du Travail
ONU	: Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PDCI-RDA	: Parti Démocratique de Côte d'Ivoire – Rassemblement Démocratique Africain
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PSI	: Population Service International
ROCARE	: Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Éducation
SIDA	: Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIV	: Syndrome D'immunodéficience Simiesque
UEMOA	: Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
UNAIDS	: United Nations Programme on HIV/AIDS
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
USAID	: United States Agency for International Development

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine  
VIS : Virus d'Immunodéficience Simiesque  
WHO : World Health Organization

## RÉSUMÉ

Cet essai consiste en l'évaluation d'un programme de prévention des ITS/VIH/Sida auprès des jeunes en situation difficile en Côte d'Ivoire. Ce projet, intitulé « Jeunes en Situation de Risque 3 » (JSR 3) et développé par le Mouvement pour l'Éducation, la Santé et le Développement (MESAD), s'adresse aux jeunes de la rue, aux jeunes détenus, aux orphelins du Sida et aux jeunes des quartiers défavorisés de quatre villes ivoiriennes (Abidjan, San Pédro, Yamoussoukro et Abengourou). Cependant, le projet est actuellement quasiment paralysé depuis près de trois ans par manque de financement. Cette évaluation a donc pour objectif de fournir un regard externe et critique sur le programme afin d'identifier les forces et lacunes du projet et ainsi permettre des réajustements et une valorisation des acquis. Toutefois, ma démarche se veut essentiellement exploratoire puisqu'elle ne répond pas à toutes les exigences d'une évaluation dite scientifique étant donné qu'il m'a été impossible de me rendre sur place. Je me suis donc basée sur ma revue de littérature ainsi que sur les documents envoyés par le MESAD pour procéder à cette évaluation. L'analyse effectuée m'a permis de conclure à l'existence de preuves solides appuyant la raison d'être du projet. De plus, bien que ce rapport recense plusieurs points nécessitant des améliorations et des renforcements, l'évaluation réalisée me permet de croire que le programme dispose d'atouts suffisants pour permettre l'exécution du projet de prévention de façon adéquate. En effet, les données disponibles montrent clairement que le projet répond à de nombreuses caractéristiques propres aux programmes jugés efficaces, notamment le déploiement de

stratégies et de méthodes d'intervention multiples et complémentaires touchant non seulement à la prévention des IST/VIH/Sida mais s'attaquant également aux nombreux facteurs de risques inhérents à la vie des jeunes ciblés. En outre, le présent rapport soumet trente et une recommandations au MESAD afin d'améliorer le projet JSR 3.

## INTRODUCTION

Guerres, famines, sécheresse, inondations, pauvreté, dettes... Autant de maux auxquels l'Afrique sub-saharienne est confrontée. Pourtant la liste ne s'arrête pas là, il faut rajouter un mal, et non le moindre : le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH)/Sida qui décime ce continent. En Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire est le pays le plus touché avec un taux de prévalence de 9,7% (UNICEF, 2002). La crise socio-politique que subit le pays depuis 2002 a dégradé les conditions de vie des plus vulnérables, les prédisposant d'autant plus à l'infection au VIH. Parmi les personnes les plus vulnérables, il convient de citer les jeunes et notamment ceux qui vivent dans des conditions de vie particulièrement difficiles (jeunes de la rue, orphelins du Sida, etc.). Ces jeunes sont malheureusement plus difficiles à atteindre parce qu'ils vivent souvent en marge de la société. Ils sont victimes d'exclusion et de discrimination et, le plus souvent, on les isole ou on les condamne au lieu de leur porter secours. Pourtant, les jeunes, quels qu'ils soient, représentent le plus grand espoir pour lutter contre cette terrible maladie puisque c'est justement durant l'adolescence que se forment les habitudes en matière de comportement sexuel. Cependant, plus de vingt ans après le début de l'épidémie, la vaste majorité des jeunes manquent encore d'information sur les questions sexuelles et les infections sexuellement transmissibles (IST). Même si la plupart d'entre eux ont entendu parler du Sida, ils sont nombreux à ne pas savoir comment le VIH se transmet et ils ne se sentent pas concernés. Souvent, les jeunes qui possèdent certaines connaissances concernant le VIH ne se protègent pas parce qu'ils manquent des compétences, de soutien

ou des moyens d'adopter des comportements sûrs. Néanmoins, dans les régions où la propagation du VIH/Sida ralentit ou même se trouve en baisse, c'est dans une large mesure parce que les jeunes ont été encouragés à adopter des comportements sûrs et ont reçu les outils nécessaires. Les jeunes ont montré qu'ils sont capables de faire des choix responsables pour se protéger lorsqu'ils bénéficient d'un soutien adéquat, et qu'ils peuvent se former et motiver les autres à faire de bons choix.

C'est dans ce contexte que le Mouvement pour l'Éducation, la Santé et le Développement (MESAD) a développé un programme de prévention des IST/VIH/Sida et de prise en charge psychosociale au profit des enfants et jeunes vulnérables en Côte d'Ivoire, intitulé « Jeunes en Situation de Risque » (JSR). Ce programme s'adresse aux jeunes de la rue, aux jeunes des quartiers défavorisés, aux orphelins du Sida et aux jeunes détenus. Le projet a déjà été mis en œuvre de 1999 à 2002 (JSR 1), puis de 2002 à 2003 (JSR 2). Actuellement, la phase trois du projet (JSR 3) est en attente de financement ce qui paralyse quasi-totalement ses activités. Afin de conjuguer intérêts personnels pour l'intervention en contexte humanitaire et retombées de l'essai, la présente étude vise donc l'évaluation des acquis et lacunes du projet JSR 3.

La partie A, intitulée « Revue de littérature », a pour objectif d'analyser le contexte dans lequel le programme JSR 3 se situe. Ainsi, le premier chapitre nous renseigne sur la problématique du VIH/Sida puisqu'elle expose ses origines, ses modes de transmission et les facteurs favorisant son apparition, avant de préciser sa situation et ses conséquences en Côte d'Ivoire. Le second chapitre a pour but de nous informer sur le contexte entourant l'objet de l'évaluation en présentant le pays, sa géographie, son

climat, sa population, son économie, ses ressources naturelles puis sa situation socio-politique, pour finir par une analyse de la situation des enfants et jeunes dans le pays. Le troisième chapitre traite des réalités de vie des jeunes ciblés dans le projet JSR 3 afin d'avoir les connaissances nécessaires sur les facteurs de risques combattus par le programme de prévention. D'ailleurs, selon Nadeau (1988), « Il est important de connaître les conditions entourant l'objet d'évaluation et autres facteurs pour développer, conduire et rapporter une évaluation réaliste et sensible ». Enfin, le dernier chapitre présente des exemples de programmes jugés efficaces dans le domaine de la prévention du VIH/Sida ce qui permet d'avoir des références pertinentes sur lesquelles prendre appui.

La partie B est dédiée à l'évaluation. Les trois premiers chapitres s'attacheront donc à présenter l'association, ses activités, puis le projet JSR 3 (objectifs, approches, activités prévues, etc.) et ses ressources (humaines, matérielles, financières et les parties prenantes). L'évaluation du programme sera finalement réalisée au chapitre quatre. Le rapport se terminera par une liste de recommandations qui auront préalablement été énoncées au fil de l'expertise.



## **Objectifs de l'essai**

Le choix de mon sujet d'essai s'est fait suite à mon internat qui s'est déroulé durant une année au CLSC des Faubourgs à Montréal auprès des jeunes de la rue. En effet, lors de ce stage, j'ai développé une connaissance approfondie du milieu de la rue à la fois théorique et pratique. Suite à cela, je souhaitais utiliser ce savoir dans un contexte différent de celui de l'Amérique du Nord afin de faire profiter de mes connaissances mais également d'enrichir les miennes. Je désirais donc que mon sujet d'essai touche, d'une part, les jeunes de la rue et d'autre part, un contexte culturel différent de celui dans lequel je vis.

Le continent africain m'a intéressé dès le commencement de ma réflexion car il compte le plus grand nombre de pays dits « en voie de développement ». Or, mon intention, et ce dès le début de mes études en psychologie, a été d'œuvrer pour et avec ceux qui luttent sans cesse pour leur développement, et parfois même leur survie. Le choix du continent africain m'a alors porté à me questionner sur les entraves au développement de celui-ci. Elles sont nombreuses (pauvreté, guerres, famines, maladies, etc.), toutefois j'ai décidé de ne travailler que sur l'une d'entre-elles (en lien avec les jeunes de la rue) : le VIH/Sida. En effet, cette maladie est un véritable fléau qui détruit sur son passage tous les efforts et avancements effectués jusqu'ici en matière de développement dans le monde entier, et plus particulièrement sur le continent africain.

Cependant, il m'a fallu effectuer un deuxième choix : celui du pays, car je souhaitais que ce projet soit adapté culturellement (religions, traditions, mœurs et

coutumes, etc.) et contextuellement (situation géographique, politique, économique, etc.) au pays. La langue française étant l'un de mes premiers critères de sélection, je me suis tournée vers l'Afrique de l'Ouest qui regroupe le plus grand nombre de pays francophones. Puis, en examinant les taux de prévalence de chacun de ces pays (Mali, 1,7% ; Ghana, 3% ; Sierra Léone, 7%, Côte d'Ivoire, 9,7% selon des estimations de l'UNICEF en 2002), mon choix s'est porté vers celui qui accuse le plus fort taux de prévalence du VIH/Sida, soit la Côte d'Ivoire.

Les recherches médicales n'ayant pas encore découvert le vaccin contre cette maladie, la prévention reste le seul moyen de l'endiguer. Or, bien que cette maladie soit apparue il y a plus de vingt ans, nous constatons que les connaissances, parfois les plus élémentaires, afin de s'en protéger sont insuffisamment diffusées. Et, c'est bien l'ignorance qui permet à cette maladie de continuer à se propager.

À ce propos, il me semble particulièrement pertinent d'adresser ce message aux jeunes vivant dans des circonstances difficiles car, même s'ils se trouvent très exposés au VIH, ils constituent néanmoins par leur jeune âge une chance de stopper l'épidémie, puisque leurs habitudes, notamment sexuelles, ne sont pas encore fortement ancrées dans leur comportement et qu'ils sont donc plus susceptibles que les adultes d'adopter des comportements à moindre risque et de s'y tenir leur vie durant. Par ailleurs, les campagnes de prévention s'orientent de plus en plus vers l'éducation scolaire pour faire passer leurs messages, à grande échelle, aux jeunes scolarisés. Or, ces jeunes sont généralement déscolarisés ce qui ne leur permet pas d'être informés sur les risques qu'ils peuvent encourir, eux qui sont les plus exposés. Ils ont donc, de toute urgence, besoin

d'acquérir les connaissances et les aptitudes qui leur permettront de se protéger contre l'infection au VIH.

Mon intention étant de conceptualiser un programme novateur de prévention VIH/Sida pour les jeunes de la rue en Côte d'Ivoire puis de m'y rendre ultérieurement afin de le mettre en œuvre, j'ai tout d'abord vérifié dans la littérature qu'aucun programme de prévention VIH/Sida ne s'adressait à cette population dans le pays. Puis, j'ai écrit aux différents organismes oeuvrant auprès de ces jeunes afin de me présenter (ainsi que mon sujet d'essai) et de collecter des informations sur leurs activités mais également à propos de leurs connaissances au sujet d'éventuels programmes de prévention VIH/Sida à l'endroit de cette population dans le pays. Le Mouvement pour l'Éducation, la Santé et le Développement (M.E.S.A.D.) m'a alors répondu qu'ils avaient développé, en partenariat avec Médecins du Monde (MDM) un projet de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)/VIH/Sida au profit des jeunes vulnérables, dont les jeunes de la rue (mais également les orphelins du Sida, les jeunes des quartiers défavorisés et les jeunes détenus). Cependant ce projet a été interrompu depuis 2003 par manque de financement.

Mon projet d'essai initial, soit la mise sur pied d'un modèle de prévention VIH/Sida adapté spécifiquement aux jeunes de la rue en Côte d'Ivoire, s'est alors trouvé bouleversé. Et, il m'a semblé plus pertinent d'offrir à cette association d'évaluer leur projet afin de l'améliorer, s'il y a lieu, mais aussi de le valider dans ses acquis positifs afin qu'il ait plus de poids face aux bailleurs de fonds et que leurs activités reprennent au plus vite. Car c'est bien là toute la finalité de cet essai : son utilité sur le terrain.

L'association a, quant à elle, gracieusement accepté de se prêter au « jeu » en collaborant avec moi, ce qui leur a occasionné un surplus de travail indépendamment de leurs nombreuses autres occupations.

Ma question de recherche est la suivante : Ce programme a-t-il les caractéristiques d'un programme efficace ?

**PARTIE A**  
**REVUE DE LITTÉRATURE**

## **CHAPITRE I**

### **Le VIH/Sida**

#### **1 – Son origine**

Les premiers cas de sida ont été observés et décrits aux États-Unis, en 1981. À ce moment-là, on ne parlait pas encore de Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis (SIDA) pour décrire ce nouveau syndrome inexpliqué ; il portait donc plusieurs noms dont celui de « gay syndrome » car il fut initialement identifié chez des homosexuels. En effet, de jeunes homosexuels sans problème de santé étaient touchés par une violente pneumonie ou par un cancer de la peau très rare. Ils présentaient néanmoins tous un point en commun : ils étaient immunodéprimés c'est-à-dire que leurs défenses immunitaires étaient considérablement amoindries.

Puis, courant 1982, l'apparition, en France, de cas similaires amène les médecins français à se mobiliser. À cette époque, un certain nombre de recherches avaient d'ores et déjà été entreprises au niveau mondial depuis la première description de cette maladie chez des homosexuels, observée par la suite chez des hémophiles transfusés (ce qui laissait déjà soupçonner que l'agent infectieux responsable était un virus). Ainsi, en 1983, le professeur Luc Montagnier isole, avec son équipe, le VIH-1 (Virus de l'Immuno-Déficiences Humaine). Puis, deux ans plus tard, un second type de virus, le VIH-2, particulièrement présent en Afrique, est à son tour découvert par le Professeur Souleymane M'boup, à Dakar.

Suite à ces découvertes, il a pu être établi que le Sida existait depuis plusieurs décennies, sans que personne, jusque là, ne l'ait identifié comme maladie à part entière. En 2000, l'équipe du docteur Korber de Los Alamos, aux États-Unis, a prouvé que le VIH serait apparu chez l'homme en 1930, avec une marge d'erreur de plus ou moins 20 ans. De plus, en 1999, il a été prouvé que le VIH est le résultat d'une mutation du VIS (Virus d'Immunodéficience Simiesque) qui touche les chimpanzés. Cependant, la mutation du VIS en VIH, soit la transmission du virus à l'homme reste sujet à controverse. Il existe deux théories :

- La théorie du transfert naturel : le contact se serait fait par le sang (ex. : un chasseur blessé est contaminé par le sang d'un chimpanzé qu'il vient de chasser ou est mordu par celui-ci). Cette théorie, émise en 1999, est aujourd'hui largement acceptée par la communauté scientifique.

- La théorie iatrogène : le contact se serait fait par la vaccination. Cette théorie suggère que le VIS, virus naturellement porté par les chimpanzés sans symptôme de maladie, a été transmis involontairement à l'homme par le biais de vaccins anti-polio contaminés, cultivés sur des reins de chimpanzés. Ces vaccins ont été administrés à un million d'Africains au Congo belge à la fin des années 50. Cette théorie se fonde sur le livre « The River », fruit de dix ans d'enquête (Hooper, 2000).

Concernant la mobilisation face au VIH/Sida, les personnes touchées d'Europe et d'Amérique du Nord se sont mobilisées dès le milieu des années 1980, par contre il a fallu attendre le milieu des années 1990 pour que des initiatives d'envergure soient lancées en Afrique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a contribué à la mise en

place dans les pays africains de Programmes nationaux de lutte contre le Sida (PNLS). Malheureusement, les premières campagnes d'information, préparées dans l'urgence, n'ont, le plus souvent, pas donné de résultats car elles présentaient le Sida comme une maladie mortelle sans espoir de vaccins, et ont favorisé l'émergence de préjugés. En 1996, L'Onusida est créé ce qui marque la prise de conscience par la communauté internationale que le Sida est devenu un problème majeur ; puis la Conférence de Vancouver, la même année, apporte l'espoir d'un traitement efficace par les trithérapies. Selon Haro (2003), « ce n'est qu'à partir de 1997 que quelques pays riches se sont timidement engagés [dans la lutte contre le VIH], notamment parce que la découverte de molécules efficaces rendait d'autant plus scandaleuse l'idée de laisser mourir des millions de personnes sans leur tendre la main ». Mais c'était sans compter sur les politiques tarifaires et commerciales des laboratoires pharmaceutiques qui étaient réticents à la fabrication de génériques pour les pays pauvres.

Les pays développés et industriels portent une grande responsabilité dans l'épidémie du Sida qui touche l'Afrique, mais peinent à l'assumer, au mépris des besoins humanitaires.

## 2 – Au niveau biologique

Le Sida, acronyme de Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises, est une maladie infectieuse causée par le Virus de l'Immunodéficiences Humaines (VIH). Le VIH est un virus qui s'en prend directement aux défenses immunitaires de l'organisme en détruisant



les cellules qui luttent contre les infections. L'organisme devient donc vulnérable et les maladies se développent plus facilement grâce à la présence du VIH. Ainsi, une déficience avancée du système immunitaire peut conduire au développement de maladies graves ou à la mort.

Le Sida est donc la conséquence tardive d'une infection par le VIH. C'est pourquoi l'on parle d'un syndrome de déficience immunitaire acquis.

Trois modes de transmission ont été distingués :

*-Transmission par voie sexuelle.* La plupart des infections par le VIH ont été et sont encore acquises à l'occasion de rapports sexuels non protégés. La transmission sexuelle se fait par contact entre les sécrétions sexuelles (ou du sang) et les muqueuses rectale, génitale et/ou buccale.

*-Transmission par voie sanguine.* Le virus peut se transmettre accidentellement d'une personne à une autre par la transfusion de sang contaminé ou au moyen de seringues contaminées, par l'injection de produits dérivés sanguins lors des interventions chirurgicales, obstétricales ou dentaires ou par l'intermédiaire de tissus ou organes transplantés et de sperme provenant de donneurs infectés. Elle peut également être occasionnée par l'utilisation d'objets tranchants souillés de sang contaminé : les aiguilles et autres instruments comme des ciseaux et rasoirs. Enfin, si les instruments ne sont pas stérilisés lors des pratiques de tatouage, de perforation de lobes de l'oreille, de circoncision, d'excision, de scarification avec des objets qui n'ont pas été bien désinfectés, le virus peut être transmis.

*-Transmission mère-enfant.* La transmission du virus à l'enfant peut survenir au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement au sein.

Une infection par le VIH évolue en différents stades. Dans un premier temps, peu après la contamination par le VIH, le virus se propage très rapidement, de façon temporaire. Chez toutes les personnes infectées, il se produit alors une réaction de défense dans laquelle des anticorps contre le VIH se forment. Passé cette première phase, l'infection au VIH se développe sans se faire remarquer, c'est-à-dire qu'aucun symptôme n'apparaît. Cette phase peut durer quelques mois, voire plusieurs années. Pourtant le virus continue de se propager et donc de détériorer le système immunitaire. Puis, des symptômes peuvent apparaître à n'importe quel moment. Ils se présentent la plupart du temps sous une forme générale, par exemple sous forme de ganglions lymphatiques persistants à plusieurs endroits (sous les aisselles, à l'aîne), de sueurs importantes ou de diarrhées persistantes.

Les symptômes qui peuvent apparaître au cours du développement de l'infection sont non spécifiques, c'est-à-dire qu'ils surviennent également dans le cas de nombreuses autres maladies. Il s'agit de divers agents pathogènes, bactéries, virus, parasites normalement peu infectieux qui profitent de cet état pour proliférer et provoquer des affections graves ; ce sont ce que l'on appelle les infections opportunistes telle la tuberculose qui est la plus fréquente sur le continent africain. Le Sida désigne le stade dans lequel le système immunitaire est fortement détérioré et où des maladies infectieuses graves, voire mortelles, et des tumeurs peuvent se développer.

Une infection par le VIH ne peut se guérir. Cependant, grâce à l'amélioration des thérapies médicales, il existe de fortes chances qu'une déficience immunitaire déjà acquise se résorbe ou, si la thérapie a débuté à temps, que son apparition soit retardée de plusieurs années. Chez beaucoup de gens infectés par le VIH, le progrès médical a entraîné une forte augmentation de l'espérance de vie.

### 3 – Les principaux facteurs favorisant le développement de l'épidémie

L'épidémie du VIH/Sida ne touche pas toutes les régions du monde de façon uniforme. Elle se caractérise par des situations très différentes les unes des autres. En outre, celles-ci évoluent très rapidement dans le temps sous l'impulsion des déterminants socio-économiques, culturels et autres qui diffèrent d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre au sein d'un même pays. Je tenterai donc de dresser un portrait des différents facteurs favorisant le développement de l'épidémie en m'inspirant d'un document de l'UNESCO et ONUSIDA (2003).

#### • *Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)*

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), mieux connues sous le nom de Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), sont des maladies extrêmement contagieuses et sont dues à des microbes, bactéries, virus ou champignons. Une IST peut se transmettre d'une personne à une autre au cours de relations sexuelles non protégées. Or, la contraction d'une IST constitue l'un des plus importants vecteurs de transmission

du VIH, surtout lorsqu'elle est mal ou tardivement soignée car une plaie génitale ou un ulcère augmente les risques d'infection au VIH. Il existe pourtant des médicaments très efficaces pour traiter les IST. Dans une large mesure, la progression rapide des IST est due au fait que la majorité des infections ne se signalent par aucun symptôme ou alors produisent des symptômes si bénins que le patient n'en tient souvent pas compte. Il arrive parfois que les symptômes des IST disparaissent avec le temps, donnant l'impression à tort que la maladie a également disparu. Enfin, de nombreux adolescents ne connaissent pas la différence entre des conditions normales et anormales concernant leur santé sexuelle et ne savent par conséquent pas quand il faut rechercher un avis médical.

- *Changement fréquent de partenaires*

Le fait d'avoir plusieurs partenaires accroît le risque d'exposition à la contamination et aux grossesses non désirées. Le risque est plus important quand il y a une grande différence d'âge entre les deux partenaires comme par exemple entre une jeune fille et un homme âgé ayant de nombreuses expériences sexuelles.

- *La précocité des rapports sexuels*

L'immaturation des organes génitaux de la jeune fille la rend encore plus vulnérable et plus exposée à l'infection. Le col de l'utérus et le vagin de la jeune fille sont plus fragiles que ceux de la femme âgée et au cours des relations sexuelles, la paroi vaginale peut se déchirer, ce qui augmente le risque d'infection. De plus, outre le risque d'infection, la

jeune fille qui entretient des relations sexuelles court le risque d'une grossesse avec des complications liées à l'immaturation de son corps.

• *La vulnérabilité physiologique des filles et des femmes*

De façon générale, les filles et les femmes sont plus exposées que les hommes à l'infection au VIH. Elles ont une plus grande surface muqueuse exposée durant les rapports sexuels. Le sexe de la femme est alors très exposé aux éraflures, aux plaies, aux coupures souvent invisibles à l'œil nu, mais qui constituent des portes d'entrées pour le virus. De plus, au cours des rapports sexuels, le sperme de l'homme qui est infecté reste dans le corps de la femme et cela augmente le risque d'infection au niveau de l'utérus, des trompes et des ovaires. La concentration du VIH est beaucoup plus forte dans le sperme que dans le fluide vaginal.

• *Le faible pouvoir de négociation des femmes et des jeunes filles*

Outre la vulnérabilité biologique, les femmes ont souvent un statut inférieur à celui des hommes dans la société en général et lors des rapports sexuels en particulier. Cette vulnérabilité sexospécifique est plus importante encore chez les jeunes filles. Dans la société africaine, le faible pouvoir de négociation des femmes et des jeunes filles est lié au statut de la femme, au manque d'instruction des filles et des femmes (un grand nombre de femmes sont analphabètes) et à leur statut économique (le faible taux d'accès aux ressources financières et foncières place souvent la femme dans un statut de dépendance économique et ceci se traduit par une féminisation accrue de la pauvreté).

- *La pauvreté*

En raison d'un faible accès à l'information sur le VIH/Sida, les personnes pauvres sont en général moins en mesure de se protéger et par conséquent plus vulnérables à l'infection au VIH. De plus, faisant partie de l'une des couches de la population les plus pauvres, les jeunes femmes sont également très vulnérables à l'infection. La pauvreté les entraîne dans des situations à risque : prostitution professionnelle ou occasionnelle, partenariat multiple ou entretien de rapports sexuels avec des partenaires aisés mais plus âgés et qui ont accumulé un plus grand nombre d'expériences sexuelles.

- *L'alcool et les drogues*

Le fait de consommer de l'alcool et des drogues peut rendre moins prudent en ce qui concerne le genre de relations sexuelles qui sont entretenues et les personnes avec lesquelles elles le sont. La consommation de drogue par voie intraveineuse avec l'utilisation par plusieurs personnes infectées de seringues non stérilisées augmente le risque d'infection au VIH.

- *Certaines pratiques socioculturelles*

Dans certaines sociétés africaines, il existe des pratiques socioculturelles qui peuvent entraîner des possibilités d'infection au VIH, comme les mariages précoces, le lévirat (le frère épouse la femme de son frère décédé), le sororat (la sœur se marie avec l'époux de sa sœur défunte), la polygamie, les mutilations génitales féminines (qui fragilisent l'organe génital féminin), le tatouage et les scarifications.

• *La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/Sida*

La crainte et la honte qui entourent la maladie et la discrimination à laquelle sont soumis ceux qui sont touchés font que les personnes affectées par le VIH refusent d'en parler et même de révéler leur séropositivité à leurs proches. Elles ont peur de se voir rejetées, de perdre leur emploi, leurs amis ou tout simplement d'être chassées de leur environnement social et/ou familial. Il faut aussi noter que, pour éviter la stigmatisation, les familles évitent toute révélation pendant la maladie et même après le décès. Le corps médical pour des raisons de déontologie n'en parle pas. Tout ceci favorise donc la propagation silencieuse de l'épidémie mais accroît également la vulnérabilité des personnes atteintes en les privant de soins et de soutien.

• *Les idées fausses concernant le VIH/Sida*

L'ignorance est une grande cause de propagation du Sida en Afrique. Comme partout dans le monde, elle a d'abord été liée à l'impossibilité de croire que le Sida puisse se transmettre dans des actes aussi courants et liés à la vie que faire l'amour, donner la vie, donner son sang. Des rumeurs et des mythes sont nés de cette peur, comme le fait que le virus ait été inventé par les Blancs pour empêcher les africains d'avoir des enfants, ou qu'avoir des relations sexuelles non protégées avec une jeune fille vierge guérirait les personnes infectées par le VIH. En outre, au tout début de l'épidémie, certaines personnes croyaient que le VIH/Sida était une maladie que seulement les homosexuels et les travailleuses du sexe pouvaient contracter. Ainsi, des marabouts et guérisseurs se sont emparés de la peur du Sida pour vendre des poudres et autres « traitements » miraculeux

pour leur portefeuille. De plus, ils convainquent souvent le public de ne pas recourir au dépistage ni au traitement de leurs infections opportunistes.

• *Les religions*

L'obscurantisme de certains représentants des religions monothéistes participe à la propagation du VIH/Sida. Ainsi, le Vatican refuse toujours de reconnaître l'utilité du préservatif et cette position est partagée par les instances musulmanes, l'autre grande religion africaine. Néanmoins, il convient de préciser qu'une partie des communautés chrétienne et musulmane s'impliquent dans une véritable lutte contre le Sida.

• *Les conflits armés*

Qu'il s'agisse du Rwanda en 1994, du Libéria (1989) ou plus récemment de la rébellion en Côte d'Ivoire (2002), les conflits s'accompagnent de déplacements de populations, de viols systématiques et comportements sexuels qui concourent à l'extension de l'épidémie. Le VIH/Sida se répand à la faveur de la désorganisation et de la destruction engendrées par les conflits armés car les communautés se dispersent et les services de santé, l'infrastructure scolaire et les protections juridiques s'effondrent. De plus, les comportements sexuels rapportés comme étant propres aux soldats, habitués à la fréquentation des prostituées sans protection, nourrissent l'extension du Sida.



#### 4 – Son impact sur le continent africain

Toute la complexité de l'épidémie réside dans la nature du VIH et l'ampleur de son impact. Or, selon l'ONUSIDA (2001a), près de 70% des infections au VIH et 90% des morts dues au Sida surviennent dans une zone qui abrite tout juste 10% de la population mondiale, soit sur le continent africain. En effet, c'est en Afrique subsaharienne que les taux d'infection sont les plus hauts, que le niveau d'accès aux soins est le plus bas et que, dans le domaine social et économique, les filets de sécurité qui pourraient permettre aux familles de faire face à l'impact de l'épidémie sont les plus fragilisés. Les ressources ne progressent pas aussi vite que les défis car l'incidence de la maladie augmente trois fois plus vite que les sommes consacrées à la lutte contre le fléau.

L'impact du VIH/Sida étant très complexe, il convient de distinguer l'impact sur la personne infectée elle-même, sur la famille, la communauté, les secteurs sociaux et productifs.

- *Impact sur l'individu, la famille et la communauté*

L'impact du Sida sur la personne infectée se traduit par une détérioration de sa santé physique et mentale, une mauvaise qualité de vie (les infections opportunistes nécessitent souvent une hospitalisation et un arrêt de travail temporaire). La personne est affectée psychologiquement par sa séropositivité et l'absence d'une perspective de guérison, mais également angoissée par la détérioration d'un état de santé susceptible, à tout moment, d'une évolution fatale. Le mental est affecté par le nonaccès aux traitements, la peur du

rejet et de la discrimination, la menace de perdre son emploi et le risque pour sa famille de basculer dans la précarité.

Au niveau des ménages, le VIH/Sida occasionne d'une part une charge importante du fait des dépenses de soins qu'il occasionne et d'autre part une baisse de revenus du fait de l'arrêt de l'activité que la maladie entraîne fatalement chez les victimes de l'épidémie. Ainsi, les familles devront supprimer leurs dépenses de solidarité sociale permettant d'entretenir d'autres membres de la famille élargie et de la communauté. Tout ceci ayant pour conséquence, le basculement de toutes les personnes concernées dans la précarité si ce n'est dans la pauvreté. De plus, le Sida fait beaucoup d'orphelins dont la prise en charge incombe à la communauté. Beaucoup de ces enfants, livrés à eux-mêmes, deviendront des enfants de la rue. Ce phénomène devenu courant dans tous les pays africains, plus accentué encore dans les pays en conflit, est à l'origine de fléaux tels que la mendicité, le vol, la délinquance, la violence, l'alcoolisme, la drogue, la prostitution et le viol qui, à leur tour, favorisent la propagation de l'infection par le VIH.

*• Impact sur les services de santé*

Dans les pays en développement, notamment en Afrique, il existe une forte pression sur les services de santé due à l'augmentation du nombre de malades et des cas de Sida déclarés qui ont besoin de soins médicaux, de soutien social, psychologique et matériel. Lorsque l'infection évolue vers le Sida, une augmentation des hospitalisations est notée. Le personnel de santé se trouve débordé par le flux de malades et est aussi exposé à

l'infection au VIH. Lorsque ce sont les membres du personnel qui sont affectés par le virus et meurent du Sida, leur remplacement s'avère coûteux et difficile.

La qualité des soins baisse, beaucoup d'argent est dépensé pour les médicaments et les soins des personnes infectées et il en reste peu pour les autres malades et pour les autres soins de santé. Les appareils nationaux de santé ne peuvent absolument pas répondre à la demande créée par l'augmentation du nombre de sidéens qui développent des infections opportunistes. Et certaines de ces infections, surtout la tuberculose, se sont étendues à la population non séropositive, déclenchant une deuxième épidémie.

De plus, les activités de lutte contre le Sida risquent d'absorber une partie de plus en plus grande du budget de Santé, au détriment des autres activités relevant du secteur sanitaire. Et toutes les études d'impact réalisées ont montré des prévisions très pessimistes quant à l'ampleur des coûts relatifs au VIH/Sida au niveau des budgets du secteur santé des états africains (ONUSIDA, 2006).

#### *• Impact sur l'économie*

L'impact sur l'entreprise s'explique par le fait que le VIH/Sida affecte principalement les personnes âgées de 15 à 49 ans qui constituent la force de travail d'un pays. Ceci s'exprime par l'absentéisme, la perte d'efficacité et de productivité de l'agent malade, l'accroissement des dépenses en frais médicaux, des salaires payés à des agents en arrêt de travail et le remplacement d'un personnel qualifié. La perte des travailleurs entraîne une baisse de la production, des exportations, des ressources et donc des revenus. De plus, à court terme, la perte de travailleurs, conjuguée à la difficulté de savoir qui est

infecté ou pourrait l'être, bouleverse le recrutement et les programmes de formation, les régimes des avantages sociaux (surtout l'assurance et les pensions), les relations syndicales-patronales et le moral au travail. Cette situation a aussi soulevé des questions de fond, au chapitre des droits de la personne, en ce qui concerne l'emploi, l'embauche et le congédiement et les droits aux prestations.

• *Impact sur la démographie*

Dans son rapport, publié fin novembre 2005, l'UNAIDS révèle que « le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde a atteint son niveau le plus élevé jamais enregistré » : 40,3 millions de personnes contre 37,5 en 2003. Parmi elles, 25,8 millions se trouvent en Afrique subsaharienne. Et selon les dernières projections démographiques de l'ONU, les ravages pourraient être encore plus catastrophiques dans les décennies à venir.

Dans certains pays très touchés par l'épidémie et où la fécondité a déjà diminué de façon substantielle (car il est désormais établi que les femmes infectées par le VIH deviennent progressivement moins fécondes et, au fur et à mesure de l'évolution de leur infection, leur chance de procréer diminue d'environ 20 %), tels l'Afrique du Sud et le Botswana, le rythme d'accroissement de la population risque de stagner, voire de diminuer pendant quelques années. Concernant les autres pays, leur croissance démographique sera ralentie.

La publication intitulée « World Population Prospects: The 2002 Revision » qui renferme les estimations et projections démographiques mondiales officielles de l'ONU,

présente les effets du VIH/sida dans les 53 pays les plus atteints, où vivent plus de 90 % des adultes séropositifs. La surmortalité imputable à la maladie a été d'un million de décès au début des années 90, de trois millions en 2000 et de plus de quatre millions en 2003. Trente-huit de ces 53 pays (soit trois sur quatre) se trouvent en Afrique subsaharienne. Depuis dix ans, le taux de mortalité a augmenté en flèche dans les pays où la prévalence du VIH est forte pour atteindre des niveaux jamais vus depuis les années 50 ou 60. Dans les 38 pays africains les plus touchés, l'espérance de vie (l'espérance de vie à la naissance étant un indice important du développement humain) diminuera de dix ans ou presque d'ici à 2020-2025 et dans les sept pays où le taux de prévalence est le plus élevé, de près de 30 ans.

• *Impact sur l'éducation*

Le secteur de l'éducation est un des plus touchés. Les premiers constats portant sur une baisse des inscriptions sont visibles dans les zones où le taux de prévalence est élevé. Cette baisse est due au retrait des enfants de l'école pour prendre soin des parents malades, à l'impossibilité de payer les frais d'inscription et de scolarité et à la baisse des taux de natalité.

En outre, la maladie et le décès des enseignants sont dévastateurs surtout dans les zones rurales où les écoles reposent sur un ou deux enseignants. Les enseignants qualifiés ne sont pas faciles à remplacer et ceci impose des coûts. Or, les économies affaiblies sont de moins en moins en mesure de financer l'infrastructure éducative ou de maintenir le système d'enseignement, laissant nombre d'écoles démunies.

## 5 – Problématique et situation du Sida en Côte d'Ivoire

La pandémie du Sida est un problème de développement, voire même de sécurité dans le monde, en Afrique et plus particulièrement en Côte d'Ivoire. En effet, la Côte d'Ivoire, avec seulement 2% de la population africaine, héberge environ 10% des cas de Sida notifiés par l'ensemble des pays africains. Elle est, de ce fait, le pays le plus touché en Afrique de l'Ouest par l'épidémie, avec une prévalence estimée à 9,7% chez les adultes (UNICEF, 2002). Cependant, une sous-notification des cas est fort probable. De plus, l'épidémie y est également caractérisée par la présence des deux virus : le VIH-1 et le VIH-2.

Les deux premiers cas de Sida en Côte d'Ivoire ont été déclarés en 1985, tardivement en comparaison avec les pays de l'Afrique de l'Est et du Centre (Blibolo, Pegatienan, Abbas & Gbayoro, 2002). Et depuis sa découverte, le nombre de malades n'a cessé d'augmenter. D'ailleurs, l'insouciance a longtemps été de mise. Jusqu'au milieu des années 90, pour les ivoiriens, le Sida n'était que le « Syndrome Imaginé pour Décourager les Amoureux » dont on se moquait à défaut de le combattre. En l'absence de politiques volontaristes et d'un soutien international à la hauteur, la Côte d'Ivoire a laissé l'épidémie du Sida se développer jusqu'à ce taux de prévalence. Depuis 1998, le VIH/Sida est devenu la première cause de décès chez les adultes de sexe masculin et la deuxième cause de décès chez les femmes. Les femmes, les prostituées, les jeunes et les migrants sont les populations les plus vulnérables.

La pandémie du Sida a un impact négatif sur l'ensemble de l'économie ivoirienne. Sur le plan macro-économique, la perte de la croissance du PIB attribuable au VIH/Sida est estimée à 0,8%. L'impact sur le secteur agricole, le commerce, l'industrie indique soit une baisse de production, soit une augmentation des dépenses liées aux charges sociales à travers les coûts médicaux. En ce qui concerne les ménages, une étude (Bechu, 1998), réalisée dans les foyers urbains de Côte d'Ivoire, démontre que lorsqu'un membre de la famille a le Sida, les revenus moyens diminuent de 52 à 67% et leur consommation alimentaire chute de 41% tandis que les dépenses de santé quadruplent. Les économies s'épuisent et les gens sont souvent amenés à s'endetter pour soigner leurs malades.

Concernant les traitements (antirétroviraux), rares sont ceux qui y ont accès. Les autres personnes attendent des désistements de malades n'ayant plus les moyens pour suivre ces traitements. Concernant les enfants, une étude, réalisée avec le soutien de l'ANRS d'Abidjan (Agence Nationale de Recherches sur le Sida), a récemment montré, à travers le suivi d'une cohorte d'enfants, que ces trithérapies pouvaient être efficaces et bien acceptées par les enfants même très immunodéprimés (Fassinou, Elenga, Rouet, Laguide, Kouakoussui, Timite, Blanche & Msellati, 2004). En effet, reconnue pour le traitement des adultes dans les pays en développement, l'efficacité des trithérapies antirétrovirales n'avait jusqu'alors jamais été évaluée chez les plus jeunes.

Au plan de la prévention, les préservatifs féminins sont distribués dans quelques cliniques en Côte d'Ivoire, mais ils sont peu utilisés à cause de leur coût exorbitant. Ce sont donc presque uniquement les préservatifs masculins qui sont répandus. Mais, d'après

les données de l'enquête démographique et de santé de 1998-99, seulement 7 % des hommes utilisaient le préservatif au moment de l'enquête, cette proportion est un peu plus élevée en milieu urbain (10 %) qu'en milieu rural (6 %) (Institut National de la Statistique et ORC Macro, 2001). Néanmoins, il est à noter que la vente de préservatif a beaucoup progressé ces dernières années. De 1993 à 2000, elle a été multipliée par 3,5 soit un taux d'accroissement annuel moyen de 19 % (Family Health International, 2001).

L'année 1987 est un repère important dans le processus de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire : Depuis ce temps, de réels efforts ont été faits par l'État et par les Organisations non gouvernementales (ONG) pour la prévention des différentes formes de transmission du VIH : la transmission hétérosexuelle (préservatifs, prostitution, IST), la transmission par transfusion sanguine, la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la transmission nosocomiale par le matériel de soins (aiguilles).

Au plan institutionnel, le programme national de lutte contre le Sida (PNLS) et les premiers plans à court et moyen terme ont été mis en place en 1987. Puis, le gouvernement s'est doté d'une structure gouvernementale spécifique chargée de la lutte contre le VIH/Sida, devenue depuis le 24 janvier 2001 un Ministère à part entière. Il a pour mission de planifier, orienter, coordonner, suivre et évaluer les programmes de lutte contre le VIH/Sida, mobiliser les ressources financières et techniques au profit de tous les secteurs d'intervention de la lutte contre la pandémie du Sida sur tout le territoire ivoirien. Les précédentes politiques n'avaient justement pas voulu créer des structures de santé spécifiques au VIH/Sida de peur que cela engendre la stigmatisation des patients. Aujourd'hui, ils souhaitent privilégier la spécialisation en la matière. De plus, la Côte



d'Ivoire est inscrite sur la liste des pays bénéficiaires du Fonds mondial contre le Sida, pour un montant de 55 millions de dollars US sur cinq ans.

Cependant, depuis le début de la crise militaro-politique qui divise le pays, la situation s'est dégradée dans le Nord. Malgré l'activisme de quelques ONG, des centaines de personnes infectées ont succombé dans les zones administrées par les rebelles ivoiriens, faute de suivi régulier et de médicaments, dû notamment à l'embargo sanitaire imposé par le gouvernement.

## **CHAPITRE II**

### **La Côte d'Ivoire**

#### 1 – Présentation de la Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest, sur le Golfe de Guinée. Sa superficie est de 322 463 km<sup>2</sup>, soit près de 1% de celle du continent africain. Le pays se présente sous la forme d'un quadrilatère de 600 km environ de côté (annexe B). Il est bordé au sud par l'océan Atlantique sur une façade de plus de 550 km, à l'ouest par le Libéria et la Guinée, au nord par le Mali et le Burkina Faso, et à l'est par le Ghana.

Après des décennies de colonisation française, le pays est devenu indépendant le 7 août 1960. Sa capitale est Yamoussoukro depuis 1983. Sa langue officielle est le français, cependant il existe une soixantaine de langues vernaculaires dont le baoulé et le dioula qui sont majoritaires.

#### *Présentation géographique et climatique*

Entre le tropique du Cancer et l'Équateur, la Côte d'Ivoire bénéficie d'un climat tropical humide. La température moyenne annuelle s'élève à 26,1 °C. Les saisons sèches et humides alternent. Ce climat favorise le développement d'une végétation luxuriante dans le sud où les précipitations sont abondantes tandis que le nord du pays est couvert de savanes plus ou moins boisées. Le relief, essentiellement constitué de plaines et de

plateaux est peu accidenté, exception faite de l'ouest du pays où le Mont Nimba culmine à 1752m.

### *Population et religion*

En 1998, date du dernier recensement de la population et de l'habitat, on comptabilisait environ 15 millions d'habitants (Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés, 2005), dont 40% vivait en milieu urbain. Sur la période 1960-1995, le taux de croissance annuel de la population urbaine a été estimé à 7,3% (Salmon, 1997). En effet, depuis une dizaine d'années, on assiste au dépeuplement des campagnes au profit des villes, telles Abidjan et Bouaké qui concentrent la moitié de la population du pays. Abidjan a ainsi évolué du statut de ville moyenne avec guère plus de 125 000 habitants en 1955 (Salmon, 1997) à la qualité pas toujours enviable de mégapole en ce début de siècle avec une population estimée à 3,3 millions d'habitants, selon les estimations de l'ONU en 2003<sup>1</sup>. Diop (2002) énonce que ceci s'opère « à la faveur de la crise économique qui altère, de manière drastique, les conditions de vie, déjà précaires, des paysanneries ». La densité globale atteint 54,4 habitants au km<sup>2</sup> et l'espérance de vie à la naissance est estimée à 48,6 ans (Microsoft Encarta, 2006). La Côte d'Ivoire a une population relativement jeune. En effet, 43% et 54% de la population ont respectivement moins de 15 et moins de 19 ans (MSSSH, 2005). On compte en Côte d'Ivoire plus de 60 ethnies différentes et au moins trois millions de travailleurs immigrés établis dans le pays

---

<sup>1</sup> L'instabilité politique et la guerre ont interrompu les procédures de recensement, et d'évaluation, les dernières données datent souvent de 1999.

avec leurs familles. On retrouve différentes religions pratiquées au sein du pays (musulmane, catholique, protestante, animiste...).

### *Économie – Ressources naturelles*

L'agriculture occupe une place prépondérante dans l'économie du pays. Les principales ressources proviennent des cultures industrielles (café, cacao, ananas, coton...) le plus souvent destinées à l'exportation. Ainsi, la Côte d'Ivoire est la première productrice mondiale de cacao et se classe au septième rang mondial pour le café. L'exploitation forestière et la pêche sont aussi des activités très développées. Le secteur industriel comporte surtout des industries agroalimentaires. Si les industries textile et pétrolière prennent de l'ampleur, la plupart des industries de transformations demeurent absentes du paysage économique ivoirien. Le développement du secteur tertiaire, avec l'implantation des banques commerciales internationales et l'accroissement du nombre de sociétés de services, semble être la tendance de ces dernières années. Élément typique des pays en voie de développement, le secteur informel avec ses petits métiers de toute sorte est prépondérant. Le pays continue de maintenir des infrastructures routières, ferroviaires et portuaires appropriées ainsi que des facilités aéroportuaires. Le tourisme représentait, avant la crise, une part non négligeable de l'économie.

La Côte d'Ivoire fait partie de la zone Franc CFA. Sa monnaie est donc le franc CFA dont le taux de change est 1\$ CAD pour environ 600 CFA. Au plan économique, la Côte d'Ivoire représente un tiers du produit intérieur brut (PIB) de l'Afrique

subsaharienne et 40% du produit intérieur brut de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA).

Durant des décennies, ses performances macroéconomiques remarquables liées à sa stabilité politique ont naturellement désigné le pays comme la vitrine de la zone franche et un acteur majeur de l'intégration économique régionale. Ce résultat est le fruit d'une politique économique libérale que le pays a adoptée depuis son indépendance en 1960. Les secteurs économiques ont donc connu un essor fulgurant et ont contribué à améliorer les indicateurs de la santé et du bien-être. Ainsi, l'économie du pays a enregistré de remarquables performances de croissance avant de connaître quelque déclin à la fin des années 1980 et début 1990. La dévaluation du franc CFA en 1994 a permis à la Côte d'Ivoire, grâce à une compétitivité retrouvée, de recommencer sa croissance.

Toutefois, certains facteurs endogènes et exogènes semblent la freiner dans son élan économique. Parmi ces facteurs, nous pouvons citer les crises socio-économiques qui la secouent depuis maintenant plus de quinze ans. La Côte d'Ivoire, longtemps reconnue pour sa stabilité socio-politique et économique, est confrontée depuis sept ans à une série de crises sans précédent. Après le coup d'état de décembre 1999 suivi d'une transition militaire difficile, les partenaires au développement de la Côte d'Ivoire ont suspendu au strict minimum leur coopération bilatérale pour absence de bonne gouvernance dès l'annonce du coup d'état et de la dissolution des institutions de l'État.

De plus, la Banque Mondiale, le Fond Monétaire International (FMI) et l'Union européenne avaient déjà suspendu leur collaboration avec le pays, depuis 1998, pour mauvaise gestion des fonds publics.

## 2 – Situation socio-économique et politique

Au cours des années 1940 et 1950, les revendications autonomistes de ce territoire français d'outre-mer ont été exprimées par le Parti Démocratique de Côte-d'Ivoire - Rassemblement Démocratique Africain (PDCI-RDA). Son leader, Félix Houphouët-Boigny, devient le président de la République lorsqu'elle accède à l'indépendance, en 1960. Dans la décennie qui suit, l'économie ivoirienne connaît une croissance économique qui en fait un modèle de prospérité pour les jeunes nations d'Afrique. Sous Houphouët-Boigny et le PDCI-RDA qui est parti unique, le pays est également stable politiquement. La contestation qui gronde au cours des années 80 entraîne l'adoption du multipartisme, en 1990. La mort du président, en 1993, et l'accession au pouvoir de son dauphin désigné par la constitution, Henri Konan Bédié, est suivie par une période chaotique, marquée par des tensions entre les communautés et une détérioration de l'économie. En effet, le pays plonge alors dans une lutte prolongée pour le pouvoir, qui dégénère en une grave instabilité politique et aboutit en 1999 à un coup d'État, dirigé par le général Robert Gueï, qui renverse le Président Henri Konan Bédié. Cette lutte pour le pouvoir a été exacerbée par les controverses suscitées autour des lois sur la nationalité et les conditions d'éligibilité aux élections, en particulier aux élections présidentielles, qui ont abouti à la disqualification de certains dirigeants politiques importants. Ainsi, les graves désaccords qu'ont suscités les résultats de ces élections présidentielles ont conduit à des affrontements violents entre les participants des deux principaux candidats : le général Gueï et Laurent Gbagbo. Par la suite, la Cour suprême a déclaré M. Gbagbo

gagnant. Cependant, ces affrontements ont entraîné la mort de plus de 50 personnes et un charnier a par la suite été découvert près de Yopougon, dans la banlieue nord d'Abidjan.

Après ces élections, le Président Gbagbo a poursuivi une politique de réconciliation nationale et a cherché à décentraliser l'autorité de l'État en organisant des élections provinciales. Il a également organisé un « forum pour la réconciliation nationale » en 2001, et des évolutions encourageantes allaient dans le sens d'une réconciliation nationale. Cependant, les décisions de ce forum n'ont pas eu de suite.

C'est dans ce contexte qu'éclate une rébellion armée le 19 septembre 2002 : des attaques simultanées ont été menées contre les installations militaires dans trois villes du pays (Abidjan, Bouaké et Korhogo) par 800 militaires pour protester contre leur démobilisation prévue au début de 2003 (car pour la plupart ils avaient été recrutés durant le régime militaire du général Gueï). Alors que les forces de sécurité loyalistes (celles du gouvernement) ont rapidement repris le contrôle de la situation à Abidjan, les rebelles ont pris celui de Bouaké et de Korhogo puis se sont emparés d'autres villes du nord et de l'ouest du pays, tandis que d'autres militaires et civils mécontents gonflaient leurs rangs. Des rumeurs tendant à faire croire que la rébellion était une tentative de coup d'État soutenue par des éléments étrangers ont déclenché un mouvement de harcèlement assez général contre les étrangers, y compris contre les travailleurs immigrés venus des pays voisins ainsi que contre les réfugiés originaires du Libéria et de la Sierra Leone, dont les habitations dans les bidonvilles d'Abidjan et de San-Pédro ont été incendiées par des forces de sécurité. À Abidjan, la destruction des bidonvilles a jeté à la rue environ 20 000 personnes.

Les forces de sécurité loyalistes ont lancé plusieurs opérations militaires pour déloger les soldats rebelles des villes qu'ils avaient capturées, mais sans succès. À la fin septembre, les forces rebelles avaient consolidé leur emprise sur la moitié nord du pays et opéraient sous l'égide d'un mouvement politique qui a pris le nom de Mouvement Patriotique de Côte d'Ivoire (MPCI). Le pays s'est ainsi retrouvé divisé : les rebelles (MPCI) ont le contrôle du nord, isolé sur les plans économique et politique tandis que le gouvernement domine le centre et le sud, noyau économique du pays (voir annexe B).

La Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a alors rapidement pris des mesures pour tenter de trouver une solution à la crise. Ces efforts ont finalement abouti à la signature d'un cessez-le-feu par le Président Gbagbo et le MPCI, dont le Président a demandé à la France d'accepter la surveillance (les forces françaises se trouvaient déjà basées en Côte d'Ivoire en vertu d'arrangements bilatéraux de défense pris de longue date).

Puis en janvier 2003, toutes les forces politiques ivoiriennes ont signé l'Accord de Linas-Marcoussis, dont les principales dispositions sont la création d'un gouvernement de réconciliation nationale qui serait dirigé par un premier ministre nommé par le Président, après consultations des autres partis politiques. Cependant l'application de l'Accord de Linas-Marcoussis s'est heurtée à de graves obstacles dont notamment des manifestations de masse, souvent violentes, organisées à Abidjan et dans d'autres localités pour protester contre l'attribution des ministères de la défense et de l'intérieur aux mouvements rebelles.



Puis en mars 2004, une manifestation de l'opposition, interdite par le gouvernement, est réprimée par la force et fait plus de 120 morts selon l'ONU alors que les autorités en dénombrent 37. Les ministres de l'opposition se retirent alors du gouvernement.

Le 4 novembre, des avions des forces armées bombardent les positions des ex-rebelles dans leur fief de Bouaké et Korhogo. Cependant la situation dégénère quand neuf soldats français sont tués lors de ces bombardements. Le gouvernement français réplique en ordonnant la destruction des « moyens aériens militaires ivoiriens ». Cette riposte des forces françaises est suivie de violences anti-françaises par la population, ce qui conduit de nombreux ressortissants français à quitter le pays.

Le scrutin présidentiel qui aurait dû se tenir avant le 30 octobre 2005, date de la fin du mandat du Président Laurent Gbagbo, était sensé mettre un terme à la situation d'instabilité qui prévaut dans le pays en amorçant le processus de sortie de crise. Mais avant l'échéance du 30 octobre, le Conseil de sécurité de l'ONU a souscrit à l'observation de la CEDEAO et du Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine concernant l'impossibilité d'organiser des élections présidentielles à la date prévue. La résolution stipule que le Président Gbagbo demeurera chef de l'État à partir du 31 octobre 2005 pour une période n'excédant pas 12 mois et exige de toutes les parties signataires des différents accords signés (Linas-Marcoussis, Accra III et Pretoria) de les appliquer pleinement et sans retard.

La crainte d'une reprise des hostilités ne s'est pas réalisée jusqu'à présent même si les autorités des Forces Nouvelles ont déclaré qu'ils ne reconnaissent plus Laurent Gbagbo comme un chef d'État légitime après le 30 octobre 2005.

Cette crise a engendré de lourdes conséquences, exacerbant la déchirure du tissu social et remettant en cause les agrégats macroéconomiques et sociaux. Ces conséquences se sont caractérisées aux plans social, sécuritaire et humanitaire par :

- une militarisation de la population dont les enfants soldats et les réfugiés;
- de nombreux mouvements internes de populations;
- des exactions et une violation flagrante des droits de l'homme envers de nombreuses victimes civiles et militaires;
- une insécurité quasi permanente cumulée à une partition du pays en deux zones;
- une interruption du fonctionnement des services sociaux de base et de l'administration publique dans les zones affectées par la guerre;
- une détérioration de la condition d'éducation des enfants (pour ceux du « Nord », les services scolaires ne sont plus dispensés et pour ceux du « Sud », on note un engorgement des classes puisque beaucoup de personnes ont fui la zone « Nord »);
- une résurgence de certaines épidémies due aux déplacements intenses des populations;
- une aggravation des conditions de vie des groupes vulnérables particulièrement les femmes et les jeunes.

Malgré des avancées enregistrées, des difficultés subsistent : l'intégrité du territoire n'a toujours pas été établie pour permettre le redéploiement de l'administration nationale

et des services sociaux indispensables au renforcement des conditions de vie des ménages.

### 3 – Analyse de la situation des enfants et jeunes en Côte d'Ivoire

La situation de crise que traverse la Côte d'Ivoire a des répercussions importantes sur le quotidien des jeunes dans le pays. Les conflits armés affectent durablement la vie psychologique et sociale des jeunes ainsi que des adultes car durant les conflits armés, ils sont endoctrinés dans une culture de violence et ont par la suite d'immenses difficultés à s'adapter aux valeurs de la paix car ils sont « désensibilisés » à la violence. De plus, durant cette période, les violences commises contre les enfants sont quotidiennes. Depuis le début du conflit interne en septembre 2002, plusieurs organisations non gouvernementales de défense des droits humains ainsi que l'ONU ont signalé à de nombreuses reprises des cas de recrutement et d'utilisation d'enfants soldats par toutes les parties au conflit (Amnesty International, 2005). Ces enfants sont alors confrontés au meurtre et à la mutilation, aux violences sexuelles et sexistes et aux enlèvements. Ils deviennent ainsi victimes et auteurs d'une criminalité généralisée. Il est également important de souligner que les conflits armés entraînent des cas innombrables d'enfants non accompagnés ou séparés de leur famille, dont le drame peut durer très longtemps après la fin du conflit.

Au plan scolaire, le système éducatif a été particulièrement ébranlé par les conséquences de la crise : dans les zones occupées par les rebelles, le nombre d'enfants

en rupture de scolarité primaire est estimé à un million car de nombreuses écoles sont fermées du fait de l'insécurité et du manque de personnel (MSSSH, 2005). Quant aux écoles, dans les zones sous contrôle gouvernemental, elles fonctionnent – tel mentionné précédemment – avec un afflux important d'enfants déplacés, ce qui entraîne un engorgement des classes. Cette croissance de demande scolaire dans la zone « Sud » est inhérente à deux facteurs : le premier est relatif au programme « école gratuite » initié depuis 2002 par le gouvernement dans le primaire. L'école n'engageant plus de frais, les parents n'ont qu'à inscrire leurs enfants. Quant au deuxième facteur, il est lié à la situation de guerre que connaît le pays depuis 2002 et qui a entraîné la migration des populations des zones occupées vers les zones sous contrôle gouvernemental.

En dehors du système laïc d'enseignement, il existe une autre alternative d'éducation pour les jeunes : l'enseignement dans les écoles coraniques. Ces écoles dont le cursus ne comprend que trois niveaux absorbent un nombre important d'enfants. Malheureusement, après avoir passé les trois niveaux, ces enfants sont majoritairement rejetés dans la vie active sans un diplôme reconnu qui puisse leur permettre d'exercer un jour un métier.

Selon l'Unesco (2002), le gouvernement de la Côte d'Ivoire se serait, depuis 2001, dotée d'un cadre législatif rendant l'école obligatoire de 6 à 16 ans, soit jusqu'à la fin du 1<sup>er</sup> cycle du secondaire. Cependant, le manque de contrôle de l'application de cette loi et la pauvreté grandissante amène de nombreux enfants à travailler, et cela malgré leur jeune âge. Au niveau légal, la législation ivoirienne sur le travail des enfants fixe pourtant à 14 ans l'âge minimum d'admission à l'emploi (Koman Adje, 2002). Cependant, la Côte

d'Ivoire n'a pas ratifié la Convention n°182 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur l'interdiction des pires formes du travail des enfants et les sanctions ne sont pas appliquées car les enfants exercent des activités rémunératrices pour subvenir aux besoins de la famille. De même, les mauvais traitements infligés aux enfants travailleurs ne sont pas signalés ou ne font pas l'objet de suivi judiciaire. Il est à noter qu'à Abidjan, des enfants et des adolescents réclament aujourd'hui un droit au travail dans des conditions décentes, et cela notamment en se regroupant en un Mouvement Africain des Enfants et Jeunes Travailleurs (MAEJT). Car l'exploitation des enfants est la véritable dimension de la problématique des enfants au travail (Schlemmer, 1997).

La traite des enfants est également un fléau qui touche les enfants de Côte d'Ivoire, selon les Nations Unies (2003). La traite est une forme moderne d'esclavage qui consiste à déplacer un enfant (tant d'un pays ou d'un continent à l'autre, qu'à l'intérieur des frontières d'un même pays) dans le but de l'exploiter. Elle sert plusieurs fins : l'exploitation sexuelle, le travail forcé dans les usines et les plantations, la servitude ménagère, l'enrôlement forcé dans les conflits armés, l'adoption illégale, les mariages arrangés, les sacrifices et l'ablation forcée d'organes pour leur vente sur le marché clandestin, en destination de cliniques et d'hôpitaux privés. La caractéristique commune à toutes ces formes d'exploitation est que, dans tous les cas, l'enfant est perçu comme une marchandise. Or, en Côte d'Ivoire, le trafic d'enfants n'a pas encore fait l'objet de dispositions légales spécifiques (Koman Adje, 2002). Une des caractéristiques de la traite des enfants en Afrique de l'Ouest est qu'elle s'appuie sur des coutumes traditionnelles de confiage des enfants (cette pratique consiste à « confier » un enfant à un membre de la

famille, proche ou éloigné, réputé en meilleure posture économique, sociale ou même géographique), de migration pour le travail qui constitue une stratégie adoptée depuis longtemps par les familles et les communautés africaines, en particulier en zone rurale et la réticence de certains parents à inscrire leurs enfants à l'école (Nations Unies, 2003). Progressivement, les enfants sont devenus des marchandises dans une activité nationale, transrégionale et transnationale lucrative qui s'exerce pour la plupart du temps en toute impunité. La traite concerne aussi bien les garçons que les filles, suivant une certaine répartition sectorielle : le trafic des filles vise leur exploitation comme domestiques, celui des garçons vise leur exploitation comme ouvriers agricoles ou aides dans le secteur informel. Les enfants des deux sexes sont également recrutés pour faire du commerce de rue. Ainsi le trafic répond tant à une demande urbaine privée qu'à une demande rurale de main d'œuvre infantine. Selon les Nations Unies (2003), les enfants qui travaillent comme domestiques sont probablement les plus exploités car cette activité se révèle d'autant plus dangereuse qu'elle est répandue et socialement acceptée. Elle cumule à elle seule tous les facteurs de vulnérabilité de l'enfant à une exploitation accrue ou des mauvais traitements : réservée exclusivement aux filles, souvent très jeunes, dans un espace clos et privé. Or, le travail domestique assuré par des enfants n'est souvent pas reconnu comme une forme de travail car il se confond souvent avec les systèmes traditionnels « d'initiation à la vie et au travail » et qu'il est effectué à la maison.

Au plan socio-sanitaire, les indicateurs sont préoccupants, avec des taux élevés de mortalité infantile et infanto-juvénile (respectivement 117 et 194 pour 1000 naissances vivantes en 2004, sur le site de l'UNICEF). On observe aussi une recrudescence au

niveau des maladies parasitaires et infectieuses ainsi qu'au niveau de la malnutrition protéinoénergétique des enfants de la naissance à cinq ans (25% et 21% souffraient respectivement de retard de croissance et d'insuffisance pondérale, selon MSSSH, 2005). De plus, avec la guerre, le secteur de la santé a connu une grande perturbation qui a eu un impact sur l'offre et la demande. Les circuits d'approvisionnement en médicaments essentiels et en vaccins ont été démantelés et le personnel de santé a déserté à 85% les structures socio-sanitaires, dans les zones sous contrôle rebelle. Cette situation a eu pour conséquence l'arrêt des activités de routine. À titre d'exemple, pour l'année 2002, la journée nationale de vaccination (JNV) n'a pu s'effectuer dans les zones occupées. Par conséquent, plus de 1 300 000 enfants n'ont pu être vaccinés (MSSSH, 2005). Concernant le taux de prévalence du VIH/SIDA, il est de 9,7% dans la population en général, de 12% chez les femmes enceintes en consultation prénatale (MSSSH, 2005), et 40 000 enfants âgés entre 0 et 14 ans vivraient avec le VIH/Sida, selon les estimations de l'UNICEF en 2003. Au niveau législatif, la loi ivoirienne ne connaît le droit à la sécurité sociale qu'aux enfants des travailleurs salariés et aux fonctionnaires, contrairement à l'article 26 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (qui stipule dans son alinéa 1 : les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances maladies...) (Koman Adje, 2002).

Une récente étude intitulée « Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien » démontre que les conditions de vie des jeunes influencent leurs pratiques sexuelles (Talnan, Anoh & Zanou, 2003). Ainsi, plus leurs conditions de vie sont défavorables, moins ils ont tendance à protéger leurs rapports

sexuels. Il apparaît également que les premiers rapports sexuels se font plus précocement au sein des classes sociales défavorisées et que ces jeunes ont tendance à avoir plusieurs partenaires sexuels.

Selon Koman Adje (2002), la loi ivoirienne contient des dispositions qui répriment l'incitation des mineurs à la débauche, l'attentat à la pudeur sur mineur, le proxénétisme et le viol sur mineur qui constituent des atteintes à l'intégrité physique de l'enfant. Le mariage précoce et/ou forcé est également réprimé par le code pénal. Mais tous les mécanismes de contrôle ne sont pas efficacement appliqués. Le dysfonctionnement dans le système de répression remet en cause la protection, qu'accorde la Convention relative aux droits de l'enfant, aux enfants victimes de ces faits délictueux. Il semblerait d'ailleurs que le phénomène de la prostitution infantile dans la rue, en milieu scolaire et sur les lieux de travail prend une certaine ampleur.



## **CHAPITRE III**

### **Les jeunes ciblés par le programme**

Selon Rivard (2004), la place et le rôle conférés à l'enfant et au jeune dans la société africaine traditionnelle se trouvent aujourd'hui bousculés par des facteurs tels que l'urbanisation rapide, l'explosion démographique, la crise économique et celle de la famille, associés à d'autres plus spécifiquement culturels. De sa position fondamentale de « promesse pour l'avenir » (Marguerat et Poitou, 1994), l'enfant tend à devenir une charge et l'objet de processus d'exclusion de la famille, de l'école et de la société (Vélis, 1993). Ainsi, certains de ces jeunes se retrouvent dans des circonstances particulièrement difficiles. Le projet que j'évaluerai s'adresse spécifiquement à ces jeunes, regroupés en quatre catégories : les jeunes des quartiers défavorisés (10 à 25 ans), les jeunes détenus (13 à 21 ans), les orphelins du Sida (10 à 18 ans) et les jeunes de la rue (10 à 18 ans). Ces catégories sont proposées comme repères, étant entendu que les réalités de vie des jeunes considérés évoluent, de telle façon que sur une période donnée un jeune peut se trouver tour à tour dans l'une ou l'autre des situations, ou dans d'autres situations encore. Ces jeunes en situation difficile pourraient également être définis comme ceux qui sont le plus exposés à des situations qui menacent leur survie ou leur aptitude à vivre avec un minimum de sécurité sociale et économique et de dignité humaine. Il convient de préciser que les jeunes homosexuels, les jeunes se prostituant et les jeunes handicapés ne sont pas

ciblés de façon spécifique mais qu'ils sont pris en compte au sein du projet JSR 3 dans le cadre des quatre catégories de jeunes cités précédemment.

En outre, j'utiliserai le terme « jeune » pour désigner les enfants, adolescents et jeunes adultes ciblés par le projet JSR 3 puisque les âges désignés dans le programme s'échelonnent entre 10 et 25 ans.

#### 1- Les jeunes des quartiers défavorisés

Le contexte national est marqué par une forte croissance démographique urbaine due à plusieurs facteurs dont l'exode rural, les personnes fuyant les zones contrôlées par les rebelles, l'immigration et l'afflux de réfugiés (libériens et sierra-léonais). Cette situation a eu comme conséquence d'aggraver la situation des populations vivant dans les quartiers défavorisés et notamment les jeunes. Et cela, notamment lors de la destruction d'une vingtaine de quartiers précaires, causant le déplacement de 20 000 personnes dont 60% d'enfants. La destruction des services élémentaires d'approvisionnement en eau et les problèmes d'hygiène que cela a entraîné ont exposé les jeunes aux maladies et épidémies (choléra, fièvre jaune, méningite, paludisme).

La caractéristique principale de ces quartiers défavorisés est la pauvreté. Or, comme il a été dit précédemment, elle est un des principaux facteurs favorisant l'épidémie de VIH/Sida. Cette précarité associée à un manque d'accès aux informations sur le VIH/Sida sont autant de facteurs de vulnérabilité se cumulant.

Cependant, il est à noter une absence d'étude et recherche concernant cette population étant donné que je n'ai pas été en mesure de recenser un seul document au sujet de ces jeunes provenant des quartiers défavorisés en Afrique sub-saharienne.

## 2 – Les jeunes détenus

Les mineurs en conflit avec la loi, à Abidjan, sont conduits au Centre d'Observation des Mineurs (COM) situé au sein de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA). Le COM est un bâtiment séparé de la prison centrale où les jeunes sont placés à la suite d'une condamnation légère ou en attente de comparution judiciaire. Certains sont parfois simplement « ramassés » au cours d'une rafle policière (Enfants d'Abidjan, 2000) et attendent que les autorités apprécient si leur comportement répond à des normes suffisantes de socialisation pour leur permettre de retourner dans la société sans risquer de sombrer dans la délinquance.

L'association des Enfants d'Abidjan nous indique à travers un communiqué (2000) qu'un mur de séparation a finalement été construit entre le COM et les détenus adultes de droit commun. Ce mur paraissait souhaitable afin que les adultes et les mineurs, les petits délinquants et les récidivistes plus endurcis ou les criminels ne se côtoient plus. Cependant, il ne semble pas avoir eu les effets bénéfiques attendus. En effet, la MACA faisant face à des problèmes d'intendance, les plus jeunes allaient s'approvisionner chez les adultes contre des services (sexuels ou autres). Depuis la construction du mur, seuls les plus forts sont en mesure de sauter ce mur pour aller du

côté des adultes, ce qui entraîne une fragilisation des plus faibles car ils n'ont plus aucun moyen de se procurer ce qui leur manque (nourriture, savon, etc.). Le COM détient entre 100 et 150 jeunes dans 12 cellules de 15 m<sup>2</sup>, sans eau ni électricité, avec une toilette à la turque. L'association note toutefois une amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus de la MACA grâce au travail de MSF (Médecins Sans Frontière).

Concernant la visée de réinsertion socioprofessionnelle du COM, différentes activités sont proposées (menuiserie, couture, peinture, jardinage) aux enfants. Cependant, l'Association des Enfants d'Abidjan indique que ces ateliers ont une capacité infime (quatre ou cinq jeunes à la fois) comparativement au nombre de jeunes qui restent désœuvrés. De plus, le travail effectué durant ces ateliers se ferait uniquement au bénéfice des gardiens et ne déboucherait sur aucun diplôme professionnel. Il semblerait donc que la prison ne constitue pas un moyen de réinsertion permettant une réhabilitation sociale. Au contraire, la privation de liberté peut avoir sur le jeune des conséquences néfastes et disproportionnées par rapport au délit commis, puisque la plupart d'entre eux sont emprisonnés pour des délits mineurs et même quelquefois sans qu'aucune infraction ne soit commise. De plus, la promiscuité, le manque de nourriture et d'hygiène, l'inactivité, la terreur quotidienne dans les cellules, l'absence d'assistance juridique et la mise en relation avec des délinquants aguerris, ne font qu'accentuer leur déchéance et encourager leur chute dans la délinquance et la marginalisation.

Le nombre des jeunes en conflit avec la loi a augmenté de 31% en 1999 par rapport à 1998 (Pégatiéan et Blibolo, 2002). Selon un rapport des Nations Unies (2003), « tous les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre connaissent de graves problèmes dans

la gestion de la solution carcérale. Les prisons surpeuplées offrent des conditions de détentions dramatiques pour les adultes et les mineurs, tant sur le plan matériel que psychologique ». En effet, l'économie ivoirienne se trouve face à de nombreux défis en terme d'urgence (santé, éducation, réunification du pays...) et le gouvernement a des difficultés à dégager des fonds pour le milieu carcéral.

En ce qui a trait à la prévalence du VIH, l'ONUSIDA (2000) indique qu'elle est bien plus élevée dans bon nombre d'établissements pénitentiaires qu'à l'extérieur, tout comme pour l'hépatite B et C, la syphilis et la tuberculose. Les facteurs spécifiques responsables de la transmission du VIH en milieu carcéral sont l'injection de drogue avec des aiguilles et des seringues communes non stérilisées, les rapports sexuels avec pénétration non protégés entre hommes et le tatouage au moyen de matériels communs non stérilisés. De plus, les détenus sont dans une position de grande vulnérabilité face au pouvoir des autorités mais également face aux exigences (sexuelles et autres) de leurs compagnons de détention. D'ailleurs, les prisons sont souvent régies par le « culte de la violence et du châtiment, voire parfois de l'esclavage ». Cette vulnérabilité particulière des détenus devrait constituer un souci majeur pour le gouvernement et la communauté car la population carcérale est fluide, avec des gens qui entrent et sortent régulièrement.

Au niveau législatif, dix ans est l'âge retenu comme minimum d'irresponsabilité. Le Droit Pénal ivoirien permet la condamnation d'un enfant à des peines lourdes, si l'excuse atténuante de minorité n'a pas été retenue en sa faveur. L'assistance juridique ainsi que le traitement en milieu ouvert sont obligatoires,

cependant il semblerait que cela ne soit pas effectivement appliqué car la « justice juvénile est marquée par son dysfonctionnement » (Koman Adje, 2002).

### 3 – Les orphelins du Sida

L'épidémie de VIH/Sida a des répercussions sociales extrêmement préoccupantes parmi lesquelles l'augmentation dramatique du nombre d'orphelins. Traditionnellement, l'enfant africain qui perd ses parents est pris en charge par les membres de la famille élargie. Actuellement, cette alternative n'est plus garantie en raison de l'affaiblissement de la grande famille africaine. Cette dernière peut, elle-même, être fragilisée par le VIH/Sida et ne plus être en mesure d'accueillir l'ensemble des orphelins qui lui sont liés. En Côte d'Ivoire, ils sont estimés entre 310 000 (MSSSH, 2005) et 400 000 (Pégatiéan et Blibolo, 2002). Les projections indiquent que ce nombre d'enfants rendus orphelins à cause du Sida pourrait atteindre un million d'ici 2008 (MSSSH, 2005).

Le Sida n'est donc pas simplement une maladie mais un mal social qui parvient parfois à briser les liens filiaux. La pauvreté n'en est pas la seule cause. La discrimination et la stigmatisation (dus à de fausses croyances et préjugés) jouent un rôle important car, généralement, cela ne se limite pas aux personnes infectées mais touche aussi les familles. Ainsi, les enfants des familles affectées par le VIH/Sida en sont, trop souvent, les malheureuses victimes dont les conséquences peuvent être l'exclusion de la communauté, de l'école, l'accès aux structures sanitaires, etc. (Smart, 2003). Ces jeunes sont marginalisés alors même qu'ils traversent une période de leur vie particulièrement

difficile. En effet, ils sont frappés d'une grande perte et traversent une période de chagrin, d'angoisse, de peur et de perte d'espoir qui peut les marquer pour toujours avec des conséquences telles les troubles psychosomatiques, la dépression chronique, le peu d'estime de soi-même (notamment à travers le regard des autres qui peut être un facteur de dévalorisation), le manque d'aptitude utile dans la vie, les problèmes d'apprentissage et un comportement social inadapté (MSSSH, 2005). Or, les structures sociales manquant, les jeunes sont livrés à eux-mêmes. Parfois, ils sont recueillis par un membre de la famille. Malheureusement, ils peuvent aussi se retrouver rejetés et spoliés de leur héritage par leur propre famille. Certains deviennent bien malgré eux chefs de famille, en charge de leur fratrie. Faute de structures adaptées, beaucoup vivent en situation de grande précarité : enfants des rues, ils subviennent par eux-mêmes à leurs besoins, ce qui les rend vulnérables à la délinquance, victimes d'exploitation sexuelle ou encore enrôlés comme enfants soldats dans les conflits. D'ailleurs, MDM a constaté, entre 1996 et 2003 que trois enfants des rues sur cinq sont orphelins d'au moins un des deux parents. Concernant les enfants eux-mêmes infectés par le VIH/Sida et étant pris en charge par un membre de la famille élargie, « ils sont parfois accusés de dégrader l'environnement familial et on leur reproche d'être souvent malades, de coûter cher, de ne pas manger la même chose que les autres ou de mobiliser une personne pour s'occuper d'eux. Ils finissent par être rejetés ou maltraités » (Nations Unies, 2003).

C'est dans ce contexte que le gouvernement ivoirien a récemment pris des dispositions au travers de son Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés (MSSSH) en mettant en place un Programme National de prise en charge des

Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du Sida (PN-OEV) dont l'objectif est de développer la politique nationale de prise en charge en faveur des OEV et de veiller à sa mise en oeuvre. Par OEV, ils entendent les orphelins toutes causes confondues, les enfants infectés par le VIH/Sida, les enfants dont les parents sont affectés par le VIH/Sida, les enfants dont les familles accueillent des orphelins et les enfants dont les familles sont affectées économiquement par la pandémie. Cependant, ils reconnaissent que la réponse apportée face à cette « crise sociale » reste encore faible (MSSSH, 2005).

#### 4 – Les jeunes de la rue

Deux groupes de jeunes en situation de rue sont généralement distingués dans la littérature. D'une part, les jeunes « dans » la rue qui travaillent dans les rues mais gardent des liens avec leur foyer qu'ils rejoignent le soir. D'autre part, les jeunes « de » la rue qui sont en situation de rupture familiale et sociale et vivent dans la rue. Ces seconds, ciblés par le programme, sont des « enfants dans une stratégie de survie » (Moulin et Pereira, 2000). Cela signifie que ces jeunes se livrent à des activités (formelles, informelles et même illégales) pour assurer leur « survie ».

Selon les estimations des ONG, ils étaient 142 000 en 1991 et 175 000 en 1995 en Côte d'Ivoire dont 40 000 à Abidjan (Fernandez, 2003). Il semble toutefois difficile de se baser sur une seule estimation. En effet, les données varient selon les sources et l'intérêt qu'il peut y avoir à gonfler ou minimiser la problématique. La majorité des informations



s'appuie sur des estimations car il est extrêmement difficile, compte tenu des caractéristiques de ces enfants (fugue, méfiance envers les inconnus, déplacements, etc.) d'obtenir des informations quantitatives fiables et précises. Cette carence vient également de la difficulté à cerner ce qu'est un jeune de la rue. Toutefois, ces jeunes semblent être en augmentation régulière suite à la combinaison de plusieurs facteurs tels que la paupérisation des familles, l'urbanisation accélérée, les migrations liées aux conflits, l'augmentation du nombre d'orphelins liés au VIH/Sida ou l'exode rural (Nations Unies, 2003).

La vie dans la rue ne relève pas d'un choix mais est la résultante de plusieurs facteurs amenant le jeune à sortir de sa sphère naturelle de vie qu'est sa famille. Selon les associations et travailleurs sociaux en relation avec ces jeunes, les raisons les plus fréquemment évoquées sont : la maltraitance physique et psychologique ainsi que les abus sexuels, la désintégration familiale et/ou la recombinaison familiale devenue défavorable à l'enfant, le besoin d'aventure et d'indépendance (Nations Unies, 2003). Les enfants peuvent également se retrouver à la rue à la suite d'événements dramatiques ; c'est le cas des enfants orphelins du Sida, des enfants réfugiés, de ceux fuyant les conflits armés ou encore de ceux qui, socialement, ne bénéficient d'aucune reconnaissance comme les enfants adultérins, incestueux, de parents emprisonnés, toxicomanes ou prostitués, par exemple (Fernandez, 2003). Le jeune part donc vivre dans la rue parce qu'il n'a pas d'autre alternative face aux problèmes au sein de son foyer, la prise en charge par une institution publique s'avérant peu probable.

Les filles sont moins nombreuses à quitter le foyer pour la rue. Elles ne sont pourtant pas épargnées par les mauvais traitements et autres raisons qui pourraient justifier leur fugue, mais, culturellement, leur existence s'organise autour des tâches domestiques et familiales, ce qui leur donne de moins grandes opportunités que les garçons d'avoir une expérience extérieure au foyer. De plus, elles développent un attachement majeur à la sphère privée, contrairement aux garçons qui sont poussés vers l'extérieur pour y travailler mais aussi pour se socialiser. Et cet extérieur est très souvent la rue parce que, dans la culture africaine, elle n'est pas uniquement un lieu de transit. C'est un espace fortement investi socialement qui joue un rôle prépondérant dans l'apprentissage et l'acquisition de compétences interpersonnelles pour les garçons. Toutefois, une tendance à la féminisation du milieu de la rue aurait été remarquée suite à la destruction de certains quartiers où beaucoup de filles domestiques se sont retrouvées à la rue (Bureau International Catholique de l'Enfance, 2002). Lorsqu'elles sont dans la rue, les filles sont généralement moins visibles et le plus souvent se prostituent (Nations Unies, 2003).

Généralement, dans la rue, le jeune ne vit pas seul. Il intègre une bande composée d'autres enfants et/ou de jeunes plus âgés. Il est ainsi plus facile d'affronter les difficultés quotidiennes et de répondre aux besoins de base collectivement et, d'un point de vue affectif, le groupe compense les énormes carences dont la majorité souffre. De plus, selon Stichick et Bruderlein (2001), l'adhésion d'un jeune à une bande est un moyen de retrouver un sentiment d'identité ou d'appartenance et la bande devient alors une famille de substitution. Les liens entre les jeunes deviennent quasi filiaux et, symbole de cette

nouvelle existence, chacun se voit attribuer un surnom sous lequel il sera désormais connu. Mais « les règles de vie » à l'intérieur de ces bandes peuvent être terribles et destructrices pour les enfants car les plus âgés de la bande exercent une violence sur les plus jeunes qu'ils sont chargés de « protéger » (Nations Unies, 2003). Cette protection est très ambiguë car ils utilisent les enfants dans le cadre d'activités illicites pouvant les mettre en danger et ils leur vendent de la drogue. La consommation régulière de drogue (solvants, diluants et plus rarement en raison de leur coût, alcool, cannabis et médicaments psychotropes) leur permet de couper la faim, diminuer la douleur d'une blessure, se donner du courage, ôter la honte et pouvoir rire et se détendre avec les copains. Elles représentent également pour eux le seul moyen de s'échapper de ce quotidien sans espoir.

Les activités exercées par les jeunes de la rue sont de deux ordres : celles relevant du secteur informel de l'économie (vendeurs de journaux, gardiens de voitures, laveurs de pare-brise, cireurs de chaussures, etc.) et celles pouvant être qualifiées de marginales ou illégales (prostitution, vol, mendicité, etc.). La participation des jeunes à des activités criminelles reflète l'absence de solutions de rechange pour répondre aux besoins fondamentaux ; il s'agit donc d'une stratégie de survie. Cette propension aux activités délictueuses semble augmenter au fur et à mesure que l'enfant grandit car, sa morphologie évoluant, la pitié qu'il suscite fait place à la méfiance, à la crainte voire au rejet et il ne peut donc plus compter sur les dons pour survivre (Fernandez, 2003).

Ces jeunes de la rue « habitent » dans des espaces leur offrant une protection physique minimale et généralement situés à proximité de lieux où les activités

économiques et humaines abondent (gares routières, marchés, aéroport, centre commerciaux, etc.) : hangars désaffectés, abris de fortune, souterrains, maisons abandonnées, etc. Les rafles policières sont source de menaces et d'insécurité permanentes car elles peuvent intervenir à n'importe quel moment et sont le plus souvent « musclées ». Les policiers détruisent alors le lieu où les jeunes se sont installés, y compris le peu de biens qu'ils possèdent. Les risques encourus pour ces jeunes, s'ils sont arrêtés, sont des bastonnades puis les maisons de corrections (Nations Unies, 2003).

D'un point de vue sanitaire, les jeunes présentent un état de santé général particulièrement dégradé : ils peuvent souffrir de malnutrition, de pathologies de la peau et pulmonaires ou de maladies sexuellement transmissibles. Les risques d'accidents sont importants en raison de l'insalubrité des lieux d'habitation et de la consommation de drogues qui diminuent vigilance et réflexes. Les blessures ne sont généralement pas soignées par manque d'accès aux services de santé (Fernandez, 2003).

Au-delà des violences physiques subies, les jeunes de la rue sont également victimes de violences psychologiques liées à leur séparation d'avec leur famille, leur exclusion de la société et l'absence d'affection. Ils souffrent de stigmatisations et leur identité de jeune adulte se construit sur une image d'eux-mêmes extrêmement négative. En dépit de tout cela, leur capacité à surmonter des situations traumatisantes et à survivre dans des conditions aussi extrêmes démontre une remarquable capacité d'adaptation, un niveau de résilience particulièrement élevé et une volonté de vivre envers et contre tout.

Le VIH/Sida représente une menace dont ils n'ont bien souvent pas conscience. Leur lutte quotidienne pour leur survie occulte les préoccupations qu'ils pourraient avoir

concernant une maladie qui pourraient, éventuellement, les tuer dans les années à venir. La longue période d'incubation du VIH repousse à long terme les conséquences des comportements à risques ; il n'y a donc aucun bénéfice immédiat à un comportement sécuritaire. Par contre, les coûts peuvent apparaître beaucoup trop élevés : coût financier, perte de confiance du partenaire, perte de l'acceptation des pairs, etc. De plus, leur exclusion du système scolaire, leur manque d'information sur la sexualité et les fausses croyances sur le VIH/Sida et le fait qu'il n'y ait pas de prise en charge spécifique des enfants de la rue leur ôtent toute possibilité d'être correctement avertis sur les risques encourus. Pourtant, leurs conditions de vie et leur situation de dépendance les exposent à des rapports sexuels précoces, souvent non protégés et parfois violents, notamment en échange de nourriture, d'une « protection » ou d'argent. Ils souffrent, d'ailleurs, fréquemment d'infections sexuellement transmissibles (ITS), indice révélateur d'une sexualité non protégée, qui sont rarement soignées de par leur manque d'accès aux soins. Ils sont également susceptibles d'être contaminés lorsqu'ils utilisent des objets qui perforent la peau, comme des rasoirs ou des aiguilles, pour effectuer des scarifications ou des pactes de sang. La drogue qu'ils consomment est également un facteur de risque tout comme le fait que leurs droits fondamentaux en tant qu'enfants sont constamment bafoués, ce qui fait d'eux les proies faciles d'adultes mal intentionnés.

## **CHAPITRE IV**

### **Enseignements tirés de programmes de prévention du VIH**

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prévention comme « une action de santé qui a pour objectif d'éviter l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé, en faisant appel à des mesures de portée collective ou individuelle ». Son objectif principal est de donner à la personne et à l'ensemble de la population les compétences et les moyens nécessaires à la gestion de la santé ; tout cela dans le respect de la personne, de ses désirs, de ses difficultés et de son itinéraire.

La prévention est une notion qui recouvre différents aspects. Elle est donc couramment subdivisée en trois types : La prévention primaire consiste à intervenir avant que le VIH ne soit transmis et tente ainsi de diminuer l'incidence de la maladie au sein de la population. L'objectif est donc de briser le réseau de relations causales existant autour du VIH en éliminant un ou plusieurs maillons. La prévention secondaire consiste à détecter précocement le VIH, avant que les symptômes cliniques n'apparaissent, en effectuant des tests de dépistage lorsqu'une infection est soupçonnée. Enfin, la prévention tertiaire a pour objectif de limiter les conséquences ou symptômes du Sida et de ses affections connexes. Le programme évalué se situe donc principalement au niveau de la prévention primaire (déploiement de stratégies et de méthodes d'intervention multiples et complémentaires ayant pour objectif la diminution des facteurs de risque), et en deuxième lieu, secondaire (dépistage proposé aux jeunes ciblés).

Actuellement, environ la moitié de tous ceux qui contractent le VIH sont contaminés avant l'âge de 25 ans (ONUSIDA, 2001b). Il est par conséquent essentiel de trouver les moyens d'aider les jeunes à protéger leur santé sexuelle par le biais de programmes de prévention efficaces. Et ce, d'autant plus qu'ils constituent une cible de prévention privilégiée précisément parce qu'ils sont en train d'élaborer leurs propres représentations de la sexualité. Or, la majorité des programmes de prévention, cible uniquement les enfants scolarisés, ce qui ne permet donc pas de toucher les jeunes évoqués précédemment (jeunes détenus, orphelins du Sida, jeunes des quartiers défavorisés et jeunes de la rue) puisqu'ils sont bien souvent déscolarisés. Pourtant, s'ils ne bénéficient d'aucune campagne de prévention, et en raison de leur nombre considérable, la Côte d'Ivoire risque fort, dans quelques années, d'être confrontée à des coûts exorbitants tant sur les plans humains qu'économiques dus à une flambée de l'épidémie.

Travailler avec les jeunes constitue l'un des plus grands espoirs dans la lutte contre le Sida. Tous les jeunes doivent donc acquérir des connaissances sur le VIH/Sida au plus tôt, et particulièrement les jeunes ciblés par ce projet car leur vulnérabilité les expose de façon accrue au VIH. Toutefois, une grande incertitude règne quant à la stratégie à adopter en matière de prévention du VIH chez les jeunes. Certains continuent à se demander si, par exemple, «trop» insister sur l'éducation sexuelle n'encourage pas les jeunes à avoir une vie sexuelle trop précoce. C'est pourquoi nombre de programmes d'éducation sexuelle insistent uniquement sur l'abstinence. Plusieurs études ont toutefois montré que des programmes d'éducation sexuelle bien conçus, associant des messages

portant à la fois sur les rapports sexuels protégés et sur l'abstinence, sont susceptibles de retarder le début des rapports sexuels, ainsi que d'accroître les comportements préventifs chez les jeunes déjà sexuellement actifs (Grunseit, 1997). D'ailleurs, dans les zones où le VIH/Sida ralentit, voire recule, un véritable engagement a eu lieu en matière de prévention, particulièrement chez les jeunes (UNICEF, UNAIDS et WHO, 2002). Ainsi, l'UNICEF (2002) indique qu'apprendre aux jeunes ce qu'est le VIH et leur enseigner les compétences nécessaires en matière de négociation, de résolution de conflit, de réflexion critique, de prise de décisions et de communication, améliore leur confiance en soi et leur capacité à prendre des décisions informées, telles que celle de retarder les relations sexuelles jusqu'à ce qu'ils sachent se protéger du VIH, des autres IST et des grossesses non désirées. Il en a donc découlé des efforts croissants destinés à mettre au point ou à adapter des programmes spécifiques aux besoins et aux réalités des jeunes. Un grand nombre de ces programmes ont également été évalués et diverses leçons ont pu être tirées de ces expériences.

En 2001, l'UNAIDS et l'UNESCO (2001) ont rédigé un guide à l'intention des organismes de jeunes qui portait sur le VIH/sida et sur les droits de la personne; ce guide avait pour thèmes centraux l'éducation du public, l'éducation par les pairs, la défense des droits et les initiatives de soins et de soutien. Ils ont observé que, parmi les programmes qui se consacrent à ces thèmes, ceux qui remportent le plus grand succès partagent les caractéristiques suivantes : ils font appel à la participation des personnes vivant avec le VIH et de la collectivité en général, à chacune des étapes de leur mise en œuvre (planification, mise sur pied et évaluation) ; ils tiennent compte de la réalité quotidienne



des personnes à qui ils s'adressent et ils prennent d'abord en considération les besoins et les intérêts de celles-ci ; ils offrent une ouverture à la diversité et acceptent les gens tels qu'ils sont ; ils ont recours à des images positives et des messages bienveillants ; ils permettent de parfaire les compétences et les connaissances des populations ; ils gagnent l'appui des personnes qui détiennent une certaine autorité (par exemple, les médecins, les chefs religieux, les représentants du gouvernement) et ils prévoient des formes d'évaluation, même sommaires. L'ONUSIDA (2001b) nous informe, dans son document intitulé « Prévention du VIH - Méthodes Novatrices », que pour être couronnés de succès, les programmes de prévention du VIH doivent abandonner les images stéréotypées de la jeunesse, tenir pleinement compte de sa diversité et admettre qu'elle a besoin d'une information exacte. Il importe également que les programmes tiennent compte des contraintes, obstacles et enjeux structurels qui sont déterminants pour la survie quotidienne des jeunes. Par exemple, dans les pays en voie de développement, les jeunes ont souvent besoin de manière immédiate d'être logés, nourris et vêtus, ce qui est beaucoup plus essentiel que la menace d'une maladie qui ne pourrait, éventuellement, entraîner leur mort que bien des années plus tard. L'Organisation Mondiale de la Santé (2004) ajoute que les interventions devraient être conçues pour des sous-groupes spécifiques et qu'elles devraient également se préoccuper des problèmes de santé, liés au VIH/Sida, affectant les jeunes (IST, abus de substances, etc.). Ruland, Finger, Williamson, Savariaud, Schweitzer & Shears (2005) conseillent, pour les programmes ciblant les adolescents vulnérables et orphelins du VIH/Sida, de veiller aux besoins des jeunes différents selon leur sexe, de tenir compte des besoins psychosociaux de ceux-ci et

de prendre en considération leur potentiel pour devenir acteurs des programmes de prévention.

Les jeunes constituent une ressource extraordinaire dans le domaine de la prévention notamment grâce à leur énergie, leur enthousiasme et leur créativité. Leur contribution est inestimable dans l'élaboration et la diffusion des programmes, car elle assure que les activités de prévention ont un sens pour les jeunes, que l'information est transmise par des filières efficaces et que les messages transmis se rapportent à leur vie quotidienne (UNICEF, 2002). Les programmes d'éducation par les pairs, chez les jeunes, constituent une approche de prévention du VIH très répandue qui contribue à développer le savoir et la compréhension dans le domaine du VIH. Elle est menée par des pairs d'âge, de milieu culturel ou de situation socioéconomique semblable ou similaire, assurant ainsi qu'elle est pertinente et adaptée à la cible. En impliquant les jeunes dans les efforts de prévention, cela leur apprend ce qu'il faut savoir sur le VIH et leur donne un sens des responsabilités et de la satisfaction (UNICEF, 2002). Cette approche a également l'avantage de mobiliser les jeunes dans le sens où ils deviennent organisateurs d'événements (INSERM, 2001). Cette situation devient alors très motivante et valorisante. Et, munis des compétences nécessaires (par le biais de formations), ces messagers peuvent être très efficaces et cela particulièrement pour atteindre les individus et groupes vulnérables au VIH (tels les jeunes sexuellement exploités, les jeunes sans domicile fixe et ceux qui consomment de la drogue). Cela s'explique par le fait que ces jeunes se méfient trop des adultes pour que les travailleurs sociaux puissent les atteindre alors que les pairs éducateurs font déjà partie de leur réseau, les rencontrent sur leur

propre terrain, parlent la même langue qu'eux et surtout les traitent avec respect. Cependant, ces interventions présentent des difficultés. Comme toute démarche de prévention, elle n'est pas envisageable dans l'urgence et doit répondre à des critères de qualité et d'inscription dans le temps. Elle nécessite beaucoup de ressources (temps, compétences, argent, etc.) pour sélectionner, former et encadrer les éducateurs et elle peut être difficile à faire perdurer (roulement important d'éducateurs, etc.). Il est également important d'être vigilant à ce qu'elle ne soit pas uniquement axée sur la sensibilisation mais qu'elle aide les jeunes à modifier leurs comportements.

En Ouganda, le projet « Baaba » vise à encourager la santé sexuelle et reproductive des enfants de la rue en fournissant aux ONG qui travaillent avec ces jeunes la formation, les ressources et le soutien technique et financier qui leur sont nécessaires (Valerio et Bundy, 2004). En luganda, la langue régionale, « baaba » désigne un frère ou une sœur aîné(e) et respecté(e) ; au sein de ce projet, ils sont des pairs éducateurs instruisant les enfants de la rue sur le VIH/Sida. Ce projet vise à autonomiser les jeunes de la rue et les autres jeunes défavorisés en leur donnant la confiance, les connaissances et les compétences nécessaires pour arrêter la propagation du VIH. Les baabas acquièrent des connaissances techniques, durant leur formation, sur les techniques d'éducation par les pairs, les compétences de planification de la vie et le counselling. Les activités du projet incluent l'éducation par les pairs, l'« outreach » (la recherche d'individus qui ont besoin de soutien), l'appui du personnel des ONG, l'amélioration de l'accès aux cliniques de santé sexuelle et reproductive et le plaidoyer dans la communauté. Leur expérience leur a permis de tirer différentes leçons : les pairs éducateurs nécessitent beaucoup de

surveillance et de soutien ; le jeu de rôle est un outil de formation populaire qui permet de rallier un public d'ordinaire sceptique, ils l'utilisent donc à travers le théâtre, la danse, le chant et la poésie sur le thème de la lutte de la jeunesse contre l'épidémie ; il est important de modifier l'opinion, souvent négative, de la communauté au sujet des enfants de la rue, pour cela les enfants et jeunes de la rue sont invités à jouer des scènes de théâtre et donner leur témoignage à celles-ci ; les pairs éducateurs servent de modèles positifs pour les autres jeunes de la rue. L'évaluation a mené à plusieurs changements d'approches dont un effort afin de cibler les filles qui vivent dans les rues car elles se sont révélées plus vulnérables que les garçons. Un autre changement consiste en l'engagement de former les baabas comme formateurs de pairs éducateurs. Enfin, ils ont identifié les jeunes « durs et murs » qui ont grandi dans les rues comme un grand défi car ils ont une influence très négative sur les enfants de la rue et leur donnent des conseils non conformes à la lutte contre le VIH.

Selon *Save the Children*, une éducation par les pairs de bonne qualité dépend d'un certain nombre de facteurs : la participation des jeunes des groupes ciblés tout au long du projet (choix des pairs éducateurs, du matériel et des outils, mise au point des messages clés, etc.) pour encourager la transparence et le partage des responsabilités ; le placement des pairs éducateurs dans un environnement sûr, accueillant et encourageant pour leur participation ; les activités d'éducation par les pairs doivent être participatives et adaptées aux jeunes, et répondre aux besoins et contextes locaux dans lesquels elles se déroulent ; l'utilisation de méthodes pédagogiques variées et intéressantes (jeux de rôles, dessins, etc...). En Ouganda, un des programmes de prévention de *Save the Children* UK sur le

VIH/Sida pour les enfants non scolarisés a trouvé que les éducateurs pairs manquaient de motivation. Les raisons en étaient les suivantes : la nature bénévole du travail, les grandes espérances des éducateurs, le manque de respect envers les éducateurs qui n'avaient pu terminer leur scolarité, la pression des membres de la communauté envers la transmission des valeurs traditionnelles plutôt que l'encouragement des comportements comme l'utilisation de préservatifs, des stocks irréguliers de préservatifs et de contraceptifs en provenance des unités de santé publique. Le personnel du projet a donc travaillé en étroite collaboration avec les éducateurs pairs afin d'identifier comment améliorer leur motivation. Plusieurs solutions furent proposées dont : l'élaboration de plans d'activités pour les pairs éducateurs, définissant des objectifs, leur permettant de surveiller leur progression et d'améliorer leur appropriation du projet ; la possibilité pour les pairs éducateurs de travailler avec une certaine autonomie (avec pour conséquence la reconnaissance de leur travail par les autres organisations et projets) ; l'organisation régulière d'ateliers de formation afin de répondre aux besoins d'information que les éducateurs identifient ; l'augmentation des rencontres et échanges entre pairs éducateurs ; la valorisation du profil des pairs éducateurs dans la communauté afin qu'ils ne soient plus dévalorisés à cause de leur passé scolaire.

Dans le *Thai Youth AIDS Prevention Project* (projet de prévention VIH thaïlandais en direction des enfants et jeunes), la décision a été prise de rémunérer les pairs éducateurs car l'association souhaitait que les jeunes de la rue deviennent pairs éducateurs, or ils ont besoin de sources de revenus. Il a également été attribué une valeur financière à leur travail, de sorte qu'il soit perçu comme une formation professionnelle et

non seulement comme du volontariat. Ce qui a permis de procurer une source de fierté à ces jeunes (ONUSIDA, 2000). Pourtant de nombreux organismes, tel *Save The Children* (Middleton-Lee et Ireland, 2004), mettent en garde contre ce procédé. Ils considèrent que payer aux pairs éducateurs un salaire peut élever leur statut économique au-dessus de celui de leurs pairs et ainsi créer un décalage. L'UNICEF (2002) pense qu'il est nécessaire, puisque les pairs éducateurs sont souvent bénévoles, que d'autres formes d'encouragement, de reconnaissance ou de compensation leur soient attribués afin qu'ils demeurent motivés.

Le théâtre interactif (ou théâtre-forum) est un autre outil permettant la sensibilisation des jeunes au VIH. Il peut être un instrument puissant de changement des comportements, s'il est utilisé à bon escient (UNESCO et ONUSIDA, 2003). Le principe est simple : les comédiens jouent une saynète, puis la reproduisent avec la participation des jeunes qui prennent une place dans le jeu en apportant leur vision de la situation présentée et la façon dont ils la modifieraient. Cet outil permet l'implication du public et lui révèle des mises en situation concrètes auxquelles il pourra réfléchir même s'il n'est pas directement monté sur scène. De plus, il favorise une plus grande réceptivité et acceptation de toute information sur le VIH/Sida car les thèmes sont abordés avec tact, ironie, humour. Il allie communication verbale, expression corporelle et sons (musique, chant, etc.) et peut susciter des émotions fortes qui favorisent un retentissement durable. Il crée en effet un espace de dialogue autour de la problématique, conduit à une meilleure compréhension de la maladie, pose les bases de la prévention et aide à lutter contre les idées fausses, les peurs et les rejets. Le théâtre, en ce sens, contribue à l'adoption

d'attitudes positives et de comportements sécuritaires par les individus et les communautés. Toutefois, il existe quelques limites à son utilisation dans les activités de sensibilisation sur le VIH/Sida : il perd de son efficacité si son approche n'est pas interactive et peut renforcer les attitudes et comportements de stigmatisation ou de discrimination lorsque les termes employés ne sont pas adéquats et que les informations fournies ne sont pas correctes ou sont stéréotypées (UNESCO et ONUSIDA, 2003). Au Vanuatu, le programme « Théâtre Wan Smolbag » (théâtre populaire pour l'éducation sanitaire) tente d'améliorer les connaissances sur les questions de santé reproductive par le biais de l'élaboration de techniques théâtrales (ONUSIDA, 2000). La troupe gère également un centre d'accueil destiné aux jeunes dont l'objectif est de faciliter le traitement des MST et l'accès au planning familial. L'expérience leur a appris qu'il est important de découvrir constamment ce que les gens pensent et savent au sujet des IST/Sida et qu'il ne faut pas hésiter à répéter les mêmes messages sous différentes formes. La troupe insiste également sur le fait qu'il est essentiel, autant que possible, de fournir des services concernant la santé reproductive (tels le traitement des IST et la distribution de préservatifs). La *Save Your Generation Association* (SYGA) vise, à travers son programme de prévention, les enfants et jeunes non scolarisés en Éthiopie grâce à des moyens interactifs et divertissants (pièces de théâtre, spectacles de marionnettes, chansons, etc.). Le projet tient également compte des besoins financiers des jeunes en intégrant des activités génératrices de revenus parallèlement à des messages sanitaires (ONUSIDA, 2000). La SYGA a appris que si les messages sont diffusés de manière interactive en utilisant des spectacles de marionnettes et dans un environnement

de divertissement par le biais de musique et de chansons, la fréquentation par les jeunes des événements éducatifs est nettement plus importante que lors de réunions ou rassemblements officiels. L'association ajoute que si l'on ne répond pas au besoin urgent des jeunes déscolarisés de trouver une source de revenus, il y a extrêmement peu de chances que l'on arrive à toucher ce groupe de population.

L'un des grands défis de la prévention du VIH consiste à convaincre les jeunes que le VIH/Sida peut frapper tout le monde. Un moyen particulièrement efficace est le témoignage direct des jeunes vivant avec le VIH/Sida. Ces jeunes occupent une position stratégique qui leur permet d'insister sur la nécessité d'adopter durablement des comportements sans risque. Plus que toute autre personne, ils peuvent faire comprendre aux autres que les personnes infectées doivent faire tout leur possible pour éviter de transmettre le VIH. Ils peuvent lutter contre la stigmatisation associée au VIH en montrant que le virus peut affecter n'importe qui. Ils peuvent devenir des modèles en montrant que l'on peut mener une vie productive et en bonne santé avec le VIH. Ils peuvent contribuer de manière importante à la conception et à la mise en œuvre des efforts de prévention et de prise en charge (UNICEF, 2002). Cependant, dès que des actions sont organisées de façon systématique et répétée dans un large cadre, il devient extrêmement difficile de demander une telle participation puisque le témoignage personnel, sensible est éprouvant pour la personne atteinte.

Il existe bien d'autres approches et outils permettant de sensibiliser les jeunes sur le VIH/Sida, telles les associations sportives se donnant pour mandat de lutter contre l'épidémie à travers leurs événements sportifs ou bien les actions de prévention utilisant



comme média le cirque ou le conte. Toutefois, une limite devant être posée, je me restreindrai à celles évoquées précédemment.

## Méthode

### 1 - Objectifs et enjeux de l'évaluation

Suite aux courriels envoyés aux différents organismes oeuvrant auprès des jeunes de la rue en Côte d'Ivoire, la réponse de Mr Konan Kouassi m'indiquant que le MESAD avait déjà mis en place un programme de prévention VIH/Sida auprès des jeunes en situation difficile (programme que je souhaitais conceptualiser s'il n'en existait aucun) mais qu'il avait été stoppé par manque de financement, m'a alors donné l'idée de leur proposer, avec l'assentiment de ma directrice d'essai, d'effectuer une évaluation de leur programme intitulé « Jeunes en Situation de Risque 3 ». L'association, par le biais de son directeur, a confirmé la pertinence de ma proposition, tout particulièrement après l'appui des bailleurs de fond et a accepté mon offre. Le MESAD m'a alors donné pour mandat de faire le point sur leurs acquis auprès des bénéficiaires et de dégager de nouvelles orientations pour un nouveau projet. Cette évaluation a donc pour objectif de fournir un regard externe et critique sur le programme JSR afin d'identifier les forces et lacunes du projet et ainsi permettre des réajustements ou réorientations, s'il y a lieu, et une valorisation des acquis.

Cette évaluation revêt une certaine importance puisque le projet est quasiment paralysé, depuis trois ans, par manque de ressources financières. Or, en validant les acquis positifs du programme et en formulant des recommandations afin de pallier aux lacunes du projet, les objectifs sont d'améliorer le programme, d'accroître sa

crédibilité et de démontrer que la pertinence du projet est toujours d'actualité. D'ailleurs, selon Brooks (1997), l'évaluation n'est pas juste un exercice académique ; elle fournit des informations aux preneurs de décision qui ont la responsabilité de concevoir et d'implanter les programmes. Quant à Wholey (2003), il insiste sur l'emploi de l'évaluation pour améliorer les performances et l'imputabilité des organisations.

## 2 - Type d'évaluation

Le choix du type d'évaluation fut largement influencé par le fait que le projet JSR 3 n'est pas mis en œuvre actuellement. En effet, toute évaluation de l'efficacité ou des impacts du programme sont donc irréalisables présentement. J'ai donc consulté les informations livrées par Marc Daigle au sein du cours intitulé « Planification et évaluation de programmes ». La révision des différentes approches d'évaluation m'a amené à définir celle qui s'adapte le mieux aux objectifs visés, soit l'analyse d'intervention. Ce type d'évaluation consiste en une analyse de la conceptualisation et du devis du programme. En premier lieu, le modèle théorique de l'intervention est analysé, soit les liens logiques qui permettent de lier les étapes de la stratégie les unes aux autres. Puis, dans un deuxième temps, la capacité des moyens pour atteindre les objectifs est étudiée c'est-à-dire les capacités des actions prévues à diminuer les conduites à risque de contamination. Selon Weiss (1998), l'analyse d'intervention constitue un type d'analyse relativement nouveau qui relativise la primauté de l'approche expérimentale en science et l'évaluation des effets comme seul type d'évaluation légitime. De plus, selon Marc Daigle, dans son cours, cette méthode

d'évaluation permet de s'assurer du bien-fondé d'un programme, et ce faisant, assure une portée beaucoup plus grande à une analyse des effets ultérieurs.

Il est toutefois à noter, concernant les limites de l'évaluation, que je n'ai pas eu la possibilité de me rendre sur place, ce qui m'a contrainte à évaluer le programme à distance. Or, la majorité des ouvrages traitant de l'évaluation de programme prônent une observation systématique sur le terrain. Je sou mets donc cette évaluation, bien modestement, en étant consciente qu'elle ne remplit pas toutes les exigences d'une démarche scientifique. J'invite donc les lecteurs et l'organisme responsable auteur du programme JSR 3, soit le MESAD, à considérer cette évaluation comme une démarche exploratoire.

Par contre, cette évaluation répond aux suggestions de Guba et Lincoln, en 1981, qui proposaient de s'éloigner des approches classiques d'évaluation en orientant celle-ci sur les activités d'un programme plutôt que sur ses objectifs, en adoptant un modèle d'évaluation dont les étapes ne sont pas prédéterminées, en faisant usage de techniques subjectives pour la collecte d'informations, en faisant ressortir et en confrontant les différents systèmes de valeurs.

### 3 - Démarche et méthodologie de l'évaluation

J'ai tout d'abord lu une première fois le document, envoyé par le MESAD, présentant le projet JSR 3, afin de cerner les thèmes importants à investiguer, soit le VIH/Sida, la Côte d'Ivoire, les jeunes ciblés par le projet et les programmes de prévention efficaces. J'ai donc effectué un recensement des sources d'information sur ces thèmes afin de réaliser une revue, la plus exhaustive possible, de la littérature en

cours. Pour ce faire, je me suis rendue dans plusieurs bibliothèques (bibliothèque nationale du Québec et plusieurs bibliothèques appartenant au réseau des Universités du Québec) afin d'effectuer des recherches parmi les ouvrages et les périodiques. Une grande partie de mes recherches s'est également faite par le biais d'Internet, que ce soit sur des sites accessibles au grand public (rapports de l'ONUSIDA, etc.) ou des bases de données (*Eric, Medline, Francis, PsycINFO, Sociological Abstracts*). Je me suis également inspirée des photocopies et notes de cours transmis par Marc Daigle durant le cours sur l'évaluation de programme.

Concernant l'évaluation du programme, je me suis basée sur les informations et documents (annexe A) fournis par le MESAD ainsi que sur son site Internet. En effet, le manque de temps et de moyens financiers n'a pu me permettre de me rendre sur place afin de réaliser une observation directe du terrain et une rencontre du personnel et des bénéficiaires, mon analyse s'appuie donc uniquement sur une analyse des informations remises par l'association. Outre les documents présentés en annexe, j'ai correspondu à de nombreuses reprises avec le personnel du MESAD et plus particulièrement son directeur exécutif, Mr Konan Kouassi, à des fins de vérification de certaines données et d'obtention d'informations supplémentaires que je jugeais pertinentes pour une réalisation optimale de l'évaluation. Ainsi, je leur ai envoyé une liste d'une soixantaine de questions afin de pallier aux lacunes inhérentes à une évaluation à distance. Pour donner un exemple, les questions concernant les pairs éducateurs furent : « Quels sont les critères de sélection des pairs éducateurs ? Reçoivent-ils une compensation pour leur travail ? Comment évaluez-vous leur travail ? Y a-t-il un suivi dans la formation ? À combien de séances d'information assiste chaque pair éducateur ? Y a-t-il des pairs éducateurs représentant chaque

catégorie de jeune (jeune de la rue, orphelin du Sida, etc.) ? Les séances de formation pour ceux-ci sont-elles ciblées en fonction du statut des jeunes (jeune détenu, jeunes des quartiers défavorisés, etc.) ? ». Lorsque je citerai une de leurs réponses au cours du présent rapport, cela sera indiqué par des guillemets. Par ailleurs, je tiens à préciser que j'ai pris en considération les réponses reçues entre le 30 septembre 2005 et les 9 mai 2006. Il est donc possible que certaines informations soient manquantes mais pour des questions d'ordre pratique, j'ai dû me limiter à ces dates.

En ce qui concerne le choix des critères d'évaluation, je me suis inspirée de plusieurs documents dont notamment : des ouvrages recommandés dans le cadre du cours de Marc Daigle (Blanchet, 1993 ; Brooks, 1997 ; Guba et Lincoln, 1981 ; Nadeau, 1988 ; Wholey, 2003 ; Weiss, 1998) ainsi que les informations transmises au sein même du cours ; puis, trois documents parus dans la collection des « Meilleures pratiques de l'ONUSIDA » (Récapitulatif des meilleures pratiques, 2000 ; Récapitulatif des meilleures pratiques en Afrique, 2001a ; *Prévention du VIH : Méthodes novatrices*, 2001b) m'ont permis de faire ressortir les caractéristiques les plus fréquemment citées dans les programmes jugés efficaces.

Le présent rapport propose, suite à l'évaluation du projet JSR 3, une série de recommandations visant l'amélioration du programme. Ces recommandations sont le fruit de ma réflexion, de mes connaissances, de ma créativité et de liens faits suite à mes nombreuses lectures. De plus, tel que le préconise Marc Daigle, dans son cours, j'ai dégagé ces recommandations au fur et à mesure de la rédaction du rapport afin de faciliter leur compréhension et leur traitement. Elles font donc suite aux éléments identifiés comme étant à améliorer, ceci afin d'éviter une redondance dans le cas où une partie spécifique leur aurait été consacrée.

Concernant les limites de cette évaluation, et tel que mentionné précédemment, mon impossibilité à me rendre sur place constitue la plus grande lacune de mon travail. Je n'ai donc pas eu la possibilité de développer une connaissance empirique du terrain et ai dû me contenter de mes lectures et des données fournies par le MESAD. L'objectivité de ce rapport peut donc être mise en doute puisqu'il m'a été impossible de vérifier les informations fournies par l'association. Toutefois, je n'ai pu que constater une coopération notoire de leur part.

Enfin, il est à noter que, dans ce contexte d'évaluation, aucun frais n'a été demandé à l'association.

#### 4 - Évaluations précédentes et futures

Une enquête intitulée CAP (Connaissance Aptitude Pratique) fut entreprise au démarrage du projet « Jeune en situation de risque » en 1999. Elle consistait à s'informer auprès des jeunes ciblés par le projet sur leurs connaissances, aptitudes et pratiques vis-à-vis des IST/VIH/Sida afin que les stratégies employées dans le projet JSR soient adaptées à la population cible. Cette recherche a permis, associée aux connaissances du terrain déjà acquises par le MESAD au fil des ans, d'instruire les responsables et acteurs du projet du grand niveau de vulnérabilité des enfants et jeunes ciblés et de la nécessité d'agir.

La première phase du projet JSR a eu lieu entre novembre 1999 et avril 2002 sous la tutelle de MDM. La deuxième phase du projet (JSR 2), entre juillet 2002 et juin 2003, fut réalisée sous la responsabilité du MESAD.

Une évaluation de l'impact des activités de la dernière phase du projet (JSR 2) fut réalisée, suite à sa mise en œuvre, par un cabinet d'étude et conseil en communication et en organisation avec le soutien de FHI en partenariat avec l'USAID et l'association Santé Familiale et Prévention du Sida. Les résultats de cette étude montrent que les acquis réalisés par le projet JSR 2 auprès des jeunes en détention, des jeunes de la rue et des jeunes des quartiers populaires dans les dix communes d'Abidjan sont au nombre de six.

- Mobilisation sociale : ont été mis en place six centres d'écoute et d'animation (CASE) pour les enfants et jeunes et l'implication effective des autorités administratives, politiques et communautaires ;

- Sensibilisation sur les IST/VIH/Sida : elle fut effectuée auprès de 40 000 enfants et jeunes et une amélioration de leurs connaissances à ce sujet fut notée chez 90% d'entre eux ;

- Accompagnement psychoaffectif : 8 000 jeunes, dans la rue et les centres, en bénéficièrent ;

- Animation socio-éducative : ont été initiées de nouvelles approches adaptées au public cible telles que l'animation de stands Sida autour des activités sportives (football) et de loisirs (baby-foot) organisées par les jeunes ; la production de sketches, poèmes et dessins durant les animations ; la création d'outils de communication (messages et supports) adaptés au public cible ;

- Soutien social : ont été améliorées les conditions de détention des mineurs et jeunes détenus (appui juridique et alimentaire) ; appui à la réinsertion familiale (422 enfants) avec une réduction observée du rejet des enfants par les familles d'origine ; appui à la formation et l'insertion pré-professionnelle de 150 jeunes en milieu



ouverts et de 500 mineurs en prison (choix entre plusieurs formations) ; appui à la scolarisation pour 86 enfants (dont 96% des enfants obtinrent des résultats satisfaisants) ; assistance sanitaire (vaccination et soins) à 189 jeunes ;

- Renforcement des capacités : ont été créées et renforcées les capacités de 40 clubs-Sida et d'un réseau de cinq coordinations communales composées de 50 associations d'enfants et de jeunes pour lutter contre les IST/VIH/Sida ; renforcement des capacités de 130 acteurs sociaux, en matière d'IST/VIH/Sida, d'animation de centres éducatifs, de défense de droits de l'enfant ; formation de 45 formateurs de pairs éducateurs et de 444 pairs éducateurs en matière d'IST/VIH/Sida.

Plus généralement, une amélioration des conditions de vie des enfants et des jeunes a été constatée ainsi qu'une réduction de leur vulnérabilité. Les évaluateurs ont également relevé une forte motivation chez les jeunes ciblés à s'impliquer dans la lutte contre le Sida (53 projets d'animation en une année).

Pourtant, le projet a dû faire face à plusieurs difficultés telles : la crise socio-politique, les conséquences économiques de la crise sur les ménages, l'insécurité grandissante due à la situation de guerre, le manque d'intérêt accordé par les autorités publiques à la situation difficile des jeunes.

Les deux premières mises en œuvre du projet JSR ont permis au MESAD de retenir quatre leçons principales :

- Le soutien psychosocial permet de lutter efficacement contre la vulnérabilité des jeunes ;

- Le changement de comportement n'est possible chez un jeune de la rue que lorsqu'il a un projet de vie cohérent qui le valorise, le responsabilise et qui lui permet de se projeter efficacement dans l'avenir ;

- Les associations de jeunes constituent un atout essentiel pour la prévention des IST et du VIH, dans les milieux jeunes, quand elles sont encouragées, encadrées et appuyées ;
- La médiatisation de la mobilisation des autorités communautaires, publiques et politiques favorise leur implication dans les actions menées.

Par ailleurs, le Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Éducation (ROCARE, 2006), dans son étude sur la contribution de l'éducation non formelle en matière de prévention du VIH/Sida en Côte d'Ivoire, a désigné le projet « Jeunes en Situation de Risque » du MESAD comme étant celui qui présente les pratiques les plus efficaces en la matière.

Il me semble également important de souligner que le MESAD, au sein de son projet JSR 3, a prévu de mettre en place différents procédés permettant le suivi et l'évaluation des activités lors de la mise en œuvre du programme. Tout d'abord, les objectifs fixés ont l'avantage d'être « SMART » c'est-à-dire Spécifiques, Mesurables, Adaptés et Réalisables dans le Temps, ce qui se traduit par un grand nombre d'indicateurs de suivi (tels le nombre de séance de formation, le nombre et la fréquence des tournées de l'équipe médicale, etc.). De plus, les éducateurs exécuteront le projet sur chaque site conformément à la planification des tâches dévolues à chacun. Des contrôles sporadiques ou programmés s'effectueront sur le terrain par les responsables du projet afin de vérifier l'effectivité des activités mais également pour apporter un appui aux éducateurs. En équipe, les éducateurs de chaque centre se réuniront hebdomadairement sous la direction du directeur de centre

et sous la supervision du coordinateur ou de son adjoint, pour évaluer le déroulement des activités sur le terrain. L'équipe de coordination, quant à elle, se réunira tous les quinze jours pour statuer sur l'évolution du projet dans son exécution technique, administrative et financière. Les directeurs de centre dresseront tous les mois un bilan écrit des activités de leur équipe, qu'ils exposeront en plénière devant tout le personnel du projet, sous la direction des coordinateurs du projet. Les coordinateurs du projet seront chargés de faire la synthèse de tous les bilans des équipes, à travers des tableaux-synthèse et des rapports narratifs, suivis de présentation en plénière devant la direction exécutive nationale du MESAD. Enfin, trois focus groups (enquêtes d'impact) seront réalisés en début de projet sur les nouveaux sites c'est-à-dire à Abengourou, Yamoussoukro et San Pédro afin d'harmoniser les actions sur le terrain. Puis, quatre autres Focus group, à la fin du projet, permettront de tirer des leçons afin de renforcer l'impact du projet sur l'ensemble des quatre sites. Des entretiens informels et formels seront envisagés tout au long de la durée du projet pour évaluer continuellement l'impact des interventions.

**PARTIE B**  
**ÉVALUATION DU PROGRAMME**

## **CHAPITRE I**

### **Présentation de l'association**

#### **1 – Historique de l'association et du programme**

Le Mouvement pour l'Éducation, la Santé et le Développement (M.E.S.A.D) est une ONG ivoirienne d'aide à l'enfance en difficulté. Elle a été créée le 13 Octobre 2001 par des cadres locaux de Médecins Du Monde (MDM) qui est une association internationale de droit français. En effet, en 1996, MDM a initié un programme de resocialisation des enfants de la rue à Abidjan en envisageant, dès le début, de passer le flambeau à une ONG locale. Ainsi, dans son processus de désengagement, MDM a, le 30 juin 2003, passé officiellement le relais à l'ONG locale constituée, c'est-à-dire le MESAD. Dès sa création, le MESAD s'est vu progressivement confier les responsabilités de la gestion du programme, notamment la phase 2 du projet « Jeunes en Situation de Risque » (JSR) placée sous son entière responsabilité. C'est ainsi, qu'en héritant des acquis de MDM, le MESAD a pu pérenniser et élargir les actions réalisées de 1996 à 2003 en faveur des enfants et jeunes en situation difficile à Abidjan dans un vaste programme de protection de l'enfance en difficulté.

En ce qui à trait au projet de prévention des IST/VIH/Sida intitulé « JSR », il fut réalisé d'octobre 1999 à juin 2003 auprès des jeunes détenus, des enfants de la rue et des jeunes des quartiers populaires dans les dix communes d'Abidjan, avec le soutien de

l'ONG américaine FHI (Family Health International) en partenariat avec l'USAID (United States Agency for International Development).

Le MESAD est dirigé, depuis sa création, par Mr Konan Kouassi.

## 2 – Mission et actions de l'association

Le MESAD s'est donné pour mission la protection des enfants et jeunes vulnérables, et cela par le biais de diverses actions :

- Lutter contre toutes formes d'oppression, de fléaux et de vices susceptibles de nuire à la santé, au bien-être des enfants et jeunes ;
- Porter assistance à tout enfant en état de souffrance physique et morale ;
- Rechercher, formaliser et promouvoir les concepts, les actions et les méthodologies éprouvés qui ont démontré leur efficacité en matière de santé ;
- Contribuer à la formation des intervenants en matière de santé, d'instruction et d'éducation des enfants et jeunes ;
- Promouvoir la charte des droits de l'homme, la convention des droits de l'enfant et la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant.

## 3 – Activités menées au sein de l'association

Le MESAD réalise actuellement dix projets d'intervention (voir annexes C).

- Interventions dans la rue

Les éducateurs vont à la rencontre des enfants et jeunes, de jour comme de nuit, dans les dix communes d'Abidjan, sur les sites à risques. Les actions sont orientées vers les jeunes dans la rue (qui exercent de petits métiers tels vendeurs ambulants, cireurs, etc.) et ceux de la rue (qui vivent et dorment dans la rue). Ils leur proposent une écoute, des soins de base et une orientation vers un centre d'accueil.

- Projet d'appui à la prise en charge et à la réinsertion des mineurs de la prison d'Abidjan

Dans le but d'améliorer les conditions de détention de ces jeunes ainsi que de renforcer leur future réinsertion professionnelle, différentes actions sont mises en place telles que l'approvisionnement en produits d'entretien pour l'assainissement des cellules, l'apport de compléments nutritifs, l'écoute des jeunes, l'initiation à des activités récréatives et l'appui aux activités d'initiation pré-professionnelle.

- Protection juridique et éducation à la démocratie et aux droits de l'homme en faveur des enfants et jeunes vulnérables

Ce projet, initié en mai 2005, bénéficie du soutien financier de l'Union Européenne. Les objectifs sont de former et sensibiliser les jeunes aux notions de droit de l'homme, de paix et de démocratie, ainsi que d'appuyer les initiatives d'associations de jeunes et de clubs d'enfants dans ce domaine. Au sein de ce projet, le MESAD effectue également un travail de plaidoyer auprès des autorités politiques et administratives, associé à un travail

de terrain auprès des travailleurs sociaux du ministère de la justice et des agents des forces de sécurité pour le respect des règles élémentaires de droit.

- Centre d'accueil « Akwaba »

Akwaba est un centre d'accueil pour des jeunes de 6 à 18 ans en situation de marginalisation et d'exclusion ; centre ayant une capacité de 65 places de jour pour les jeux et les activités socio-éducatives et 35 places d'internat. Les enfants y bénéficient d'un appui psychoaffectif et de conseils pour la conception et la réalisation de projets de vie. Ils reçoivent trois repas par jour à la condition qu'ils participent aux activités proposées (telles que l'alphabétisation, des jeux, du sport, des activités de « santé-hygiène », du bricolage, des activités d'animation culturelle, des sorties détente et du camping). Le MESAD contribue également aux frais de scolarité des enfants hébergés ou, lorsque l'enfant en émet le souhait, à son orientation vers un atelier de formation de son choix auprès des artisans-formateurs liés au MESAD. Enfin, les enfants peuvent profiter d'un appui pour une éventuelle réinsertion au sein de leur famille.

- Le foyer « Aboussouan » Ce foyer, de type familial, dispose d'une capacité de 20 places. Il est destiné aux jeunes en situation difficile qui connaissent un début de stabilisation. Les bénéficiaires sont des enfants ou jeunes (filles ou garçons) en apprentissage, re-scolarisés et/ou qui suivent un traitement au centre médical. Ils jouissent d'une prise en charge psychosociale, médicale et alimentaire.

- Centre médical



Tout enfant accueilli passe une visite médicale et reçoit des soins adaptés. Les familles démunies du quartier bénéficient également de soins à moindre coût.

- Les cinq Centres d'Accueil, d'Écoute et de Soutien (CASE)

Ils sont situés dans les communes d'Adjamé, de Treichville, de Yopougon, d'Abobo et de Koumassi. Ces centres ont été créés dans le but de promouvoir des actions de proximité au profit de son public cible, soit les enfants et jeunes vulnérables. Les jeunes peuvent y trouver un soutien psychoaffectif, des activités socio-éducatives, un soutien scolaire, un appui à l'insertion pré-professionnelle, des micros-crédits pour l'initiation d'activités génératrices de revenus ainsi que des conseils en matière d'IST/ VIH-SIDA et d'appui au développement associatif.

- Les camps de vacances

Tous les ans, le MESAD organise des camps d'été pour les enfants hébergés. C'est une occasion pour eux de sortir de leur milieu et de découvrir les richesses d'autres régions et populations.

- Vulgarisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

Le MESAD, à travers ses trois cybercafés situés à Treichville, Adjamé et Abobo, initie les enfants à l'informatique, soutient les associations de jeunes et mène des activités génératrices de revenus.

- Jeunes en Situation de Risque (VIH/SIDA)

Ce projet est présenté à la section suivante de façon plus complète puisqu'il s'agit du projet évalué.

## CHAPITRE II

### Vue d'ensemble du programme

#### 1 - Objectif du programme

Le projet « Jeunes en Situation de Risque » vise à renforcer les actions de prévention des IST/VIH/Sida et la prise en charge psychosociale des enfants et jeunes vulnérables pour ainsi favoriser la réduction de leur risque d'exposition à cette pandémie.

#### 2 - Groupes cibles

Les groupes cibles de ce projet, à savoir les enfants en situation difficile dont les enfants de la rue, les enfants en conflit avec la loi, les enfants et jeunes des quartiers précaires et les enfants orphelins du Sida, constituent de façon inéluctable, telle que décrite dans le contexte théorique, des groupes d'individus hautement vulnérables.

Initialement, le MESAD s'adressait aux enfants en circonstance difficile et ne prenait pas spécifiquement en charge les OEV. Son intérêt pour ceux-ci est né des sollicitation des familles et des enfants. Actuellement, ils font partie intégrante de la population cible de l'association.

Le projet a pour objectif de toucher directement 15.000 membres de la population ciblée soit 500 enfants orphelins (10 à 18 ans), 500 mineurs et jeunes en détention (13 à 21 ans), 4.000 enfants de/dans la rue (10 à 18 ans) et 10.000 enfants et

jeunes des quartiers pauvres (10 à 25 ans) ; et indirectement 20.000 autres grâce à l'action des pairs éducateurs et du réseau des associations et clubs de jeunes mis en place. Ainsi, au moins 35 000 bénéficiaires au total seront touchés. Il est également prévu de porter une attention particulière à la fillette et jeune fille qui sont des cibles plus vulnérables.

### 3 - Champ d'action

Jusqu'en 2003, le programme JSR était mis en œuvre dans la seule ville d'Abidjan. Cependant, des besoins nouveaux ont fait jour et le MESAD souhaiterait étendre ses activités de prévention aux villes de San Pédro, Abengourou et Yamoussoukro.

Plusieurs critères ont participé aux choix de ces trois sites :

- La présence d'un centre d'écoute
- L'existence de quartiers précaires et des types d'habitations favorisant la promiscuité
- La population de ces agglomérations
- La présence d'une grande population déplacée de guerre
- Le taux élevé de prévalence du VIH
- La situation stratégique par rapport aux frontières terrestres et/ou à la ligne de front.

La réalisation des activités de prévention se fera dans les dix communes de la ville d'Abidjan à partir de six centres d'écoute situés dans cinq communes (Abobo, Adjamé, Yopougon, Treichville, Koumassi) ainsi qu'à la prison d'Abidjan. Ces six

centres à Abidjan ainsi que les trois autres qui seront installés à Abengourou, Yamoussoukro et San Pédro serviront de lieux de rencontre et d'appui de proximité au profit des associations et clubs de jeunes engagés dans la lutte contre le Sida. Les centres d'Abengourou, de San-Pédro et de Yamoussoukro seront situés au centre ville avec possibilité d'intervention dans les villages riverains.

#### 4 - Objectifs spécifiques

Les Objectifs du projet sont de :

- Renforcer les capacités techniques des intervenants, des formateurs de pairs éducateurs et des leaders d'association de jeunes dans le cadre du projet ;
- Favoriser l'accès au traitement des IST et à une éducation pour un changement de comportement en matière des IST/VIH-SIDA au profit des cibles du projet ;
- Contribuer à la prise en charge psychosociale des orphelins et enfants vulnérables par un processus de resocialisation ;
- Promouvoir la protection des droits des groupes cibles, surtout ceux en conflit avec la loi ;
- Mobiliser les leaders et décideurs sociaux en vue de les impliquer dans la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables.

#### 5 – Approches

Le programme adopte une approche basée sur l'idée que l'autosuffisance (croyance d'un individu en sa capacité de se transformer) est au cœur du changement

du comportement, et que l'environnement où un individu vit peut créer d'importants risques et obstacles en ce qui concerne le changement du comportement. Une attitude holistique est alors adoptée envers la prévention du VIH/Sida. Cette approche vise l'autonomisation des jeunes, améliorant leur confiance en eux-mêmes, leur permettant de prendre de bonnes décisions et augmentant leur estime de soi. Pour ce faire, le projet JSR a adopté les approches suivantes :

*Information, Éducation, Communication / Communication pour un Changement de Comportement en matière (IEC/CCC) d'IST/VIH/Sida.*

En vue de renforcer les connaissances des enfants et jeunes et de les disposer à adopter des comportements à moindre risque, les activités de sensibilisation seront axées sur l'information, l'éducation et la communication. Ces activités prendront en compte leurs spécificités et s'adapteront à leurs situations. Dans les premières phases du projet, le sport, les jeux de rôle, le dessin et les activités de loisir ayant montré leur efficacité dans la façon de véhiculer les messages, cela sera réemployé. L'implication des associations et clubs auxquels appartiennent les bénéficiaires permettra de développer, avec l'appui des jeunes eux-mêmes, d'autres approches de communication aussi efficaces en vue de favoriser un changement de comportement des cibles, face aux risques de contamination des IST et du VIH.

À cet effet, le service de communication s'emploiera avec les bénéficiaires, à rechercher et à renforcer les stratégies de communication adaptés aux cibles. Les outils déjà utilisés sont les affiches, les banderoles, les images (dessins & photos), les tee-shirts, les dépliants, les films, les sketches et les chants.

### *Prise en charge médicale des IST et la promotion du dépistage volontaire*

La prise en charge des IST consistera à mobiliser l'équipe médicale existante du MESAD qui organisera des tournées chaque semaine sur les centres d'écoute et d'animation. Cette équipe composée de médecins et d'infirmiers examinera les cibles du projet et prendra en charge les cas d'IST découverts puisqu'elles constituent un facteur de vulnérabilité. La référence à d'autres structures de prise en charge médicale sera utilisée au cas échéant.

Quant au dépistage volontaire, il sera l'objet d'entretiens personnalisés et de proximité sur les sites de rencontre et dans les centres d'écoute avec les jeunes pour les motiver à se soumettre au test du VIH volontairement. Les intéressés seront orientés vers les structures accréditées avec possibilité de se confier volontairement après les résultats à leurs éducateurs pour un meilleur suivi.

### *Soutien psychosocial*

Il concerne d'abord l'insertion et l'initiation préprofessionnelle, l'appui à la scolarisation, la protection des droits, l'animation d'activités socio-éducatives et la création d'activités génératrices de revenus (AGR) au profit des cibles.

Le soutien psychoaffectif consistera à rendre visite aux enfants et jeunes ciblés dans la rue et dans les quartiers et d'organiser à leur profit des séances d'écoute au centre. La réalisation des projets éducatifs qui en découleront favorisera l'amélioration de la situation psychologique et sociale du bénéficiaire.

Les enfants dont les projets éducatifs nécessiteront une prise en charge au niveau de l'hébergement seront affectés au centre d'accueil Akwaba ou au Foyer d'hébergement Aboussouan où se trouvent les enfants en formation (scolaire et

professionnelle). Des possibilités de réinsertion familiale, de recherche de famille d'accueil et d'un appui aux parents seront envisagées pour les enfants victimes de rejet et de discrimination. Pour les mineurs en conflit avec la loi et les orphelins dont les cas posent un problème juridique au niveau des droits d'héritage des parents défunts, ils bénéficieront d'un appui juridique (conseil et orientation). Enfin, les enfants détenus ou en formation recevront en plus un appui alimentaire si nécessaire. Toutes ces activités ont pour objectif de réduire la vulnérabilité des enfants et jeunes ciblés par ce projet ce qui constitue un facteur de protection évident contre le VIH.

#### *Renforcement des capacités des intervenants et des acteurs locaux du projet*

Les éducateurs, les membres des associations et clubs de jeunes seront formés sur différents modules relatifs à la prévention, à la prise en charge psychosociale des orphelins et enfants vulnérables en matière d'IST/VIH/Sida, à la protection des droits de l'enfance en difficulté, à la gestion des associations et clubs, à l'animation des centres d'écoute. Leurs connaissances seront réactualisées au besoin. Cela permettra de garantir un impact favorable (efficacité et durabilité des interventions) du projet.

#### *L'éducation par les pairs*

Cette approche vise à développer la confiance, les capacités et les compétences de leadership des enfants et jeunes qui seront formés comme éducateurs pairs. Pour ce faire, les jeunes : organiseront les activités du projet, deviendront instructeurs, apprendront la planification et la gestion des projets, occuperont des postes de respect et de responsabilité parmi leurs pairs et fourniront des informations sur les problèmes concernant la santé sexuelle et reproductive. Afin de leur fournir des compétences



utiles, les habiletés fondamentales leurs seront enseignées : communication, prise de décision, réaction aux émotions, affirmation de soi, développement de l'estime de soi. On leur enseignera aussi comment réagir face à l'influence des pairs ; les jeunes apprendront des compétences en relations interpersonnelles et ils seront sensibilisés au VIH/Sida.

Le MESAD passera par le biais des clubs et associations de jeunes oeuvrant auprès de la population ciblée pour identifier et former les jeunes intéressés au « travail » de pairs éducateurs. Ainsi, en fonction des capacités de leader dans leur entourage, les pairs éducateurs choisis au sein du réseau associatif déjà opérationnel seront des vecteurs potentiels pour toucher un nombre plus important de leurs camarades. Ce réseau de jeunes acteurs sociaux est constitué de plus de 40 clubs et 50 associations regroupant plus de 2 000 enfants et jeunes (filles et garçons) qui se sont déjà précédemment engagés activement dans la lutte contre le VIH, lors de la mise en œuvre du projet entre 1999 et 2003.

Les investigations ayant démontré que les adolescents et les jeunes ne communiquent efficacement qu'entre eux et qu'ils se confient beaucoup mieux à leurs leaders de groupe ou bande, cette stratégie se trouve très appropriée.

La création des clubs d'enfants, dans le cadre de ce projet, s'appuie sur les bandes naturelles d'enfants déviants existantes dans la rue. Ce sont ces bandes qui feront l'objet de restructuration avec de nouvelles normes plus socialisantes, pour donner lieu à des clubs, afin de disposer leurs membres à plus d'écoute de la part des éducateurs chargés de favoriser la mise en place de projets de vie saine à leur profit. De nouveaux clubs ont également été créés dans les ateliers d'apprentissage.

*Mobilisation sociale*

Cette stratégie consistera à mobiliser et impliquer les leaders associatifs, les autorités politiques, communautaires et administratives afin de les associer activement à la lutte contre la pandémie du Sida et à la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables. Leurs influences et leurs marges de manœuvre au sein des communautés seront recherchées et mises à contribution au profit de la population cible du projet. Toutefois, afin d'être en mesure d'observer les changements suite aux activités de plaidoyer, il serait utile de développer des indicateurs de suivi à ce niveau.

**Recommandation #1**

**Considérant les activités de plaidoyer prévues, il est recommandé de rajouter des indicateurs de suivi concernant les changements dans les politiques et les pratiques touchant les droits de l'enfant et des jeunes, permettant ainsi d'observer les évolutions attendues.**

Le système de référence et de contre référence avec les autres ONG ou organismes est également une stratégie employée par le MESAD.

Par ailleurs, Le MESAD prévoit d'accorder une attention particulière à la fillette et à la jeune fille qui sont des cibles plus vulnérables. Il serait donc pertinent que le projet tienne compte de cette problématique et développe des indicateurs de suivi spécifiques.

**Recommandation #2**

**Considérant la vulnérabilité importante (physiologique et sociale) des jeunes filles, il est recommandé, au sein du projet, de sensibiliser les enfants et jeunes sur l'égalité des sexes, d'élaborer du matériel de prévention adapté au genre et d'envisager des sessions unisexes pour des objectifs spécifiques.**

**Recommandation #3**

**Considérant la question de la sexospécificité comme fondamentale, il est recommandé de développer des indicateurs permettant de surveiller les modifications des attitudes à l'égard du genre et d'analyser l'impact différent du projet sur les garçons et filles.**

Enfin, le MESAD privilégie une approche participative permettant ainsi aux enfants de participer pleinement au projet JSR que ce soit à travers leurs idées et/ou actions.

**6 – Activités**

Le projet entend répondre aux cinq objectifs fixés grâce aux différentes activités développées. Ces activités sont ici regroupées en fonction de l'objectif auquel elles correspondent :

*Renforcement des capacités techniques des intervenants et des acteurs locaux dans le cadre du projet*

Dans le cadre de cet objectif, les éducateurs, les leaders d'associations et de clubs de jeunes, les formateurs de pairs éducateurs ainsi que les pairs éducateurs recevront des séances de formation leur permettant ainsi de devenir des acteurs de prévention avertis. Ces séances seront tenues par les formateurs du MESAD (soit le psychologue et certains cadres) qui seront parfois aidés par des consultants externes.

Suite à la première formation, un suivi, sous forme de rencontres bilans, sera effectué ainsi que des formations de renforcement des capacités adaptées en fonction des besoins. Les séances de formation couvriront des sujets tels que l'écoute, la

psychologie et la protection de l'enfant, la mobilisation sociale, la lutte contre les IST/VIH/Sida et la gestion des associations.

*Accès au traitement des IST et à une éducation pour un changement de comportement en matière des IST/VIH/Sida*

Une équipe médicale mobile permettra d'effectuer des consultations dans les rues et redirigera les enfants et jeunes souffrant d'IST vers des centres médicaux afin de recevoir des soins appropriés. Des séances de sensibilisation sur les IST/VIH/Sida et la santé sexuelle seront organisées en partenariat avec les associations et clubs de jeunes. Enfin, le dépistage volontaire sera encouragé auprès de la population cible qui sera alors dirigée, avec son consentement vers des centres accrédités pour le dépistage.

**Recommandation #4**

**Considérant les objectifs fixés au niveau de la sensibilisation au VIH/Sida, il est recommandé de développer des indicateurs qualitatifs mettant en avant à la fois les changements au niveau des connaissances des enfants et jeunes ainsi que les changements dans leurs comportements et attitudes face à la santé sexuelle.**

*Prise en charge psychosociale des orphelins et enfants vulnérables (OEV) par un processus de resocialisation*

Cet objectif vise le mieux-être général des enfants et jeunes. Ainsi, un appui psychoaffectif et socio-éducatif (activités sportives, alphabétisation, jeux de rôles, etc.) sera proposé aux OEV dans la rue et dans les CASE. Il sera également proposé aux enfants d'être scolarisés (ou re-scolarisés) et cela accompagné d'un suivi scolaire. Ils auront aussi le choix d'intégrer des ateliers d'apprentissage de métier (couture, menuiserie, peinture, maraîchage, tricotage et initiation à l'informatique) avec un

suivi hebdomadaire. Le MESAD souhaite appuyer l'autonomie sociale grâce au développement d'activités génératrices de revenus au profit des enfants (exemple : location de véhicules et de chaises, gestion des cybercafés, etc.). Enfin, l'association appuiera la réinsertion familiale de ces enfants.

#### *Protection des droits*

Le MESAD désire promouvoir la protection des droits de la population ciblée et plus particulièrement celle des enfants en conflit avec la loi. Pour cela, un appui juridique (conseil et orientation) sera offert aux OEV. Des éducateurs rendront visite aux mineur(e)s en garde à vue dans les commissariats de police. Au COM, Le MESAD fournira un appui alimentaire aux mineur(e)s détenu(e)s et effectuera une prise en charge psychoaffective et socio-éducative de ces enfants et jeunes. Une initiation aux métier artisanaux sera également offerte dans les ateliers aménagés du COM.

#### *Mobilisation des leaders et décideurs sociaux*

Le MESAD entend faire un travail de plaidoyer auprès des autorités administratives, politiques et communautaires concernant la prise en charge des OEV. Pour cela, l'association souhaite appuyer les leaders et décideurs sociaux (associations et clubs de jeunes engagés dans la lutte contre le Sida) en vue de les impliquer dans la prise en charge des enfants vulnérables. L'association diffusera également ses rapports d'activités afin de faire connaître l'ampleur de la tâche à accomplir.

Il est à noter que les jeunes seront impliqués dans le développement et la mise en œuvre des activités de sensibilisation en matière d'IST/VIH/Sida. En effet, les

membres des associations et des clubs de jeunes seront formés pour travailler avec d'autres jeunes afin d'élaborer du matériel didactique, d'informer par l'intermédiaire de pièces de théâtre, de chansons, de jeux, etc. et de fournir des renseignements aux autres jeunes au sujet de la prévention des IST/VIH/SIDA. Les moyens du projet tels que le matériel d'animation seront mis à leur disposition. Étant donné que ces activités auront lieu aux endroits où habitent et travaillent ces jeunes, le projet prévoit que les services et le soutien dont ils auront besoin leur soient très accessibles, grâce aux centres d'écoute et d'animation de proximité. De plus, des moyens de locomotion adaptés (mobylettes, bicyclettes) permettront aux éducateurs d'être en contact régulier avec les cibles, sur les lieux de rencontre. Sur chaque site, il existera une équipe de trois à quatre éducateurs (volontaires et salariés) chargés d'exécuter quotidiennement le projet sur le terrain. Chaque équipe sera dirigée par un responsable de centre qui coordonnera localement toutes les actions de l'équipe. Ces équipes seront régulièrement encadrées et évaluées par l'équipe de coordination du projet composée d'un coordinateur principal et de son adjoint, d'un psychologue et d'une assistante chargée des formations et de la communication. Ils seront appuyés par des consultants externes sollicités selon les besoins.

Parallèlement à toutes ces activités, le MESAD souhaite véhiculer des messages de pacification, de réconciliation et de paix au profit des cibles du projet afin de contribuer à un climat social moins conflictuel.

À l'annexe A, il est possible de retrouver le détail des activités prévues au sein du projet.

**Recommandation #5**

**Considérant que la drogue est un facteur de vulnérabilité supplémentaire qui atteint, particulièrement, les enfants de la rue, il est recommandé de développer des activités de sensibilisation sur le sujet.**

**Recommandation #6**

**Considérant que le projet cible une population âgée entre 10 et 25 ans, il est recommandé d'adapter certaines activités en fonction de l'âge des enfants car ils n'auront pas les mêmes préoccupations ni les mêmes centres d'intérêt.**

**7 – Résultats attendus**

De façon générale, l'amélioration des conditions de vie des enfants ciblés par le projet est le premier résultat attendu. Quant au second, il s'agit de l'accroissement des connaissances et la modification des attitudes, des pratiques et des comportements en ce qui concerne la transmission des IST/VIH-SIDA. Puis, le projet vise la réduction de la vulnérabilité des OEV et le renforcement des relais locaux de dissémination et de pérennisation des actions entreprises. Enfin, l'implication des autorités politiques, administratives et communautaires est également un résultat attendu.

À l'annexe A se trouve la liste détaillée des résultats attendus, pour chacun des cinq objectifs mentionnés ci-haut, associés à tout un ensemble d'indicateurs permettant ainsi un suivi et une évaluation.

## 8 - Analyse des besoins

Le programme « Jeunes en Situation de Risque » vise des objectifs précis qui s'inscrivent dans une démarche de réduction du taux de séroprévalence en Côte d'Ivoire. Cependant plusieurs autres raisons motivent et justifient le présent projet.

En premier lieu, il convient de rappeler la vulnérabilité de la population cible. Ces enfants et jeunes (filles et garçons) vivent dans des conditions extrêmement difficiles (insalubrité, promiscuité, précarité, insécurité, manque d'instruction, rejet social, aucune assistance sanitaire, etc.). L'enquête CAP (Connaissance Aptitude Pratique), effectuée au démarrage du projet JSR en 1999, ainsi que les différentes actions déjà menées sur le terrain ont d'ailleurs permis d'instruire les responsables et les acteurs du projet sur l'importante vulnérabilité de la population cible et donc sur la nécessité d'agir. Toutefois, les orphelins du Sida ne faisant pas partie des populations ciblées lors des projets JSR 1 et 2, il serait utile qu'une étude de ce type soit menée à leur endroit.

### **Recommandation #7**

**Considérant l'ajout des orphelins du Sida au sein de la population cible, il est recommandé d'effectuer une nouvelle étude, telle CAP, auprès de ceux-ci afin de vérifier la validité des outils de communication et des activités à leur endroit.**

Le manque d'actions de prévention menées au profit de ces enfants est également un point non négligeable. En effet, très peu de projet de prévention en matière d'IST/VIH/Sida ont ciblés ces enfants et jeunes en Côte d'Ivoire, au profit, par contre, des milieux scolaires, professionnels, corporatifs, etc. Et quand bien même ils l'ont été, l'action n'était pas permanente et ne prenait pas en compte leur



spécificité. Ainsi, en dehors du Plan national UNICEF, aucun véritable programme national de soutien aux OEV n'est organisé.

De plus, les résultats enregistrés, suite à la mise en œuvre du projet JSR, de 1999 à 2003, ont été suffisamment concluants pour qu'il soit présenté comme l'une des rares actions réussites en matière de lutte contre les IST/VIH/Sida en Côte d'Ivoire auprès de cette population. En effet, en impliquant les jeunes ciblés à travers les associations et clubs et en mobilisant les autorités politiques, administratives et communautaires, le MESAD a ainsi posé les bases essentielles pour lutter contre ce fléau grâce à des stratégies qui s'avèrent durables. Il est donc nécessaire que ces acquis soient renforcés à Abidjan et que les actions ayant démontré leur efficacité soient développés dans les trois autres villes (Abengourou, San Pédro, Yamoussoukro) qui requièrent également des actions préventives aux vues des problématiques présentes.

Enfin, le MESAD est tout particulièrement habilité pour mettre en œuvre ce projet puisque l'association dispose de nombreux avantages, notamment celui de connaître les enfants et jeunes ciblés ainsi que les problématiques auxquelles ils sont confrontés, ce qui constitue un préalable à toute action de prévention. Le MESAD possède également les ressources humaines et matérielles ainsi qu'un large réseau de contacts (ONG, associations, etc.) lui permettant d'être opérationnel en peu de temps.

### **CHAPITRE III**

#### **Présentation des ressources de l'association**

Cette partie identifie tout d'abord trois types de ressources nécessaires à la mise en marche d'un programme tel que le JSR : humaines, matérielles et financières. En parallèle, elle inventorie les différentes parties prenantes à cette aventure, soit les personnes ou les groupes qui y ont un intérêt particulier. Afin de disposer d'une liste détaillée des ressources disponibles et de celles que le MESAD souhaite acquérir, se référer à l'annexe A.

##### 1 – Ressources humaines

L'équipe participante au projet JSR sera en grande partie composée du personnel permanent du MESAD, soit 33 personnes, qui sont donc déjà formées et expérimentées dans les domaines de l'éducation, la santé et la prévention des IST/VIH/Sida en faveur des enfants et des jeunes vulnérables. Cette équipe sera constituée de 53 personnes, sans comptabiliser les pairs éducateurs :

- Un coordinateur principal
- Un coordinateur adjoint
- Une assistante coordonnatrice chargée de communication (IEC/CCC)
- Un psychologue chargé des formations
- Une administratrice comptable
- Une secrétaire

- Un logisticien chargé de la gestion du matériel et des achats
- Un technicien audio-visuel chargé des animations
- Neuf directeurs de centre (responsables locaux des équipes de terrain)
- Neuf éducateurs
- Dix-huit volontaires (soit deux par centre)
- Un médecin
- Un infirmier
- Une aide soignante
- Quatre consultants qui seront sollicités pour les formations et l'appui aux intervenants

Par ailleurs, le MESAD reçoit régulièrement des stagiaires locaux venant des écoles professionnelles, des instituts supérieurs de formation et de l'université d'Abidjan, ainsi que des stagiaires internationaux .

Le MESAD réfère les jeunes souhaitant entreprendre une formation professionnelle (couture, ébénisterie, mécanique automobile ou moto, informatique, coiffure, etc.) à des artisans-formateurs. Ceux-ci sont membres de l'Association des Artisans Formateurs d'Abidjan et sont donc indépendants du MESAD avec lequel ils collaborent, en revanche, étroitement.

**Recommandation #8**

**Considérant le partenariat avec les artisans-formateurs comme un atout majeur de resocialisation et de stabilisation des jeunes en difficulté, il sera important de maintenir ces liens de coopération et de valoriser leur participation (les inviter à des fêtes, etc.).**

Concernant les critères d'embauche, « les éducateurs seront recrutés sur examen de leur dossier de candidature puis d'un examen psychotechnique et d'une entrevue. Leur travail sera, par la suite, évalué en fonction des activités réalisées et des résultats consignés dans le cahier de charge. Une stabilité des éducateurs en place est à noter.

Le réseau des associations de jeunes permettra au MESAD de recruter facilement des bénévoles correspondants au profil recherché. Les critères de sélection sont : l'intérêt pour les jeunes, la qualification dans le domaine des sciences sociales (psychologie, gestion associative, criminologie, sociologie, etc.), l'expérience d'animation de groupe de jeunes, la disponibilité et la faculté à apprendre. Leur travail sera évalué à travers leur progression et la réalisation des objectifs définis lors du recrutement. Ils ne seront pas rémunérés mais certains bénéficieront d'un remboursement des frais de transport. Une permanence des bénévoles actuels est observée.

Quant aux pairs éducateurs, ils seront sélectionnés au sein des CASE en fonction de leur régularité aux activités du CASE, de leur maîtrise d'expression (orale et écrite) et de leur qualité de leadership. Chaque population de jeunes ciblée par le projet sera représentée au sein des pairs éducateurs (jeunes de la rue, jeunes détenus, etc.). Le nombre de séances d'information et de formation que recevront ces jeunes est variable car il répond aux besoins spécifiques de chaque catégorie de jeunes ciblés. Une séance de formation unique, sans aucun suivi, ne sera pas très efficace. Leur

travail sera évalué par rapport aux résultats obtenus. Ils ne recevront aucune compensation financière pour leur travail.

**Recommandation #9**

**Considérant l'importance des questions de genre, il est recommandé de sélectionner des pairs éducateurs, masculins et féminins, sensibilisés à ce sujet.**

**Recommandation #10**

**Considérant l'importance du travail effectué bénévolement par les pairs éducateurs, il est recommandé de veiller attentivement à entretenir leur motivation ; Notamment par : l'organisation d'une fête à la fin de leur formation ou pour fêter une réussite au sein du projet, la remise d'un « diplôme » attestant de leur participation au projet et témoignage de reconnaissance, la mise au point d'un « contrat », l'organisation d'un défilé à travers la communauté pour la Journée Mondiale de lutte contre le Sida, la possibilité de devenir le mentor d'un nouveau pair éducateur, la remise d'un lettre de référence à la fin de leur participation, etc.**

**Recommandation #11**

**Considérant les situations difficiles auxquelles peuvent être confrontés les pairs éducateurs, il est recommandé qu'ils leur soient accordé suffisamment de temps, d'espace et de conseils pour qu'ils puissent s'ouvrir sur les difficultés rencontrées pendant leurs activités mais également dans leur vie personnelle. Il est également souhaitable qu'ils soient encouragés à se soutenir mutuellement, plutôt que tout attendre du personnel du projet (création de forum de district pour pairs éducateurs, réseaux nationaux et groupes de discussion sur Internet où les jeunes pourront partager leurs expériences).**

Enfin, il est à noter que le MESAD est administré par un Conseil Exécutif National en charge de la politique de l'ONG et par une Direction exécutive qui a pour tâche d'exécuter les projets et programmes. Le projet disposera, par ailleurs, de « contrôleurs » qui seront le directeur exécutif, soit Mr Konan Kouasi, et le Conseil d'administration qui s'attèleront à vérifier la bonne mise en œuvre du projet ainsi que ses résultats.

## 2 – Ressources matérielles

En terme de capacités d'action, le MESAD possède son propre compte bancaire et dispose d'un siège social ayant des moyens de communication fiables et modernes (courriel, boîte postale, téléphone fixe et portable, fax) ainsi qu'un site internet. L'association détient six centres d'écoute et d'animation, un centre d'accueil pour les jeunes de la rue avec refuge de nuit, un foyer d'hébergement pour les jeunes en formation scolaire ou professionnelle et un centre médical équipé.

Quant aux ressources matérielles nécessaires pour le programme, le MESAD dispose, sur l'ensemble des neuf sites, de moyens de locomotion facilitant la mobilité des acteurs sur le terrain : une petite voiture de liaison, une fourgonnette, un mini-car de 18 places, une moto, dix mobylettes et cinq vélos. Le matériel d'animation disponible est composé de deux grandes sonorisations complètes (3000 et 4000 W), quatre petites sonorisations, cinq téléviseurs, cinq magnétoscopes, un projecteur vidéo, un projecteur multimédia, une caméra, un appareil photo, un groupe électrogène, deux abris bâche, 556 chaises, etc. Le MESAD s'est également doté de matériels informatiques pour le traitement des données et la conservation des documents : un ordinateur portable, quatre ordinateurs de bureau, deux imprimantes et une photocopieuse. L'association possède des outils pédagogiques et de communication provenant des phases antérieures du projet (1999-2003). Ces outils sont des affiches, des banderoles, des images (dessins et photographies), des tee-shirts, des dépliants, des films, des scénarios de sketches et des chants. Toutefois, le service de communication du MESAD continuera à rechercher et renforcer les stratégies de communication adaptés aux cibles.

### 3 – Ressources financières

Le MESAD a quatre sources de revenus : les dons, les cotisations de ses membres, les subventions provenant des ONG telles que MDM, FHI, Save The Children Suède et International HIV/AIDS Alliance et les revenus provenant des différentes activités génératrices de revenus (location de chaises, cybercafés, etc.).

Cependant, en ce qui a trait au programme JSR, les subventions n'ont pas été renouvelées en 2003 à cause de la fermeture du bureau de FHI en Côte d'Ivoire et de l'arrêt de son programme de subventions destiné aux associations locales. Le MESAD a alors perdu 30% de ses revenus, ce qui n'a donc pas compromis pas la vie de l'association mais bien celle du programme JSR car ce projet est donc fortement dépendant du financement extérieur. L'association a été contrainte de réduire les activités du volet Sida ainsi que l'effectif du personnel. Cependant, sur le terrain, les anciennes phases du projet portent leurs fruits par l'intermédiaire des associations de jeunes qui sont en mesure de faire passer le message de prévention sans grand soutien du MESAD.

Par ailleurs, le MESAD dispose d'un service de mobilisation des ressources qui s'attèle à mobiliser des ressources additionnelles, telles la recherche de nouveaux partenaires et d'activités génératrices de revenus permettant au projet de survivre.

Le MESAD a estimé le coût total du projet JSR à 192.870.303 CFA (soit environ 419 107 CAD), or, leur contribution locale est de 42 064 000 CFA (soit

environ 91 405 CAD). Ils nécessitent donc un montant total de 150 806 303 CFA (soit environ 327 702 CAD), c'est-à-dire approximativement 78% du montant total.

#### **Recommandation #12**

**Considérant les besoins financiers du projet et la popularité dont bénéficie Internet, il est recommandé d'améliorer le site Internet de l'association (rendre les liens actifs, compléter les informations manquantes, joindre des photographies, ajouter des témoignages d'enfants et jeunes) et d'accroître sa visibilité afin de développer les dons pouvant être obtenus par ce biais.**

#### **Recommandation #13**

**Considérant le manque de ressources financières du projet, il est recommandé de se concentrer sur les ressources locales, y compris les sources « en nature », car celles-ci risquent de durer plus longtemps et ont moins de chance de changer que les sources internationales.**

#### **Recommandation #14**

**Considérant les multiples projets effectués par le MESAD, il est recommandé de bien clarifier quelles sont les activités appartenant exclusivement au projet JSR 3 afin que les bailleurs de fonds n'aient pas le sentiment que les demandes de budget sont dédoublées.**

#### **Recommandation #15**

**Considérant les difficultés à obtenir du financement pour le projet JSR 3, il est recommandé, au cours des prochaines évaluations, de surveiller le rapport coût-efficacité afin de savoir combien coûte chaque élément du projet et ainsi pouvoir prouver la rentabilité du programme.**



#### 4 – Parties prenantes

La philosophie du projet JSR est basée sur la mobilisation communautaire. En effet, de par la nature multiaxiale de la problématique du VIH/Sida, le projet requiert, afin de pouvoir intervenir en amont et en aval, une implication des différentes institutions (administratives, communautaires, politiques, etc.) à tous les niveaux du programme. Le MESAD a d'ailleurs, au cours des années, tissé des liens étroits avec un grand nombre d'entre elles qui seront concernées par la mise en œuvre du projet. Le Directeur exécutif national du MESAD, soit Mr Konan Kouassi, gèrera le programme global et assurera la liaison avec ces différentes institutions, partenaires du projet, afin d'assurer la complémentarité des activités.

##### *Les réseaux et collectifs d'ONG/Associations*

- Le Forum d'aide à l'enfance en difficulté, composé d'une cinquantaine d'ONG, est actif dans le domaine de la prise en charge de l'enfance en circonstance difficile et plus particulièrement des enfants de/dans la rue et de ceux en conflit avec la loi. Des rencontres mensuelles sont organisées ;
- Le COSCI (Collectif des ONG de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire) et les ONG/associations de lutte contre le SIDA, collaboreront avec le MESAD qui est aussi membre actif de ce réseau ;
- Le RIP (Réseau ivoirien de personnes vivant avec le VIH) et les ONG qui le composent apporteront leurs concours dans l'identification des enfants orphelins du Sida et dans la prise en charge des cibles infectés par le VIH ;

- Le Continuum de soins et de soutien mis en place par FHI, composé d'une dizaine ONG de lutte contre le Sida et d'associations de personnes vivant avec le VIH, demeure l'une des meilleures plate-forme d'échange et de collaboration ;
- Les ONG de défense des droits de l'homme en Côte d'Ivoire et l'ONG Lumière Action qui disposent d'une expertise en matière de conseil juridique au profit des victimes du Sida, seront sollicitées si nécessaire dans l'assistance juridique aux orphelins du Sida.

#### *Les ONG internationales*

- Médecins du monde (MDM), ONG internationale française, apportera son soutien technique à l'ensemble des activités réalisées par le MESAD, qui bénéficie déjà des moyens matériels et immobiliers mis à sa disposition ;
- Médecins sans frontière (MSF) pour son assistance médicale aux mineurs détenus à la prison d'Abidjan ;
- Family Health International (FHI), qui est une ONG internationale américaine, a financé le projet JSR depuis sa création en 1999 jusqu'en juin 2003. Elle continuera d'apporter son appui technique par l'intermédiaire de ses conseillers techniques basés à Abidjan ;
- Save The Children Suède, qui effectue des actions en faveur des enfants en situation difficile en Côte d'Ivoire, a toujours collaboré avec le MESAD en formant ses agents aux questions de défense des droits des enfants ;
- L'Association Française des Volontaires du Progrès (AFVP) apportera son concours dans le domaine de l'insertion socioprofessionnelle des jeunes.

*Les acteurs locaux*

- Huit coordinations communales composées de 65 Associations et 55 clubs de jeunes engagés dans la lutte contre le Sida seront des acteurs locaux dans la réalisation des activités du projet. Leur implication, l'encadrement et le soutien qu'ils offriront dans le cadre du projet permettra d'accroître et d'étendre l'impact des actions à une plus grande échelle ;
- Les artisans formateurs : leur participation au projet a déjà permis d'insérer gratuitement en atelier d'apprentissage plus de 150 jeunes.

*Les services administratifs*

- Les districts d'Abidjan et de Yamoussoukro, les conseils généraux de San Pédro et d'Abengourou et l'ensemble des mairies des quatre villes seront associés. Ils seront sollicités pour donner les autorisations et les appuis nécessaires à la réalisation des activités. Le centre d'écoute et d'insertion des jeunes qui abrite un des centres d'animation du MESAD, à Adjamé, est d'ailleurs une propriété du District d'Abidjan ;
- Les centres sociaux d'Abobo, Koumassi, Treichville, Adjamé, Yopougon continueront d'apporter leur contribution au projet par la mise à disposition de leurs locaux au profit des acteurs du projet ;
- Les autres services sociaux publics ou privés installés dans les villes cibles seront sollicités, en cas de besoin, pour partager les expériences ;
- Le centre d'observation des mineurs (COM) de la prison d'Abidjan qui abrite un des centres d'écoute du MESAD continuera de collaborer ;

- Les services de liberté surveillée et d'assistance éducative continueront de bénéficier des moyens du projet au profit de la réinsertion familiale des mineurs délinquants ;
- Les commissariats de police d'Abidjan seront sensibilisés à la prise en charge juridique des mineurs délinquants.

*Les sept ministères de tutelle*

seront sollicités pour un appui administratif et technique au MESAD dans le cadre de la réalisation du projet :

- Le Ministère chargé de la lutte contre le SIDA
- Le Ministère de la famille, de la femme et de l'enfant
- Le Ministère chargé de la santé et de la population
- Le Ministère de la solidarité, de la santé et de la sécurité sociale
- Le Ministère de la justice et des libertés publiques
- Le Ministère de la jeunesse et du service civique
- Le Ministère de la sécurité.

## CHAPITRE IV

### Évaluation du programme

#### 1 – L'intervention

*Le contenu* concerne le thème principal de l'intervention.

#### *Pertinence*

En plus de répondre à des critères de prévalence d'un problème donné dans la population, un projet doit être en mesure de démontrer qu'il répond à un besoin au sein de la population ciblée.

Au sein du projet JSR 3, les groupes cibles, à savoir les jeunes en situation difficile dont les jeunes de la rue, les jeunes en conflit avec la loi, les enfants et jeunes des quartiers précaires, les orphelins du SIDA, constituent de façon inéluctable, tel que démontré précédemment, des groupes d'individus hautement vulnérables. Or, malgré les risques que représentent leurs conditions de vie, très peu de programmes concrets de lutte contre le Sida s'intéressent à eux en Côte d'Ivoire. De plus, les zones d'implantation du projet comptent parmi les localités les plus touchées par les IST/VIH/Sida en Côte d'Ivoire.

Le MESAD dispose d'un savoir-faire et d'une expérience en la matière qui constituent un gage évident et pertinent pour la réussite du projet. En effet, les outils de communication (créés avec la participation des populations cibles, donc foncièrement adaptés) ainsi que les stratégies utilisées ont déjà été expérimentées et ont produit des résultats significatifs au cours des deux premières phases du projet. Et,

malheureusement, les problèmes et besoins reconnus lors des phases précédentes du projet sont toujours d'actualité ; ce qui m'amène, en conclusion, à valider la pertinence du projet.

#### *Fondement scientifique établi*

Selon Price, Cowen, Lorion & Ramos-McKay (1988), une intervention prometteuse doit s'appuyer sur un fondement scientifique établi. Cependant, en examinant les objectifs et procédures du projet, il m'est impossible d'identifier les bases théoriques sur lesquelles ils reposent. Je ne suis donc pas en mesure de savoir si le projet s'est inspiré d'enseignements tirés d'autres projets. De plus, dans le document présentant le projet JSR 3 (annexe A), les chiffres et données sont rarement accompagnés de références.

#### **Recommandation #16**

**Considérant qu'un fondement scientifique établi est gage de crédibilité, il est recommandé de justifier et documenter le choix des interventions et approches par des bases théoriques vérifiées, ainsi que de fournir les références des chiffres et données énoncés dans la présentation du programme.**

Il serait également intéressant que les facteurs de risque individuels, sociaux et circonstanciels sous-tendus par les actions proposées dans le projet JSR 3 soient plus amplement développés. Les hypothèses de la stratégie, soit les liens conceptuels entre les actions proposées et la modification des facteurs de risque, ne sont pas, non plus, clairement énoncées. Il en va de même pour les hypothèses causales de la stratégie, soit les liens conceptuels entre la modification des facteurs de risque et la diminution des conduites à risque.

**Recommandation #17**

**Considérant que des approches sont bien identifiées mais que leurs liens avec le programme demeurent implicites, il est recommandé de les clarifier ; par exemple, expliquer en quoi l'approche de la mobilisation sociale apportera des modifications au niveau des facteurs de risque pour finalement conduire à une diminution des conduites à risque.**

*Précision des objectifs et des cibles*

Il est essentiel que les populations ciblées et les objectifs soient définis avec précision avant même la mise en œuvre du projet pour une meilleure atteinte des objectifs, ce qui est bien le cas du programme JSR 3. L'ajout des orphelins du Sida aux populations ciblées dans les premières mises en œuvre du projet est adéquat puisque de nombreux ouvrages considèrent qu'une intervention ciblant uniquement une seule catégorie de population court le risque qu'elle soit stigmatisée.

Quant aux objectifs, ils sont accompagnés d'indicateurs de suivi dits « SMART », soit Spécifiques, Mesurables, Adaptés et Réalisables dans le Temps. Des rencontres sont d'ailleurs prévues, de façon régulière, entre les différents acteurs du projet afin d'évaluer le déroulement des activités sur le terrain et de statuer sur l'évolution du projet dans son exécution technique, administrative et financière. Cette façon de procéder permettra d'ajuster le projet, au fur et à mesure, des besoins. Toutefois, un découpage préalable du projet en étapes faciliterait son suivi.

**Recommandation #18**

**Considérant le grand nombre d'objectifs fixés par le projet, il est recommandé de le diviser en étapes de réalisation se terminant par des contrôles afin d'effectuer un meilleur suivi du programme.**

### *Efficacité de l'intervention*

Toutefois, il est important de noter que l'efficacité des interventions a été démontrée lors de l'évaluation du projet, en 2003. Rappelons qu'il n'est actuellement pas possible de réaliser une telle évaluation de l'efficacité puisque le projet JSR 3 n'est pas encore implanté.

### *Qualité des évaluations précédentes*

De plus en plus, on estime que la composante évaluative est essentielle à la réussite d'un programme car elle conduit à des remises en question, puis des réajustements pour une plus grande efficacité et confère également une certaine crédibilité au projet évalué.

Une évaluation d'impact des activités du projet JSR 2 fut réalisée, suite à sa mise en œuvre, par un cabinet d'étude et conseil en communication et en organisation avec le soutien de FHI en partenariat avec l'USAID et l'association Santé Familiale et Prévention du Sida. L'évaluation ayant été exécutée par une organisation externe au MESAD, cela a permis une objectivité octroyant ainsi une plus grande portée aux conclusions positives de ce rapport.

Concernant les futures évaluations, le projet JSR s'est doté de nombreux indicateurs de suivi qui faciliteront les mécanismes d'évaluation du programme.

### *Processus*

Par ce terme, j'entends toutes les caractéristiques dynamiques et interactives propres à une intervention de prévention.



*Analyse des stratégies et méthodes d'intervention*

Le déploiement de stratégies et de méthodes d'intervention multiples et complémentaires est un critère d'efficacité largement cité.

La pratique du MESAD en matière de lutte contre le VIH/SIDA est suffisamment vaste dans son contenu pour répondre aux besoins des différents groupes ciblés. De plus, elle mise sur l'articulation bien planifiée de plusieurs stratégies et méthodes d'intervention pour atteindre les objectifs visés. Des liens de partenariat ont été établis avec d'autres organismes et associations afin d'assurer une réponse globale aux besoins des enfants et jeunes.

Selon l'UNICEF (2002), la prévention du VIH doit également être axée sur les besoins immédiats des jeunes, tels que le logement et l'alimentation ; besoins auxquels le projet JSR 3 répond car il porte une attention particulière à la pauvreté, la marginalisation et la stigmatisation.

Certains programmes semblables incluent des jeunes contaminés par le VIH afin qu'ils témoignent de leur expérience pour faire prendre conscience de la réalité de la maladie et des ravages du virus. Cette approche ayant démontré son efficacité, cela m'amène à formuler la recommandation 19.

**Recommandation #19**

**Considérant que le témoignage des personnes infectées par le VIH permet de faire prendre conscience du réel danger que représente l'épidémie et qu'il permet également à ces personnes de s'engager dans une lutte, celle pour la vie et la sensibilisation contre la maladie, il est recommandé d'explorer le possibilité d'impliquer des jeunes (afin de favoriser l'identification) volontaires, pour témoigner de leur expérience auprès de la population ciblée.**

La distribution gratuite de préservatifs ne fait pas partie des activités formulées par le MESAD. Cela s'explique par le fait que la politique nationale exige de sensibiliser les enfants en recourant à l'abstinence. Cependant, pour les adolescents, les préservatifs sont disponibles à des « prix sociaux ».

### *Souplesse*

La souplesse des programmes d'intervention apparaît également comme étant importante. En effet, un programme doit, à la fois, être bien structuré et en mesure de s'adapter à la diversité et aux besoins changeants des populations cibles. Le projet JSR 3 me semble répondre à ces deux critères. En effet, le programme est suffisamment souple pour effectuer des activités à des moments (jour comme nuit) et dans des lieux (CASE, rue, etc.) adaptés aux groupes ciblés. De plus, lors des événements de 2002, l'association a démontré une grande capacité d'adaptation car les restrictions dues au conflit armé ont entraîné une réduction des effectifs de jeunes dans la rue, puis leur nombre s'est progressivement accru avec l'amélioration de la situation de guerre à Abidjan et l'exode des populations provenant des zones de conflit. Le MESAD a su s'ajuster en fonction des besoins de sa population cible et mener tant bien que mal ses activités. Le projet JSR 3 semble avoir une souplesse structurelle et une capacité d'adaptation qui sont autant d'atouts pour sa réussite.

### *Accessibilité*

Au sein du projet JSR 3, ce sont essentiellement les intervenants et pairs éducateurs qui vont à la rencontre des populations ciblées, notamment dans les centres d'écoute situés dans leur quartier, en les rencontrant en prison ou sur leur lieu de vie (rue, etc.).

En permettant à ces enfants et jeunes qui comptent parmi les plus marginalisés, rejetés et stigmatisés du pays d'avoir accès à des ressources de prévention et de prise en charge psychosociale, le MESAD se voue à rétablir une égalité des chances, notamment dans le domaine de la santé.

De plus, bien que cela n'ait pas été mentionné jusqu'ici, le projet JSR 3 cible également les enfants et jeunes se prostituant ainsi que les jeunes homosexuels. Ainsi, le projet considère tous les groupes de jeunes marginalisés sans distinction.

#### *Durabilité*

Il est difficile de prévoir la durabilité à long terme du programme car de nombreux facteurs interviennent au cours du temps, et nous en avons pour preuve la situation dans laquelle se trouve actuellement le MESAD vis-à-vis du projet JSR 3. En effet, l'instabilité politique participe à cette difficulté car quand un gouvernement change, les administrateurs clefs changent aussi et, avec eux, la mémoire institutionnelle nécessaire pour maintenir en place des approches et programmes spécifiques. La crise économique que traverse la Côte d'Ivoire est également un facteur défavorable au projet car elle limite l'apport des ressources locales.

Le projet JSR 3 dépend en grande partie du financement extérieur ce qui ne garantit pas la pérennité des activités. Toutefois, quelques activités ont pu se poursuivre malgré l'arrêt des financements. En effet, la mise en place du réseau associatif d'enfants et de jeunes engagés dans la lutte contre le Sida et le renforcement des capacités des membres en matière de gestion associative et de projets similaires, constituent un gage de pérennité de certaines activités du projet. Par ailleurs, le fait d'amener les bénéficiaires du projet à être eux-mêmes des acteurs et des relais locaux

dans la dissémination des acquis conforte et crédibilise davantage la pérennisation des actions développées. Ainsi, les activités développées ont des résultats durables même après le retrait des ressources externes.

#### *Absence d'effets négatifs*

Il faut, en effet, envisager la possibilité qu'une intervention de prévention puisse entraîner des effets imprévus, dont des effets négatifs. Ainsi, dans certains cas, une approche qui ne serait bâtie qu'en fonction de ce qu'il est convenu d'appeler les groupes à risque peut comporter certains dangers comme celui de stigmatiser cette population. La stratégie employée par le MESAD, pour contrer ceci, a consisté à élargir les populations cibles. En effet, les jeunes de la rue constituaient, au commencement des activités du MESAD, la population visée. Puis, l'association, en développant son projet JSR 3, a étendu l'accessibilité du programme en ciblant les autres enfants et jeunes ayant les besoins les plus importants en matière de prévention des IST/VIH/Sida.

De plus, les deux premières phases du projet ont permis de constater l'absence d'autres effets négatifs.

## 2 – Le milieu d'intervention

### *Populations cibles*

#### *Participation*

Parmi cette série de caractéristiques, la plus fondamentale est sans doute la participation de la population cible aux différentes étapes de l'élaboration et de la

mise en œuvre du programme d'intervention : la détermination des besoins, la conception et l'actualisation du programme. Un degré élevé de participation de la population cible à toutes les étapes d'une intervention préventive est d'ailleurs fréquemment cité comme garant de la réussite d'un projet.

Le projet JSR 3 répond adéquatement à ce critère puisque des enfants et jeunes appartenant aux populations ciblées ont été associés lors de l'élaboration du programme. Cette façon de procéder a permis au MESAD de concevoir des interventions adaptées aux besoins des populations visées. En effet, les jeunes ont pu donner leur point de vue, unique, sur les réalités de leur vie et sur ce qui pourrait les encourager à modifier leur comportement (tant au niveau des stratégies et approches employées que du type de message et de matériel, etc.).

De plus, leur participation est au cœur d'une approche dans laquelle les enfants et les jeunes ne sont plus considérés comme de simples bénéficiaires mais bien comme des détenteurs de droits ayant la capacité d'influencer les priorités et les actions entreprises à leur égard et de veiller à ce que leurs préoccupations soient prises en compte.

#### *L'intégration à la vie quotidienne*

L'implantation des programmes préventifs dans les lieux où les populations ciblées vivent, travaillent ou se rencontrent est un des critères évident de réussite.

Le projet JSR 3 fut développé conformément à cette exigence. En effet, les CASE furent implantés dans les quartiers défavorisés où vivent les enfants et jeunes ciblés. De plus, les intervenants et pairs éducateurs sont mobiles et se déplacent sur les lieux de vie et de rencontre des enfants et jeunes ciblés (COM, rue, etc.). Le

programme JSR 3 a donc une assise communautaire puisque leurs installations sont situées dans les zones de vie des populations cibles.

#### *Consolidation des réseaux de soutien*

Lorsque c'est possible, il apparaît fondamental que les programmes de prévention renforcent le soutien naturel que l'on retrouve, notamment, dans la famille.

Dans le cadre du projet JSR 3, il est entendu que cela ne serait réalisable qu'avec les parents (et autres adultes clés) des enfants des quartiers défavorisés. Impliquer ces adultes permettrait d'élargir le champ de la prévention et permettrait également d'établir un climat favorable vis-à-vis du projet lui-même.

#### **Recommandation #20**

**Considérant que les parents des enfants des quartiers défavorisés peuvent devenir des soutiens non négligeables pour leurs enfants (pourvu qu'ils aient eux-mêmes accès à l'information), il est recommandé d'organiser des sessions d'information, d'éducation et de communication (IEC) de base à leur endroit.**

#### *Attrait pour les usagers*

Pour qu'un programme préventif soit efficace, il doit tout d'abord intéresser les populations qu'il cible et cela en leur offrant notamment des moyens de changement et de prise en charge de leurs conditions de vie et de santé qui soient véritablement incitatifs et correspondent étroitement à leurs besoins.

Les activités développées dans le projet JSR 3 combinent diverses stratégies et méthodes d'intervention complémentaires permettant ainsi de répondre aux besoins de toutes les catégories d'enfants et jeunes ciblés : logement, soutien psychoaffectif, prise en charge médicale, insertion pré-professionnelle dans un atelier, etc.

Concernant les formations professionnelles, il serait intéressant de proposer à ces enfants et jeunes un éventail plus large et varié d'offres de formations. En effet, mis à part la formation à l'informatique qui accorde une plus grande place à la création et la créativité, beaucoup de ces formations restent très conformistes. Or, les enfants et jeunes de la rue, en particulier, ont bien souvent fait le choix de refuser la conformité qui leur était promise dans leur milieu d'origine et ont développé dans la rue des capacités non négligeables telles la débrouillardise, l'ingéniosité, le sens de l'initiative et de grandes capacités d'adaptation, pour n'en citer que quelques unes. Il serait donc intéressant de leur fournir les moyens de mettre à profit ces aptitudes à travers des formations qui leur permettrait de s'épanouir. L'initiation au commerce pourrait, en ce sens, être une idée de formation, parmi d'autres, qui répondrait également à leur besoin urgent de trouver une source de revenus.

**Recommandation #21**

**Considérant la grande conformité des formations professionnelles proposées aux enfants et aux jeunes, il est recommandé d'élargir le spectre des offres de formations.**

***M.E.S.A.D.***

Organisme responsable de l'implantation du programme JSR 3.

*Utilisation optimale des ressources existantes*

C'est l'utilisation optimale des ressources existantes qui augmente l'efficacité d'un programme, définie comme une meilleure rationalisation des coûts et des efforts investis.

Différents partenaires (dont le district d'Abidjan, plusieurs centres sociaux de jeunes et le COM) hébergent les CASE du MESAD. Quant aux locaux du centre social de l'association, ils furent gracieusement offerts par MDM, ainsi que la plupart du matériel. Les ressources matérielles dont dispose le MESAD (moyens de communication et de locomotion, matériel d'animation, etc.) correspondent à des besoins réels et paraissent utilisées à bon escient. Le matériel de prévention (affiches, dépliants, etc.) fut développé en partenariat avec des enfants et jeunes et a déjà fait ses preuves lors des deux premières phases du projet. Il sera donc réemployé et amélioré tout au long de la mise en œuvre du programme. Au niveau des ressources humaines, le personnel actuel possède des qualifications adéquates. Quant aux bénévoles, l'association signale une permanence et une stabilité des bénévoles recrutés.

L'association possède également un site Internet. Cependant, tel le préconise la recommandation #8, il serait souhaitable de l'améliorer et d'accroître sa visibilité. Cela pourrait d'ailleurs être effectué dans le cadre des formations aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication, par les enfants et jeunes eux-mêmes sous la supervision d'un membre du personnel du MESAD.

Il existe également un autre moyen pour accroître la visibilité et la crédibilité du projet : l'ONUSIDA a développé une collection intitulée « Meilleures pratiques de l'ONUSIDA » dans laquelle sont décrits différents projets de prévention VIH/Sida jugés efficaces. Il est possible de leur soumettre une proposition destinée à cette collection car de nombreuses catégories de populations sont ciblées, notamment les enfants et jeunes.



**Recommandation #22**

**Considérant que le projet mérite d'être connu, notamment pour son efficacité, et qu'une plus grande visibilité augmenterait ses chances de financement, il est recommandé de soumettre une description du projet JSR à l'ONUSIDA afin qu'il soit incorporé à la prochaine édition du « Récapitulatif des Meilleures Pratiques » en matière de prévention du VIH/Sida.**

*Partenariat*

La collaboration avec différents partenaires, provenant de secteurs variés, est indispensable au sein d'un programme de lutte contre le VIH/Sida. En effet, les demandes de services générées par le programme ne peuvent pas toutes être comblées, il est alors important de faire appel à ses partenaires.

Le MESAD dispose d'un réseau important autour de lui qu'il a établi au cours des années : collectifs d'associations, ONG internationales, différents Ministères, etc. Cependant établir un partenariat ne consiste pas simplement à établir un réseau. Il s'agit de relations dans lesquelles les deux parties partagent un but commun et sont associées à toutes les étapes du processus.

**Recommandation #23**

**Considérant l'apport important des partenaires au sein du projet, il est recommandé d'entretenir ces liens de partenariat en valorisant leur participation (par exemple, les convier à des fêtes lors de la célébration d'un succès, etc.).**

Or, dans le cas du MESAD, il semblerait que tous les partenaires potentiels correspondant aux besoins du projet JSR 3 et pouvant lui apporter des avantages

concrets ne soient pas sollicités. L'association Chigata en est un exemple puisqu'elle se charge de la prise en charge des enfants après le dépistage.

**Recommandation #24**

**Considérant les avantages que peuvent représenter des liens de partenariat avec des associations ou institutions œuvrant dans un domaine complémentaire au projet, il est recommandé de renforcer des liens avec celles-ci (cliniques, pharmacies, etc.), et notamment avec l'association Chigata.**

De la même façon, il pourrait être pertinent d'établir des liens de partenariat avec d'autres associations œuvrant auprès des populations cibles afin d'étendre la portée du projet. En les associant au projet JSR 3, cela permettrait de renforcer l'intensité des actions menées dans la lutte contre le VIH/Sida et donc de toucher plus d'enfants et jeunes.

**Recommandation #25**

**Considérant qu'un plus grand nombre d'acteurs de prévention permettrait de toucher plus d'enfants et de jeunes, il est recommandé d'impliquer dans le projet JSR 3 d'autres associations, ONG ou institutions œuvrant auprès des populations cibles.**

De plus, en sollicitant et associant les districts d'Abidjan et de Yamoussoukro, les conseils généraux de San Pédro et d'Abengourou et l'ensemble des mairies des quatre villes, le MESAD a ainsi favorisé l'implantation du programme sur le terrain, ce qui participera au bon déroulement des activités. L'association a également établi des liens avec les différents Ministères, ce qui lui assure une certaine crédibilité.

De plus, il me semble important de signaler que le directeur exécutif du MESAD, soit Mr Konan Kouassi, a représenté l'association lors des séminaires

organisés par l'UNESCO sur le thème de la prévention du VIH/Sida en faveur des enfants de la rue. Ces rencontres ont permis un échange entre les différents participants provenant de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre et l'élaboration d'un guide méthodologique pour les intervenants œuvrant dans ce domaine (UNESCO et P.A.U.Education, 2005). Ceci me semble être un exemple de partenariat réussi et particulièrement pertinent, d'autant plus que Mr Konan Kouassi était le seul représentant de la Côte d'Ivoire.

### *Les intervenants*

La présence de personnel adéquatement formé, soutenu, rémunéré et supervisé, au sein des programmes de prévention, est largement cité comme un facteur participant à l'atteinte des objectifs. Qu'il s'agisse de personnel professionnel ou non (bénévoles), le défi est le même : développer les connaissances et habiletés nécessaires au déploiement de l'intervention.

D'ailleurs, bien qu'un service de communication s'emploie à créer et améliorer le matériel de prévention, il serait utile d'associer les intervenants à cette tâche afin qu'ils ne soient plus de simples participants aux formations mais qu'ils s'approprient le contenu des messages pour le transmettre à leur façon.

#### **Recommandation #26**

**Considérant qu'il est essentiel que les intervenants s'approprient le message préventif afin de développer leur propre façon d'intervenir, il est recommandé de leur proposer de prendre du temps pour inventer leur propre matériel de prévention VIH (jeux, affiches, sketches, etc.), à partir des connaissances et compétences qu'ils acquièrent lors des formations.**

Il me semble également important de souligner qu'un encadrement adéquat est primordial aux vues des pressions que peuvent subir les intervenants (professionnels ou bénévoles). Leur travail peut, en effet, se révéler extrêmement intense sur le plan émotionnel et des rencontres régulières avec ceux-ci pour discuter des difficultés rencontrées sur le terrain me paraît être un excellent moyen de juguler cela. Le projet répond, en ce sens, à ce critère puisque des rencontres sont prévues toutes les deux semaines entre les directeurs des centres et les intervenants.

La permanence des intervenants est également un gage de réussite car leur présence stable auprès de la population cible favorise l'établissement de liens suivis et renforce la confiance des enfants et jeunes ciblés à leur égard. Or, leur stabilité m'a été confirmée par l'association.

L'ouverture aux aspects contextuels et environnementaux est une autre caractéristique fondamentale faisant référence à la dimension systémique des interventions de prévention. Le milieu de vie des populations ciblées est effectivement à prendre en considération puisque les différentes catégories cibles font face à des réalités différentes. Il serait donc adéquat d'effectuer des formations spécifiques au vécu de ces jeunes : en insistant sur les phases de deuil pour les orphelins, sur les conséquences de la drogue pour les jeunes de la rue, etc.

**Recommandation #27**

**Considérant les différences de vécu des quatre « catégories » d'enfants et jeunes ciblés par le projet, il est recommandé de réaliser des formations spécifiques à leur réalités de vie afin que les intervenants soient mieux préparés à l'intervention sur le terrain.**

En connaissant les besoins, valeurs, croyances et normes qui dominent dans chacune des sous-cultures données (ceci ne concernant pas les enfants et jeunes

orphelins qui ne constituent pas une sous-culture à proprement dite), les intervenants seront à même de développer une sensibilité et un respect à l'égard de la diversité sociale et culturelle. Ceci favorisera certainement le développement d'une relation de confiance entre les cibles et les intervenants. La rédaction d'une charte anti-discrimination, avec la participation des jeunes, pourraient d'ailleurs être réalisée.

**Recommandation #28**

**Considérant que la stigmatisation et la discrimination concourent à l'expansion du VIH/Sida, il est recommandé de rédiger, en impliquant les enfants et jeunes ciblés, des politiques anti-discrimination favorisant ainsi un climat favorable au projet de prévention.**

Enfin, il serait important de s'assurer qu'il y ait des intervenants féminins comme masculins.

**Recommandation #29**

**Considérant qu'il est plus facile de s'identifier à une personne de même sexe et que les jeunes filles aborderont, plus facilement, certains sujets sensibles avec des femmes, il est recommandé de s'assurer que des intervenantes soient recrutées.**

*Les pairs éducateurs*

Le projet JSR 3 intègre l'éducation par les pairs comme stratégie d'intervention, il est donc essentiel que ces pairs éducateurs reçoivent une formation et une supervision adaptées à leur besoins, et qu'ils aient l'occasion d'actualiser leurs connaissances et compétences par une formation continue, tel que cela est prévu dans le programme. Ils nécessitent également un soutien adéquat (recommandation #7). De plus, tel que le

spécifie la recommandation #6, il est très important d'entretenir leur motivation. Toutefois, il est naturel que les pairs éducateurs veuillent quitter le programme au bout d'un certain temps. Il faut donc s'attendre à un certain niveau de renouvellement et le planifier en mettant en place un mécanisme de remplacement pour pouvoir combler rapidement les places vides.

Les pairs éducateurs seront évalués en fonction des résultats obtenus. Cependant, ils pourraient également donner leur point de vue lors des évaluations des agents du projet.

**Recommandation #30**

**Considérant qu'il est essentiel que les pairs éducateurs soient traités en partenaires et qu'ils puissent exprimer leur opinion, il est recommandé de les consulter lors de l'évaluation des performances des formateurs afin qu'ils donnent leur appréciation concernant la formation et le soutien reçus.**

## CONCLUSION

Cette étude a permis d'évaluer les forces et faiblesses du programme « Jeunes en Situation de Risque », développé par le MESAD (Mouvement pour l'Éducation, la Santé et le Développement) en Côte d'Ivoire. En complément à l'évaluation, cette étude a également permis d'approfondir certains aspects de la problématique du VIH/Sida chez les jeunes en situation difficile dans ce pays.

Cette investigation revêt une certaine importance puisque le projet est quasiment paralysé, depuis trois ans, par manque de ressources financières. Or, en validant les acquis positifs du programme et en formulant des recommandations afin de pallier aux lacunes du projet, les objectifs sont d'améliorer le programme, d'accroître sa crédibilité et de démontrer que la pertinence du projet est toujours d'actualité. En effet, cette évaluation m'a permis de conclure à l'existence de preuves solides appuyant la raison d'être du projet : les contaminations au VIH ne diminuent pas, bien au contraire, elles auraient tendance à augmenter et il en est de même pour le nombre de jeunes vivant dans des situations difficiles. Or, d'après les résultats de l'évaluation, il apparaît évident que le MESAD a un rôle à jouer pour remédier à la problématique du VIH/Sida auprès de la population ciblée.

Certes, ce rapport recense plusieurs points nécessitant des améliorations et des renforcements, toutefois l'évaluation réalisée me permet de croire que le programme dispose d'atouts suffisants pour permettre la réalisation du projet de prévention de façon adéquate. Les données disponibles montrent clairement que le projet répond à de nombreuses caractéristiques propres aux programmes jugés efficaces. D'ailleurs, la

première évaluation effectuée, suite de la deuxième phase du projet (JSR 2), avait déjà attesté de la pertinence et de l'efficacité du programme. Un élément clé de cette réussite fut (et sera lors de la prochaine mise en œuvre) le déploiement de stratégies et de méthodes d'intervention multiples et complémentaires touchant non seulement à la prévention des IST/VIH/Sida mais s'attaquant également aux nombreux facteurs de risques inhérents à la vie des jeunes ciblés (pauvreté, discrimination, manque d'éducation et/ou de formation, accès difficile aux soins de santé, etc.). En impliquant les populations cibles à l'élaboration du projet, le MESAD s'est d'ailleurs assuré de l'adéquation du programme à leurs besoins réels, garantissant ainsi au projet un impact favorable. De plus, les nombreux liens de partenariat tissés par l'association permettent de répondre aux divers besoins développés par le programme. En outre, l'association, soucieuse de contribuer à un climat social moins conflictuel, a pensé à véhiculer des messages de pacification, de réconciliation et de paix à l'endroit des jeunes ciblés, ce qui, à mon sens, démontre parfaitement leur capacité d'adaptation au contexte social et politique du pays dans l'intérêt supérieur des jeunes.

Toutefois, je tiens à préciser que la présente évaluation ne constitue qu'une évaluation préliminaire. Elle est donc plus une démarche exploratoire qu'une évaluation scientifique. En effet, la validité de la méthodologie utilisée lors de cette évaluation peut être mise en doute puisque l'observation directe, la rencontre du personnel et des bénéficiaires n'ont pu être réalisées, ce qui constitue la grande lacune de mon évaluation. Ainsi, différents points n'ont pas pu être évalués tel que je l'aurais souhaité : les formations octroyées aux intervenants et pairs éducateurs, le soutien psychologique offert aux jeunes, la pertinence d'intégrer un tradipraticien au programme, etc... De plus, l'impossibilité d'obtenir des données actualisées (tant au



niveau du nombre de jeunes dans chacune des catégories qu'au sujet de la prévalence du VIH) représente une autre limite quant aux données disponibles. La validité et la fidélité des sources d'informations peuvent aussi être remises en cause puisque la présentation du programme m'a été envoyée par le directeur du MESAD. Le programme n'est donc finalement imputable qu'à lui et, dans ce contexte, son point de vue n'est certainement pas externe ou non engagé. Cette évaluation peut également être contestée pour son biais culturel puisque je n'ai aucune connaissance empirique du contexte environnemental. Toutefois, mon extériorité, autant au projet qu'au contexte, m'a permis une plus grande objectivité puisque je me suis lancée dans ce travail sans aucun parti pris et n'ai pas cherché à prouver absolument la pertinence de ce projet. Seules, mes connaissances, mes lectures et ma réflexion m'ont confortée quant à la congruence de ce programme. Je recommande toutefois la réalisation d'une évaluation plus approfondie, sur place.

**Recommandation #31**

**Considérant l'importance d'évaluer l'efficacité du programme lorsqu'il sera mis en œuvre afin d'obtenir une crédibilité, il est recommandé de faire une évaluation exhaustive de ce programme, sur place.**

Par ailleurs, avant d'entreprendre une telle évaluation, il est entendu que le projet aura reçu les fonds nécessaires à sa mise en œuvre et que plusieurs des recommandations énoncées au cours du rapport auront été adoptées et appliquées. Il en est ainsi de celles touchant notamment au recrutement d'intervenantes et au développement d'interventions visant spécifiquement la prise de drogues.

Les recommandations énoncées au cours de l'évaluation sont des pistes fournies au MESAD afin d'améliorer le programme et son évaluation ultérieure. Au

total, j'émet donc trente et une recommandations qui se veulent constructives, d'autant que je n'ai pu que constater l'ouverture, le dynamisme et la collaboration du MESAD. Je ne peux donc qu'espérer, sur les bases de ce qui a déjà été analysé et dans la perspective d'ajustements relativement mineurs, qu'une prochaine évaluation démontrera les effets et les impacts positifs du projet.

Il est à noter que sur la fin de ma rédaction, j'ai appris que le MESAD vient d'obtenir un financement pour le projet JSR 3 mais uniquement destiné aux jeunes détenus... Les autres jeunes sont donc toujours dépourvus d'interventions à leur endroit par manque de moyens financiers.

Je terminerai donc par cette citation :

« La réponse effective [au VIH/Sida] a été de portée limitée et fragmentée et il est honteux de noter qu'elle est loin d'être à la hauteur des mesures qu'il faudrait prendre pour pouvoir enrayer cette tragédie qui pourrait pourtant être évitée. »

Rapport sur la Consultation des leaders africains  
Action urgente pour les enfants au bord de la catastrophe

Johannesburg, Afrique du Sud

9 au 10 septembre 2002

## BIBLIOGRAPHIE

- Amnesty International (2005). *Côte d'Ivoire : arrêtez l'utilisation des enfants soldats*.  
Récupéré de  
<http://web.amnesty.org/library/Index/FRAAFR310032005?open&of=FRA-2F5>,  
en ligne le 05 avril 2006.
- Bechu, N. (1998). The impact of AIDS on the economy of families in Côte d'Ivoire :  
Changes in consumption among AIDS-affected households. Dans M.  
Ainsworth, L. Fransen, & M. Over (Éds), *Confronting AIDS : Evidence from  
the developing world : Selected background papers for the World Bank Policy  
Research Report*. United Kingdom : European Commission and AIDS Analysis  
Africa.
- Blanchet, L. (1993). *La Prévention et la promotion en santé mentale*. Boucherville :  
Gaëtan Morin.
- Blibolo, A. D., Pegatienan, J.H, Abbas, S. & Gbayoro, B. (2002). Santé et bien-être  
des enfants dans le contexte du VIH/SIDA en Afrique : L'exemple des enfants  
en Côte d'Ivoire. Communication présentée au 11<sup>e</sup> colloque « Enfants  
d'aujourd'hui. Diversité des contextes, pluralité des parcours », Dakar, 10-13  
décembre 2002.  
Récupéré de [http://www.aidelf.ined.fr/colloques/Dakar/seance5/t\\_blibolo.pdf](http://www.aidelf.ined.fr/colloques/Dakar/seance5/t_blibolo.pdf),  
en ligne le 14 avril 2006.
- Brooks, R. A. (1997). Evaluation and auditing in state legislatures : Meeting the  
client's needs. Dans E. Chelimsky & W. R. Shadish (Éds), *Evaluation for the  
21st century : A handbook*. Thousand Oaks : SAGE Publications.
- Bureau International Catholique de l'Enfance (2002). *Rapport annuel : Les droits de  
l'enfant menacés*. Genève : Bureau International Catholique de l'Enfance.  
Récupéré de [http://www.bice.org/telechar/finances/300603-RA-  
BICE.FRANCE%202002.pdf](http://www.bice.org/telechar/finances/300603-RA-BICE.FRANCE%202002.pdf), en ligne le 29 mars 2006.
- Diop, M. C. (2002). *Pauvreté, jeunes de la rue et Sida : Les cas d'Abidjan et d'Accra*.  
Paris : Karthala.
- Enfants d'Abidjan (2000). *Rapport sur les activités menées au Centre d'Observation  
des Mineurs*. Saint-Étienne : Association Enfants d'Abidjan.

Family Health International (2001). *Analyse situationnelle des soins et prise en charge du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles en Côte d'Ivoire*. Genève : Family Health International.

Fassinou, P., Elenga, N., Rouet, F., Laguide, R., Kouakoussui, A., Timite, M., Blanche, S. & Msellati, P. (2004). Highly active antiretroviral therapies among HIV-1 infected children in Abidjan. *AIDS*, 18, 1905-1913.

Fernandez, M. P. (2003). *Enfants de la rue, drogues, VIH/Sida : Les réponses de l'éducation préventive*. Paris : UNESCO. Récupéré de <http://www.paueducation.com/unesco/docs/analyse.pdf>, en ligne le 06 février 2006.

Grunseit, A. (1997). Impact of HIV and sexual health education on the sexual behavior of young people : A review update. Genève : UNAIDS.

Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation*. San Francisco : Jossey-Bass.

Haro, S. (2003). *Le Sida en Afrique : Des réponses associatives*. Toulouse : Milan.

Hooper, E. (2000). *The river*. Little, Brown & Compagny.

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (2001). Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes. Paris : INSERM.

Institut National de la Statistique et ORC Macro (2001). Enquête démographique et de santé, Côte d'Ivoire 1998-1999. Calverton : Institut National de la Statistique et ORC Macro.

Koman Adje, G. (2002). Suivi de l'enfant ivoirien en matière juridique et de santé au cours de la décennie 90. Communication présentée au Colloque International de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française. Dakar, 9-13 décembre 2002.

- Marguerat, Y. & Poitou, D. (1994). À l'écoute des enfants de la rue en Afrique noire. Paris : Fayard.
- Microsoft Encarta (2006). Récupéré de [http://fr.ca.encarta.msn.com/fact\\_631504748/C%C3%B4te\\_d%E2%80%99Ivoire\\_\(fiche\\_pays\).html](http://fr.ca.encarta.msn.com/fact_631504748/C%C3%B4te_d%E2%80%99Ivoire_(fiche_pays).html), en ligne le 18 mai 2006.
- Middleton-Lee, S. & Ireland, E. (2004). Effective peer education : Working with children and young people on sexual and reproductive health and HIV/AIDS. Londres : The Save Children Fund.
- Moulin, N. & Pereira, V. (2000). Families, schools and the socialization of Brazilian children: Contemporary dilemmas that create street children. Dans Children of the Streets of the Americas: Globalization, homelessness and education in the United States, Brazil and Cuba. New York : Routledge.
- Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés (2005). Analyse de la situation des orphelins et autres enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA (OEV) en Côte d'Ivoire dans les communes de Abobo, Abengourou, Bondoukou, San-Pédro, Yamoussoukro et Yopougon. Récupéré de <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/oeapfsjgbmmnzqwqkbnhkh7s3t7zrhw25lhn6s7gx132ztl6t7r6dfqi6kiiit7kfbgqvgea4dfyn/RapportOEVCTedIvoire2005.pdf>, en ligne le 21 mai 2006.
- Nadeau, M. A. (1988). L'évaluation de programme : Théorie et pratique. Québec : les Presses de l'Université Laval.
- Nations Unies (2003). La violence contre les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre. Nations Unies. Récupéré de [http://www.violencestudy.org/IMG/doc/L\\_analyse\\_de\\_la\\_situation.doc](http://www.violencestudy.org/IMG/doc/L_analyse_de_la_situation.doc), en ligne le 13 juin 2006.
- Organisation des Nations Unies (2003). World population prospects : The 2002 revision. New York : Organisation des Nations Unies. Récupéré de <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF>, en ligne le 15 avril 2006.
- ONUSIDA (2000). Récapitulatif des meilleures pratiques. Genève : ONUSIDA. Récupéré de <http://www1.worldbank.org/education/adultoutreach/Doc/JC-SummBook1-1-F.pdf>, en ligne le 11 juin 2006.

- ONUSIDA (2001a). Récapitulatif des meilleures pratiques en Afrique. Genève : ONUSIDA. Récupéré de [http://www1.worldbank.org/education/adultoutreach/Doc/JC-SummBook1-2\\_f.pdf](http://www1.worldbank.org/education/adultoutreach/Doc/JC-SummBook1-2_f.pdf), en ligne le 8 mars 2006.
- ONUSIDA (2001b). *Prévention du VIH : Méthodes novatrices*. Genève : ONUSIDA. Récupéré de [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/JC414-InnovAppr\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub05/JC414-InnovAppr_fr.pdf), en ligne le 04 mai 2006.
- ONUSIDA (2006). Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA : Résumé d'orientation. Genève : ONUSIDA. Récupéré de [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006\\_GR-ExecutiveSummary\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-ExecutiveSummary_fr.pdf), en ligne le 3 juin 2006.
- Organisation Mondiale de la Santé (2004). Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes. Genève : OMS. Récupéré de [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/ADH/ISBN\\_92\\_4\\_259257\\_9\\_fr.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_259257_9_fr.pdf), en ligne le 01 mars 2006.
- Pégatiéan, J. H. & Blibolo, A. (2002). Impact socio-économique à long terme du VIH/Sida sur les enfants et les politiques de réponse : Le cas de la Côte d'Ivoire. Abidjan : UNICEF. Récupéré de [http://www.unicef.org/evaldatabase/files/2002\\_Senegal\\_AIDS\\_rec\\_347660.pdf](http://www.unicef.org/evaldatabase/files/2002_Senegal_AIDS_rec_347660.pdf), en ligne le 29 avril 2006.
- Price, R., Cowen, E., Lorion, R. & Ramos-McKay, J. (1988). *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington : American Psychological Association.
- Rivard, J. (2004). Des pratiques autour des jeunes/enfants des rues. *Nouvelles pratiques sociales*, 17, 126-148. Récupéré de <http://www.erudit.org/revue/nps/2004/v17/n1/010578ar.pdf>, en ligne le 11 février 2006.
- Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education (2006). La contribution de l'éducation non formelle à la prévention du VIH/SIDA : Étude de cas et inventaire des ONG. Abidjan : Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Éducation - Coordination Nationale Côte d'Ivoire. Récupéré de [http://www.rocare.org/ENF\\_CI.pdf](http://www.rocare.org/ENF_CI.pdf), en ligne le 09 février 2006.

Ruland, C. A., Finger, W., Williamson, N., Tahir, S., Savariaud, S., Schweitzer, A. M. & Shears, K. H. (2005). Adolescents: Orphaned and vulnerable in the time of HIV/AIDS. Arlington : Family Health International & YouthNet. Récupéré de [http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ewps7bhbybdcrne4m3sfxvwrj5715nflni2w2jfy\\_sko3pkgisuksmumfee3rsngidgn5vuoh6hsl3d/YI6.pdf](http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ewps7bhbybdcrne4m3sfxvwrj5715nflni2w2jfy_sko3pkgisuksmumfee3rsngidgn5vuoh6hsl3d/YI6.pdf), en ligne le 21 mars 2006.

Salmon, L. (1997). *Les enfants de la rue à Abidjan*. Paris : L'Harmattan.

Schlemmer, B. (1997). L'enfant exploité : Oppression, mise au travail, prolétarisation. Paris : Karthala-Orstom.

Smart, R. (2003). Politiques pour les orphelins et enfants vulnérables : un cadre pour progresser. Washington : Policy. Récupéré de [http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/OVC\\_PoliciesFr.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/OVC_PoliciesFr.pdf), en ligne le 10 avril 2006.

Stichick, T. & Bruderlein, C. (2001). Children facing insecurity : New strategy of survival in a global area. Document d'orientation préparé pour le compte du ministère canadien des affaires étrangères et du commerce international, Harvard Program on Humanitarian Policy and Conflict research.

Talnan, E., Anoh, A. & Zanou, B. (2003). Inégalités sociales et comportements sexuels à risque chez les jeunes en milieu urbain ivoirien. *African Population Studies*, 19, 61-80. Récupéré de [http://www-aidelf.ined.fr/colloques/seance5/t\\_talnan.pdf](http://www-aidelf.ined.fr/colloques/seance5/t_talnan.pdf), en ligne le 16 mai 2006.

UNAIDS (2005). AIDS : Épidemic update. Genève : UNAIDS/WHO. Récupéré de [http://www.who.int/hiv/facts/en/epiupdate\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/facts/en/epiupdate_en.pdf), en ligne le 14 février 2006.

UNAIDS & UNESCO (2001). HIV/AIDS and human rights : Young People in Action. Récupéré de <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001264/126403e.pdf>, en ligne le 18 février 2006.

UNESCO (2002). Rapport mondial de suivi sur l'EPT : Éducation pour tous. Paris : UNESCO.

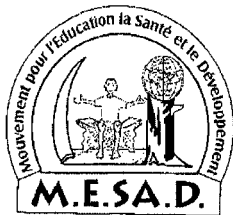
- UNESCO & P.A.U.Education (2005). Les enfants de la rue et le VIH/sida : Guide méthodologique pour les intervenants. Barcelone : P.A.U. Education et UNESCO. Récupéré de <http://www.paueducation.com/aids/fr/pdf/gMethodologique.pdf>, en ligne le 23 mars 2006.
- UNESCO & ONUSIDA (2003). Sida et théâtre : L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. Paris : Bureau Régional pour l'éducation en Afrique. Récupéré de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001324/132444f.pdf>, en ligne le 01 mars 2006.
- UNICEF (2002). Les jeunes et le VIH/Sida : Une solution à la crise. New York : UNICEF. Récupéré de [http://data.unaids.org/Topics/Young-People/YoungpeopleHIVAIDS\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/Topics/Young-People/YoungpeopleHIVAIDS_fr.pdf), en ligne le 25 février 2006.
- UNICEF, UNAIDS & WHO (2002). Young people and HIV/AIDS: Opportunity in crisis. New York : UNICEF. Récupéré de [http://www.unicef.org/publications/pub\\_youngpeople\\_hiv aids\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/pub_youngpeople_hiv aids_en.pdf), en ligne le 26 mai 2006.
- Valerio, A. & Bundy, D. (2004). Education and HIV/AIDS: A sourcebook of HIV/AIDS prevention programs. Washington : The World Bank. Récupéré de <http://www.ibe.unesco.org/AIDS/doc/World%20Bank%20Sourcebook.pdf>, en ligne le 21 février 2006.
- Vélis, J. P. (1993). *Fleurs de poussière, enfants de la rue en Afrique*. Paris : UNESCO.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation : Methods for studying programs and policies*. Upper Saddle River : Prentice-Hall.
- Wholey, J. S. (2003). Improving performance and accountability: Responding to emerging management challenges. Dans I. Stewart & M. Scriven (Éds), *Evaluating Social Programs and Problems*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.



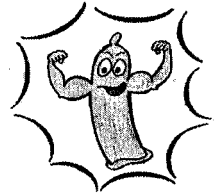
**ANNEXES**

**ANNEXE A**

**Document présentant le programme « Jeunes en situation de risques » 3, tel que  
transmis par le MESAD**



**Mouvement pour l'Éducation, la Santé et le Développement**  
18 BP 3065 Abidjan 18, Tél. : 21-35-16-61 / 05-75-36-57  
Email : mesad\_ci@yahoo.fr



**JSR**

**PROJET**

***JEUNES EN SITUATION DE RISQUE***

**JSR 3**

Période d'exécution prévue  
1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2007

Dossier réalisé en Novembre 2003

## RESUME DU PROJET

**Titre:** **Projet « Jeunes en Situation de Risque »**

**Localisation:** **Pays:** Côte d'Ivoire **Villes:** Abidjan, Abengourou, San-Pédro et Yamoussoukro

**Nom de l'organisation:** Mouvement pour l'Education, la Santé et le Développement  
**(M.E.S.A.D)**

**Adresses du siège:** ABIDJAN-TREICHVILLE, quartier Belleville, avenue 23 rue 44  
18 BP 3065 Abidjan 18, Tél. : (225) 21. 35. 16. 61 / (225) 21-25-45-75 Cel : (225) 05-75-36-57 Email : mesad\_ci@yahoo.fr, Fax: (225) 21.35.16.63 / Site Web :  
medecinsdumonde.org/mesad/

**Responsable du projet:** KONAN KOUASSI (Président du MESAD) Tél. (225) 05. 00. 52. 82

**Objectif du projet:**

Renforcer les actions de prévention des IST/VIH/SIDA et la prise en charge psychosociale au profit des enfants et jeunes vulnérables.

**Population cible:**

35 000 enfants et jeunes en situation de risque dont 15 000 bénéficiaires directs et 20 000 bénéficiaires indirects.

**Stratégies:**

IEC et CCC en matière d' IST/VIH/SIDA  
Prise en charge médicale des IST  
Soutien social et éducatif  
Renforcement des capacités des intervenants et des acteurs locaux du projet  
Mobilisation sociale

**Résultats attendus**

L'amélioration des conditions de vie et la réduction de la vulnérabilité des OEV.  
L'accroissement des connaissances en matière d'IST/VIH-SIDA  
La réduction des attitudes, des pratiques et des comportements à risque.  
Le renforcement des relais locaux (associations et clubs de jeunes).  
L'implication des autorités politiques, administratives et communautaires

**Durée prévue:** 2 ans

**Coût Total du Projet :** 192 870 303 FCFA

**Contribution Locale : 42 064 000 FCFA**

**Financement Total Sollicité : 150 806 303 FCFA**

## DESCRIPTION DU PROJET

### 1. CONTEXTE

La situation du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire est devenue un problème majeur de santé publique à l'instar de nombreux pays du monde. La prévalence nationale en 2000, se situe autour de 10% et variable suivant les différentes zones du pays (entre 6 et 8 % en zone rurale et entre 8 et 14 % en zone urbaine). Le principal mode de contamination est sexuel (85%). Les IST constituent un cofacteur important de l'infection à VIH. Elles touchent près de 25 % de la population sexuellement active.

D'une superficie de 332 460 km<sup>2</sup> pour une population estimée en 1998 à 15,8 millions d'habitants, la Côte d'Ivoire est le pays le plus affecté en Afrique de l'Ouest. Elle comptait en 2 000, plus d'1 million de séropositifs avec plus de 80 000 décès identifiés.

En effet, l'ONU SIDA estime qu'en Côte d'Ivoire, seulement 1 cas de Sida sur 17 est notifié.

Les prévisions à l'horizon n'incitent guère à l'optimisme. Selon les estimations, près de 15 % de la population pourraient être infectés d'ici l'an 2005.

Les jeunes sont les plus touchés par le virus du SIDA. Ceux par exemple de 15 à 24 ans représentaient environ 18% de la totalité des cas notifiés. On dénombre plus de 600 000 orphelins du SIDA en 2002, en majorité victimes de rejet et de discrimination sociale.

Les prises en charge cliniques et sociales des personnes vivant avec le VIH restent limitées.

Par ailleurs, aucun véritable programme de soutien aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) n'est organisé. Les seules initiatives sont le fait de quelques rares ONG et services sociaux aux moyens très insuffisants

#### ABIDJAN

La population d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire, est estimée à plus de 3,5 millions d'habitants. Son taux de croissance annuelle est plus de 10%, soit 350 000 habitants de plus chaque année. Cette population est composée de 70% de jeunes de moins de 35 ans. Le taux de séropositivité était d'environ 12% en 2000.

Le poids démographique sans cesse galopant, est en inadéquation avec le peu d'opportunités sociales offertes par les pouvoirs publiques.

Les troubles sociopolitiques survenus après le Coup d'Etat du 24 décembre 1999 et la situation de guerre que vit le pays depuis le 19 septembre 2002, ont aggravé le contexte social et économique de la ville, naguère précaire ( croissance de la pauvreté, insécurité grandissante, surpopulation brusque de la ville... )

De septembre 2002 à mars 2003, Abidjan a accueilli plus de 1 500 000 déplacés de guerre, venus des zones sous occupation rebelle.

Les spécialistes reconnaissent que les crises de ce genre, ne sont pas sans gravité sur l'expansion des IST/VIH-SIDA au sein des populations.

L'impact de cette crise sur les enfants et les jeunes est assez grave.

En effet, le surcoût financier dans les ménages, la perte d'emploi des parents, le surpeuplement des foyers familiaux, le déplacement des populations, ont accru les déséquilibres parents-enfants, ayant pour corollaire la déscolarisation, la présence accentuée dans les rues, la prostitution, les abus sexuels, la délinquance, la détérioration des normes et vertus sociales.

Selon l'UNICEF, Abidjan, comptait en 1999 plus de 35 000 enfants vivant ou travaillant dans la rue et dont l'âge moyen tourne autour de 14 ans. Selon une étude sociologique réalisée en 1991 par l'Institut d'ethnosociologie de l'Université nationale de Côte d'Ivoire, les jeunes filles représentent au moins 12% de l'effectif des enfants en difficulté.

Victimes de la pauvreté urbaine et des dislocations familiales (divorces, décès), ces enfants et jeunes exercent dans la rue des activités de survie qui les retiennent hors du domicile familial et donc loin du regard des parents. Ils sont pour la plupart des vendeurs de petits objets, cireurs de chaussures, porteurs de bagages, gardiens de parking, chargeurs de taxi ou de car, mendiants etc. Soumis à la rigueur et aux vices du milieu, certains vont s'astreindre au vol, à la prostitution ou à la consommation des stupéfiants (dérivés pétroliers, cannabis, chanvre indien, crack, alcool etc).

Les activités menées par Médecins du monde depuis 1996 dans le cadre de son programme " Enfants des rues ", ont permis de constater que ces jeunes sont en grand nombre analphabètes ou déscolarisés précocement au niveau du cycle primaire (49% selon l'enquête effectuée en 1999 par Médecins du Monde et l'ONG américaine FHI).

*[Les écoutes réalisées auprès de ces enfants, révèlent que près de 3/5 de ceux-ci sont orphelins d'au moins un parent, sinon des deux, d'âges inférieurs à 45 ans. Souvent le délai entre les deux décès n'excède pas trois (3) ans. Le SIDA y serait pour quelque chose certainement vu qu'il constitue ces dernières années en Côte d'Ivoire la première cause de mortalité des adultes jeunes.]*

Bien souvent, ils sont confrontés aux problèmes d'insécurité et de violence aux abords des voies. La survie par tous les moyens, y compris le vol et les autres délits, les met en conflit perpétuel avec les forces de sécurité publique et de justice. Ainsi, ils sont constamment gardés à vue dans les commissariats de police avant d'être conduits à la prison d'Abidjan au Centre d'Observation des Mineurs (COM) dans des conditions précaires, souvent pour des délits mineurs.

Les actions menées antérieurement par Médecins du monde et le MESAD ont contribué à la baisse de l'effectif des mineurs délinquants au COM. On est passé de 1 000 à 500 enfants en moyenne par an, en espace de trois ans. Malgré cela, le flux migratoire des enfants issus en général des milieux défavorisés vers la prison d'Abidjan, reste important.

Au plan sanitaire, très peu de structures sont accessibles à ces jeunes eu égard à leurs situations sociales et économiques très précaires. Le recours à l'automédication et aux médicaments exposés aux abords des rues pour tenter de soigner les IST (infections sexuellement transmissibles) sont d'une pratique courante.

Par ailleurs, en ce qui concerne les risques d'infection aux IST/VIH/SIDA, l'enquête réalisée en 1999 par Médecins du monde et FHI sur 313 jeunes de et dans la rue âgés de 15 à 18 ans, révèle que 57% de ces jeunes sont sexuellement actifs et ont eu en moyenne trois(3) partenaires différents durant les 12 derniers mois, 80% des

sexuellement actifs n'utilisent pas systématiquement le préservatif, 24% ont contracté une IST au cours des 12 derniers mois. 15% des filles n'ont connaissance d'aucune méthode pour se préserver des IST/VIH/SIDA.

Les jeunes de la prison d'Abidjan sont détenus au COM. L'oisiveté et la faim les conduisent chaque jour dans le bâtiment des adultes pour des relations sexuelles à haut risque en échange de bols de riz ou de tout autre bien ; ce qui parfois les expose au viol (enquête Hôpe World Wilde sur la prison d'Abidjan).

En outre, 30% des détenus de cette prison sont séropositifs (enquête Institut Pasteur d'Abidjan entre 1986 et 1996).

En résumé, la vie dans la rue, la privation de liberté, l'oisiveté, la dépendance économique, la faim, le manque d'éducation, d'information, de formation, le rejet et la marginalité, accroissent la vulnérabilité des enfants et des jeunes par rapport aux IST/VIH-SIDA.

Aujourd'hui, il est d'une évidence inéluctable que la jeunesse et le genre féminin, eu égard à leur vulnérabilité naturelle, demeurent les principales cibles du désastre causé par le VIH en Côte d'Ivoire. Le nombre d'enfants orphelins dans la rue par le fait du SIDA s'accroît chaque année.

En outre, l'on constate que les efforts entrepris par divers acteurs dans le cadre de la sensibilisation, ont donné très peu de résultats satisfaisants.

En effet, ces politiques prenant très peu en compte la particularité des différentes cibles, avaient moins de chance d'aboutir à des résultats mieux que ceux enregistrés actuellement.

Pour sa part, le **Projet "Jeune en situation de risque"**, de par les résultats obtenus depuis 1999, a démontré sa pertinence dans la lutte contre les IST/VIH-SIDA au profit des enfants et jeunes en grande précarité. Il a permis de renforcer leur niveau de connaissance et contribué à la réduction des comportements à haut risque.

Plus que simplement bénéficiaires de ce projet, ils sont devenus de plus en plus de véritables acteurs dans la lutte contre la pandémie, grâce aux stratégies développées à leur profit durant les cinq (5) dernières années.

Première victime du VIH/SIDA les jeunes ciblés par le projet **"Jeune en situation de risque"** ont démontré leur capacité à agir efficacement contre la pandémie ; d'où l'intérêt aujourd'hui de consolider les actions déjà menées à Abidjan et de les vulgariser dans d'autres régions à haut risque du pays.

La situation des enfants et des jeunes en difficulté décrite à Abidjan, présente à peu près les mêmes clichés à l'intérieur de toutes les grandes villes de la Côte d'Ivoire, notamment à San Pédro, à Abengourou et à Yamoussoukro.

### **SAN PEDRO**

Estimée à 644 805 habitants pour une superficie de 26 283 km<sup>2</sup> (1998), la croissance démographique de la région est généralement attribuée à l'immigration favorisée par l'implantation du deuxième port de la Côte d'Ivoire et de plusieurs unités agro-industrielles.



L'agriculture (café, cacao, palmier à huile, hévéa, banane), la pêche et l'exploitation du bois y sont très développées. Le tourisme et une diversité d'activités économiques (transport, commerce, activités portuaires, restauration, hôtellerie, secteur informel etc.) connaissent également un essor impressionnant.

Jadis un petit village lacustre, San Pédro est devenu depuis les années 70 une ville "champion" dans le Sud-ouest, à cause de son port. C'est une zone à forte immigration dans la région du Bas Sassandra.

Le Département de San-pédro a une population très hétérogène et diversifiée (Dr Cheikh I. Niang et Dr Y. Sawadogo 2002). C'est une population à majorité urbaine (52,4%) et très dense (58 habitants au km<sup>2</sup>).

Région frontalière du Libéria, le contexte socio-démographique s'est davantage dégradé avec les différents conflits armés survenus au Libéria à partir de 1989.

En novembre 2002, ce sont les populations victimes du conflit armé dans le grand Ouest de la Côte d'Ivoire qui se sont réfugiées dans la ville de San Pédro, en accentuant l'insécurité, naguère très complexe dans la région.

Cette croissance incontrôlée a accentué les inégalités et les marginalités sociales (émigrés sans qualification professionnelle, analphabètes, prostituées ou travailleuses de sexe, chômeurs, enfants et jeunes en situation difficile etc.)

Au plan socio sanitaire, San Pédro offre un spectacle aussi bien désolant à travers, d'une part l'insuffisance de ses infrastructures sanitaires et de leur sous équipement ; et d'autre part l'insalubrité des lieux d'habitation dont BARDOT, présenté comme le plus grand bidonville de l'Afrique de l'ouest avec ses 19 quartiers précaires abritant des populations de vie très modeste.

Victimes de tout ce mal de la société urbaine, les enfants et les jeunes sont laissés pour compte dans la rue et dans les quartiers précaires, soumis aux difficultés d'insertion sociale et au risque de contamination de divers types de maladies telles que les IST et le VIH-SIDA.

Depuis le début de l'épidémie du SIDA, plusieurs travaux ont mis en évidence en Afrique que tout ce contexte décrit plus haut, constitue un facteur très déterminant en matière d'infection et de propagation des IST/VIH-SIDA.

San Pédro présente un taux de séoprévalence de 9,1% contre 10% au plan national (PNLS, 2000). La politique de prise en charge des séropositifs est aussi défailante comme sur l'ensemble du pays. D'où un nombre important de décès et d'orphelins du Sida enregistrés conséquemment à ce taux élevé de la prévalence.

On y trouve cependant quelques initiatives de lutte contre ce fléau (prévention, conseil et dépistage, soutien psychologique et social), organisées par des ONG locales dont les marges de manœuvre demeurent encore limitées.

Une étude récente (2002), réalisée à San Pédro par le Docteur Cheikh Ibrahima NIANG (Université Cheikh Anta Diop de Dakar) et le Docteur Youssouf Sawadogo (FHI Abidjan), met en évidence une forte tendance de la population générale à adopter des pratiques sexuelles à risque, notamment le multi partenariat et le rejet du préservatif.

## **ABENGOUROU**

Chef lieu de la Région du Moyen Comoé, Abengourou couvre dans la partie Est de la Côte d'Ivoire, une superficie de 6 958 Km<sup>2</sup> pour une population totale de 298 566 habitants. La population est composée de 48% de femmes et de plus de 60% de jeunes de moins de 35ans. C'est une zone de grande production agricole (cacao, café, banane, riz etc.)

L'activité agricole est la principale source de richesse dans la région. Elle provoque par conséquent un flux important de jeunes ouvriers immigrés.

Zone frontalière du Ghana, la région abrite également une forte colonie de femmes ghanéennes, en majorité travailleuses de sexe, mobiles dans tous les villages.

Abengourou constitue la ville la plus importante de tout le grand Est du pays, et est désigné au plan traditionnel le Royaume de l'Indénié, avec une institution royale encore en fonction.

L'environnement sociodémographique s'est aggravé avec les récents conflits armés qui se sont déroulés au Nord-est du pays, et qui ont occasionné une masse importante de populations déplacées à Abengourou.

Au plan socioéconomique, la baisse des coûts des principales productions agricoles (café et cacao) depuis près de deux décennies, a plongé la population dans une extrême pauvreté. Du coup, les profits au niveau des autres secteurs économiques ont aussi baissé.

Au niveau de la formation des enfants et jeunes, les échecs scolaires sont considérables. Les statistiques de 1998 montrent que seuls 30% des garçons et 21 % des filles inscrits au cycle primaire atteignent le secondaire. Moins de 5% des filles arrivent en classe de terminale. La pauvreté, les mariages précoces et les grossesses prématurées en sont les principales causes.

Les jeunes déscolarisés ou analphabètes sont abandonnés dans les plantations agricoles. D'autres sont dans la rue ou aux abords des marchés à la recherche de profits matériels et financiers pour survivre, en prenant tous les risques.

Au plan sanitaire, bien que quelques structures officielles existent, très peu d'habitants y ont recours par faute de moyens financiers et surtout parce que les populations restent très attachées encore à la médecine traditionnelle exercée par de nombreuses féticheuses de la région.

Les programmes d'éducation sanitaire ne sont pas suffisamment implantés et renforcés pour produire des changements de comportement au niveau de la population, face au ravage causé par le VIH-SIDA.

Les seules initiatives significatives sont le fait de deux maternités et du PMI d'Abengourou, qui ciblent essentiellement les femmes enceintes, concernant les activités de conseil et dépistage volontaire (CDV) et la prévention de la transmission mère enfant (PTME).

La combinaison de tous ces faits explique que le Chef-lieu de Région d'Abengourou est aujourd'hui classé en tête au niveau de la prévalence du VIH (12 % source PNLIS, 2000). Les dernières estimations en 2002, avoisineraient le taux de 14%, par rapport au taux national de 10%. La prise en charge des personnes infectées et des enfants orphelins, reste de toute évidence un problème majeur, comme partout en Côte d'Ivoire.

Les mouvements associatifs sont très implantés, surtout dans les milieux des jeunes au niveau desquels l'épidémie du SIDA sévit le plus. Cependant ils sont très peu structurés et sans outils, pour s'organiser efficacement contre le fléau des IST/VIH-SIDA.

On peut noter par ailleurs, une grande influence de l'autorité traditionnelle royale sur la population, mais pas encore suffisamment exploitée pour combattre le SIDA.

## **YAMOOUSSOUKRO**

Capitale politique de la Côte d'Ivoire au début des années 80, Yamoussoukro est une ville située dans la zone centrale du pays. Au plan du découpage administratif, elle constitue un District autonome et est aussi le Chef-lieu de la Région des lacs, avec une superficie de 8 798 km<sup>2</sup> pour une population générale de 365 522 habitants (1998). De cette agglomération, les femmes et les jeunes de moins de 35 ans représentent respectivement 50,2% et 65%.

Situé sur l'axe Abidjan Bouaké, Yamoussoukro est distant de la capitale économique Abidjan de 266 Km et de Bouaké de 111 km.

Au plan infrastructurel, Yamoussoukro a l'allure d'une ville très moderne, avec ses larges voies bitumées, ses grands hôtels, ses prestigieux édifices administratifs et religieux, ses lycées de référence et ses écoles supérieures internationales.

Le tourisme y est également très développé et attire chaque année plusieurs milliers de visiteurs nationaux et internationaux.

Jadis une zone rurale, le petit village du défunt Président Félix Houphouët Boigny, s'est modernisé à partir des années 70, sans tenir compte véritablement des réalités socioéconomiques de la population locale.

Cette modernisation rapide a plutôt attiré les populations d'ailleurs sans pour autant favoriser les conditions d'une meilleure insertion socio-économique. Le secteur industriel à Yamoussoukro est presque inaperçu, au grand dam des populations. Les activités principales dans la ville sont plus administratives et touchent peu la population générale, particulièrement la jeunesse victime de l'analphabétisme, de la déscolarisation et du manque de formation professionnelle adéquate.

Le profil d'exceptionnalité et de sélectivité rigoureuse de nombreuses écoles de la ville, favorise les échecs scolaires accentués par la pauvreté. En effet, seulement 13%

des filles et 18% des garçons inscrits au primaire franchissent le cycle secondaire (1998).

L'emplacement stratégique de la ville sur l'axe routier international qui part d'Abidjan en traversant toute la Côte d'Ivoire jusqu'au pays limitrophes (Burkina Faso, Mali, Niger), fait d'elle une zone charnière au niveau du transport interdépartemental et international. Sa principale gare routière est à longueur des journées (jour et nuit) bondée de monde (voyageurs, commerçants, routiers, chargeurs de gare, "débrouillards" etc.)

L'affluence à ce lieu a occasionné l'implantation d'une diversité d'activités économiques telles que le transport urbain (taxi, mini bus), la restauration, les débits de boisson, la prostitution, la drogue etc.

Victimes de toutes ces incommodités sociodémographiques et économiques, les enfants et les jeunes sont confrontés à la rigueur de la vie. Les rues, les gares, les abords des restaurants bars, des hôtels et des marchés sont pris d'assaut par eux, s'exposant à tous les dangers (drogue, activités sexuelles risquées, viol, violence, délinquance).

Ces incommodités sociodémographiques sont devenues plus complexes avec l'avènement du conflit armé depuis le 19 septembre 2002. Du fait de sa proximité (111 Km) avec la région de Bouaké occupée par les rebelles depuis cette date, Yamoussoukro a démesurément connu une affluence de plusieurs centaines de milliers de personnes déplacées, arrivant des localités du Centre et du Nord du pays.

Au plan sanitaire, la ville est entourée de plusieurs quartiers précaires insalubres. Malgré un taux de séroprévalence en VIH de 8,3% (PNLS, 2000), la riposte contre ce fléau ne semble pas encore très structurée et organisée, en dehors de quelques initiatives isolées ou sporadiques.

On signale tout de même dans la région, plusieurs structures sanitaires dont un Centre Hospitalier Régional, 2 Hôpitaux Généraux, 1 PMI, 13 maternités et 31 dispensaires.

Face à tous ces constats, pour espérer palier au pire, Yamoussoukro mérite qu'une politique sérieuse soit menée en matière de lutte contre les IST/VIH-SIDA.

En conclusion, le VIH/SIDA constituant aujourd'hui la première cause de mortalité en Côte d'Ivoire, présentent une grave menace socio-économique pour le pays qui depuis près d'une décennie est confronté à diverses crises d'ordre à la fois économique, politique et sociale.

Aujourd'hui, il est d'une évidence inéluctable que la jeunesse et le genre féminin, eu égard à leur vulnérabilité naturelle, demeurent les principales cibles du désastre causé par le VIH en Côte d'Ivoire.

En outre, l'on constate que les efforts entrepris par divers acteurs dans le cadre de la sensibilisation, ont donné très peu de résultats satisfaisants.

En effet, vu que les particularités des différentes cibles étaient très peu prises en compte par les programmes, les chances d'aboutir à des résultats mieux que ceux enregistrés actuellement sont compromises.

Pour sa part, le **Projet "Jeune en situation de risque"**, de par les résultats obtenus depuis 1999, a démontré sa pertinence dans la lutte contre les IST/VIH-SIDA surtout dans le milieu des enfants et jeunes en grande précarité.

Plus que simplement bénéficiaires de ce projet, ils sont devenus de plus en plus de véritables acteurs dans la lutte contre la pandémie, grâce aux stratégies développées à leur profit durant les quatre (4) dernières années.

Première victime du VIH/SIDA les jeunes ciblés par le projet **"Jeune en situation de risque"** ont démontré leur capacité à agir efficacement contre la pandémie ; d'où l'intérêt aujourd'hui de renforcer les actions déjà menées à Abidjan et de les disséminer dans d'autres grandes villes de l'intérieur notamment Abengourou, San-pédro et Yamoussoukro.

Ces régions sont devenues de grandes zones à risque, en présentant des besoins énormes en matière d'éducation sanitaire et de développement social.

## 2. JUSTIFICATION

Outre l'intérêt général de contribuer à la réduction du taux de séroprévalence (VIH) en Côte d'Ivoire, cinq (5) autres principales raisons motivent l'actuel projet :

- la vulnérabilité évidente de la population cible
- les insuffisances des actions de prévention jusque là réalisées au profit de cette population cible du projet
- les acquis réalisés depuis 1999 par le projet « Jeunes en situation de risque » en faveur de cette population
- les capacités du M.E.S.A.D. , maître d'œuvre du projet
- la nécessité du renforcement des acquis et de la dissémination des actions ayant démontré leur efficacité

### a. L'évidence de la vulnérabilité de la population cible

La population cible du projet est essentiellement composée des jeunes filles et garçons, âgés de 10 à 25 ans et vivant dans des conditions extrêmement difficiles (insalubrité, promiscuité, insécurité, aucune assistance sanitaire etc.).

La vie des enfants de/dans la rue, des mineurs détenus, des enfants et jeunes des quartiers défavorisés, et de ceux orphelins du SIDA à Abidjan, revêt une extrême précarité notoire.

En effet, la vie dans la rue, la privation de liberté, l'oisiveté, la dépendance économique, la faim, le manque d'instruction (éducation, formation) et d'information, le rejet social, la marginalité etc. occasionnent chez ces enfants et jeunes des situations inconfortables caractérisées par les vices, les tentations et le manque de lucidité dans l'appréciation d'une vie saine.

Ils sont en majorité très peu conscients des risques encourus. Ce qui explique entre autres leur sexualité précoce et non protégée, leur tendance à la prostitution et surtout leur exposition aux exploitations et abus sexuels (viol, pédophilie).

Rappelons qu'en 2002, environ 18% de la totalité des cas notifiés en matière de VIH, concernaient les jeunes de 15 à 24 ans ; et que le pays comptait plus de 600 000 orphelins du SIDA, victimes pour la plupart de rejet et de discrimination.

L'enquête CAP (Connaissance Aptitude Pratique) entreprise au démarrage du projet « **Jeune en situation de risque** » en 1999 et les actions déjà menées sur le terrain, ont instruit les responsables et les acteurs du projet, du grand niveau de vulnérabilité de la cible et de la nécessité d'agir.

#### **b. Les insuffisances des actions de prévention réalisées au profit de cette population cible du projet**

Presque la totalité des projets de prévention en matière d'IST/VIH-SIDA développés en Côte d'Ivoire en général, et en particulier à Abidjan n'ont concerné que le milieu scolaire, les milieux professionnels, les secteurs corporatifs etc.

Mais très peu ont ciblé réellement les jeunes qui quotidiennement sont victimes du rejet social et dont la précarité accentuée de leur vie aggrave les risques de se faire contaminer par le VIH.

En effet les jeunes ciblés par le présent projet ont été moins touchés ou moins pris en compte par les activités de sensibilisation sur les IST/VIH-SIDA développées habituellement par les différents projets réalisés à ce jour. Mais, même quand ils l'ont été, l'action n'était pas permanente et ne prenait pas en compte leurs spécificités.

Par ailleurs, en dehors du Plan national UNICEF, aucun véritable programme national de soutien aux orphelins du SIDA et enfants vulnérables (OEV) n'est organisé.

Initié en 1999, le projet de prévention des IST/VIH-SIDA intitulé « **Jeunes en situation de risque** » a débuté par une enquête CAP et a permis de mieux circonscrire ses stratégies en faveur des enfants et jeunes en difficulté. Depuis lors ce projet est présenté comme l'une des rares actions réussies en matière de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire au profit de cette population, eu égard à sa constance et aux résultats enregistrés de 1999 à 2003.

Le projet continuera d'associer les bénéficiaires à la mise en place de stratégies efficaces en se basant sur leurs spécificités.

***Une attention particulière sera accordée à toutes initiatives en faveur de la jeune fille.***

***Les quartiers précaires et pauvres bénéficieront d'une attention particulière du projet.***

**c. Les acquis réalisés depuis 1999 par le projet « Jeunes en situation de risque » en faveur de cette population**

Réalisé avec le soutien de l'ONG américaine FHI en partenariat avec l'USAID, depuis le **15 octobre 1999** jusqu'au **30 juin 2003**, le projet « Jeunes en situation de risque » de prévention des IST/VIH-SIDA dans le milieu des jeunes en détention, des enfants de la rue et des jeunes des quartiers populaires dans les dix communes d'Abidjan, a enregistré de façon générale des acquis assez significatifs :

- La mise en place de 6 centres d'écoute et d'animation pour les enfants et jeunes, à Abobo, à Yopougon, à Adjamé, à Treichville, à Koumassi et à la prison d'Abidjan.
- L'initiation de nouvelles approches adaptées au public cible telles que l'animation de stands SIDA autour des activités sportives et de loisir organisées par les jeunes ; l'animation des clubs-SIDA d'enfants et des coordinations communales d'associations de jeunes engagés dans la lutte contre le SIDA ; la production de sketches, de poèmes et des dessins pendant les animations ; l'accent sur le soutien social ( appui à la formation professionnelle et scolaire, appui juridique); l'implication des autorités administratives, politiques et communautaires.
- La création des outils de communication (messages et supports) adaptés au public cible
- La création et le renforcement des capacités de 40 clubs-SIDA et d'un réseau de 5 coordinations communales composées de 50 associations d'enfants et de jeunes pour lutter contre les IST/VIH/SIDA
- Le renforcement des capacités de 130 acteurs sociaux, en matière d'IST/VIH/SIDA, d'animation de centres éducatifs, de défense de droits de l'enfant
- L'insertion pré professionnelle de 150 enfants en milieux ouverts et de 500 mineurs en prison, la scolarisation de 86 enfants, l'appui juridique à 376 mineurs en conflit avec la loi, l'appui nutritif à 520 enfants en formation ou détenus, l'accompagnement psychoaffectif à 8 000 enfants dans la rue et dans les centres, l'appui à la réinsertion familiale de 422 enfants, l'assistance sanitaire (vaccination et soins) à 189 enfants etc.

- La formation de 45 formateurs de pairs éducateurs et de 444 pairs éducateurs en IST/VIH/SIDA
- La sensibilisation de 40 000 enfants et jeunes sur les IST/VIH/SIDA, les épidémies de choléra et de fièvre jaune, les problèmes de santé
- Une amélioration des connaissances sur les IST et le Sida (90%) par les cibles
- Constat d'amélioration des comportements grâce à la combinaison des IEC et du soutien psychosocial
- Motivation réelle des jeunes à s'impliquer dans la lutte contre le Sida (52 projets d'animation soit 5 par mois) au cours des 12 derniers mois
- Réduction du rejet des enfants par les familles d'origine
- Amélioration des conditions de vie des enfants et une réduction de leur vulnérabilité
- Implication des autorités administratives, politiques et communautaires
- La disponibilité de matériels d'animation, de communication et de conception au profit de la lutte.

Ces acquis seront renforcés à Abidjan. Quant aux sites d'Abengourou, de San-Pédro et de Yamoussoukro, le projet s'emploiera à disséminer les actions réussies au profit des cibles.

#### **d. Les capacités du M.E.SA.D. , maître d'œuvre du projet**

Le Mouvement pour l'Education la Santé et le Développement (M.E.SA.D.) est une ONG ivoirienne d'aide à l'enfance en difficulté. Il a été créé le 13 Octobre 2001 par des cadres locaux de Médecins du monde (MDM) qui est une association internationale de droit français.

C'est à la faveur d'un programme de resocialisation des enfants de la rue à Abidjan, que l'ONG française a débuté ses actions en 1996.

Dans son processus de désengagement, Médecins du monde (MDM) a le 30 juin 2003 passé officiellement le relais à l'ONG locale constituée, c'est-à-dire le M.E.SAD.

En effet dès la création du Mouvement pour l'Education, la Santé et le Développement (M.E.SA.D.) les responsabilités de la gestion du programme ont été confiées progressivement aux cadres locaux, notamment la phase 2 du projet « jeunes en situation de risque » placée sous l'entière responsabilité du M.E.SA.D.



En héritant des acquis de MDM, le M.E.SA.D. dans son vaste programme de protection de l'enfance, a inscrit dans ses lignes la pérennisation des actions de MDM réalisées de 1996 à 2003 en faveur des enfants en situation difficile à Abidjan.

En terme de capacités d'action, le Mouvement pour l'Education, la Santé et le Développement (M.E.SA.D.) dispose actuellement de :

- une équipe de 12 cadres qualifiés, formés et expérimentés dans la gestion de projets dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la prévention des IST/VIH-SIDA en faveur des enfants et des jeunes.
- une équipe de 20 éducateurs expérimentés et dévoués
- un siège social et un personnel permanent avec des moyens de communication fiables et modernes (Email, boîte postale, téléphone fixe et portable, fax)
- 6 centres d'écoute et d'animation en matière d'IST/VIH-SIDA, d'1 centre d'accueil des enfants de la rue avec refuge de nuit, d'1 foyer d'hébergement des jeunes en formation scolaire ou professionnelle, d'1 centre médical équipé avec un personnel qualifié (1médecin, 2 infirmiers, 2 aides soignantes, 1laborantin)
- un service de mobilisation de ressources
- un service de gestion administrative et comptable, d'un service de communication, et d'un service de formation des intervenants qui contribuent efficacement à la réalisation des projets
- un compte bancaire propre à lui
- 3 petites voitures de liaison, d'1mini-car de 18 places, d'1 moto, de 10 mobylettes, de 5 vélos pour faciliter la mobilité des acteurs sur le terrain
- des matériels d'animation ( 2 grandes sono complètes de 3000 W et 4000 W, 5 petites sono, 5 TV, 5 vidéo, 1projecteur vidéo, 1 projecteur multimédia, 1 camera, 1 appareil photo, 1 groupe électrogène, 2 abris bâche, 500 chaises etc. )
- de matériels informatiques pour le traitement des données et la conservation des documents

Le Mouvement pour l'Education, la Santé et le Développement (M.E.SA.D.) est enfin administré par un Conseil Exécutif National à charge de la politique de l'ONG et par une Direction Exécutive à charge d'exécuter les projets et programmes.

En plus des partenaires locaux, l'ONG bénéficie de l'appui des ONG internationales telles que Médecins du monde (MDM), Family Health International (FHI) et de Save the childrens Suède.

Le MESAD bénéficie en plus de l'appui du Collectif des ONG de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire (COS-CI) et du FORUM des ONG d'aide à l'enfance en difficulté, réseaux dont il est membre.

#### **e- La nécessité du renforcement des acquis et de la dissémination des actions ayant démontré leur efficacité**

Le projet Jeunes en Situation de Risque (JSR) en se préoccupant des enfants et jeunes dont la précarité de la vie représente une vulnérabilité immuable en matière d'IST/VIH-SIDA, a ces cinq (5) dernières années contribué à poser des bases essentielles pour lutter contre ce fléau.

En effet, qu'il s'agisse de l'implication effective des cibles à travers les associations et clubs, ou de la mobilisation des autorités politiques, administratives et communautaires, le MESAD à travers son projet de lutte contre le SIDA, a décidé d'initier et d'entretenir des stratégies durables.

Un autre mérite de ce projet est d'être l'un des rares à ce jour à cibler particulièrement ce groupe pour lequel la vulnérabilité en matière d'IST/VIH-SIDA est incontestable, en posant à leur profit des actions concrètes et durables.

Cependant, ce projet approuvé par les bénéficiaires, connaît depuis le 30 juin 2003, un ralentissement de ces activités, par faute de moyens financiers adéquats.

D'où la nécessité de solliciter le soutien de tous, en favorisant son renforcement à Abidjan et sa vulgarisation à Yamoussoukro, à Abengourou et à San-Pédro, classées parmi les zones les plus touchées par les IST/VIH-SIDA en Côte d'Ivoire.

### **3. LOCALISATION**

#### **Abidjan**

Le projet se réalisera dans les 10 communes de la ville d'Abidjan à partir de 6 centres d'écoute et d'animation installés dans 5 communes et à la prison d'Abidjan.

Ces sites abritent les  $\frac{3}{4}$  des enfants et jeunes dont la précarité de leur situation présentent des risques de vulnérabilité au VIH :

- **Abobo** (Commune d'Abobo)
- **Adjamé** couvrira les communes de (Adjamé, Attécoubé, Cocody)
- **Yopougon** ( Commune de Yopougon)
- **Treichville** couvrira les communes de (Treichville, Plateau)
- **Koumassi** couvrira les communes de (Koumassi, Marcory, Port-Bouet)
- **Centre d'Observation des Mineurs (C.O.M.)** situé à la prison d'Abidjan

**Abengourou** : 1 Centre d'écoute et d'animation

**San-Pédro** : 1 Centre d'écoute et d'animation

**Yamoussoukro** : 1 Centre d'écoute et d'animation

#### 4. BENEFCIAIRES

Le projet touchera 35 000 enfants et jeunes (filles et garçons) de 10 à 25 ans, en circonstance difficile dont **15 000 bénéficiaires directs** :

Les 15 000 bénéficiaires directs sont repartis de la manière suivante :

- **4 000 Enfants de et dans la rue, de 10 à 18 ans**

(Abidjan : 2 500, Abengourou : 200 , San-Pédro 300 ; , Yamoussoukro 1 000: )

**Les enfants de la rue** sont des enfants qui vivent continuellement dans la rue et qui sont en rupture totale ou partielle avec leurs parents. De jour comme de nuit ils vivent dans la rue.

**Quant à ceux dits dans la rue**, ils y viennent le plus souvent dans la journée pour exercer une activité lucrative, puis retournent en famille.

Ils sont pour la plupart issus de milieux pauvres et sont constamment victimes de toutes sortes d'exploitation et exposés à tous les dangers (drogue, violence, prostitution, délinquance, viol etc.)

Les dislocations familiales par séparation ou décès des parents, constituent une des causes majeures de leur absence au foyer familial.

Ils sont en majorité analphabètes ou précocement déscolarisés. Orphelins parfois (3/5 environ), ils sont généralement l'objet de rejet et de discrimination des autres parents.

- **10 000 Enfants et jeunes des milieux urbains pauvres, de 10 à 25 ans**

(Abidjan : 6 500 , Abengourou : 1 000 , San-Pédro : 1 500 , Yamoussoukro : 1 000 )

La précarité de nombreux quartiers dans les grandes villes telles qu'Abidjan, San-Pédro etc., et la pauvreté qui y règne, créent chez les populations qui y vivent des comportements à risque en matière de VIH-SIDA.

Ici les enfants et les jeunes sont pour la plupart victimes des mauvaises pratiques éducatives. Très peu d'opportunités leur sont données pour s'informer et s'éduquer sur le SIDA.

Ces quartiers constituent aussi de grandes zones à risque au plan épidémiologique, sur le plan national ; par exemple les épidémies de choléra, de fièvre jaune, de méningite, de VIH-SIDA, de paludisme etc.

- **500 Mineurs et « mineurs- majeurs » en conflit avec la loi, de 13 à 21 ans**

(Abidjan : 500)

Ce sont les jeunes délinquants de moins de 18 ans et ceux de 18 à 21 ans, placés en garde à vue dans les commissariats de police, en garde provisoire ou sous mandat de dépôt au sein des prisons. Ils sont quelques fois victimes d'abus sexuels sans protection de la part des adultes, en échange de nourriture. Ils sont donc exposés au VIH dans leurs lieux de détention.

- **500 Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) du Sida, de 10 à 18 ans**

(Abidjan : 200 , Abengourou : 100 , San-Pédro : 100, Yamoussoukro : 100 )

Le désastre causé par le VIH décime chaque année des milliers de couples parentaux. Un constat, dans le cadre du programme EDR ( Enfants des rues) de Médecins du monde (1996-2003), montre que près de 3/5 des enfants de rue sont orphelins d'au moins un parent.

Les témoignages recueillis auprès de ces enfants révèlent pour la plupart que les parents décédés sont âgés de moins de 45 ans ou que le décès des deux parents survient dans un délai de moins de 3 ans.

Vu que le SIDA constitue aujourd'hui la première cause de mortalité de cette tranche d'âge, l'on est en droit de croire que ces enfants en question sont orphelins par le fait du SIDA.

Rejetés et marginalisés non seulement à cause du contexte économique très précaire mais aussi à cause de certaines croyances et préjugés traditionnels, les enfants orphelins du SIDA se retrouvent dans la rue sans soutien psychologique et social.

D'autres sont confrontés à des problèmes juridiques relatifs aux droits d'héritage des biens laissés par leurs parents défunts. En général, ce sont les parents collatéraux ou ascendants (cousins, frères, oncles, sœurs, mères, pères etc) des défunts qui s'en accaparent au détriment des orphelins qui sont en principe des héritiers légitimes.

Rappelons que la Côte d'Ivoire compte à ce jour plus de 600 000 orphelins du SIDA, en majorité victimes de rejet et de discrimination sociale.

Le projet touchera directement 15 000 membres de la population ciblée soit 500 OEV, 500 mineurs en détention, 4 000 enfants de/dans la rue et 10 000 enfants et jeunes des quartiers pauvres ; et indirectement 20 000 autres grâce à l'action des pairs éducateurs et du réseau des associations et clubs de jeunes mis en place.

Au moins 35 000 bénéficiaires au total seront touchés.

*Une attention particulière sera accordée à la fillette et à la jeune fille qui sont des cibles plus vulnérables.*

## 5. OBJECTIFS

### Objectif général

Renforcer les actions de prévention des IST/VIH/SIDA et la prise en charge psychosociale au profit des enfants et jeunes vulnérables.

### Objectifs spécifiques

- 1) Renforcer les capacités techniques des intervenants et des acteurs locaux dans le cadre du projet.
- 2) Favoriser l'accès au traitement des IST et à une éducation pour un changement de comportement en matière des IST/VIH-SIDA au profit des cibles du projet.
- 3) Contribuer à la prise en charge psychosociale des orphelins et enfants vulnérables (OEV) par un processus de resocialisation.
- 4) Promouvoir la protection des droits des groupes cibles, surtout ceux en conflit avec la loi
- 5) Mobiliser les leaders et décideurs sociaux en vue de les impliquer dans la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV).

## 6. STRATEGIES

### a) IEC et CCC en matière d'IST/VIH/SIDA

En vue de renforcer les connaissances des enfants et jeunes, et de les disposer à adopter des comportements à moindre risque, les activités de sensibilisation seront axées sur l'information, l'éducation et la communication.

Ces activités prendront en compte leurs spécificités et s'adapteront à leurs situations. Le sport, les jeux de rôle, le dessin et les activités de loisir ont montré, sur les premières phases du projet, leur efficacité dans la façon de véhiculer les messages.

L'implication des associations et clubs auxquels appartiennent les bénéficiaires, permettra de développer d'autres approches de communication aussi efficaces en vue de favoriser un changement de comportement des cibles, face aux risques de contamination des IST et du VIH.

A cet effet, le service de communication s'emploiera avec les bénéficiaires, à rechercher et à renforcer les stratégies de communication adaptés aux cibles.

Les outils déjà utilisés sont les affiches, les banderoles, les images (dessins & photos), les tee-shirts, les dépliants, les films, les sketches et les chants.

b) Prise en charge (PEC) médicale des IST et la promotion du dépistage volontaire

La PEC des IST va consister à mobiliser notre équipe médicale existante qui organisera des tournées chaque semaine sur les centres d'écoute et d'animation. Cette équipe composée de médecins et d'infirmiers examinera les cibles du projet et prendra en charge les cas d'IST découverts.

La référence à d'autres structures de prise en charge médicale sera utilisée au cas échéant.

Considéré comme un cofacteur important du VIH, la prise en charge convenable des IST permet de réduire les risques d'infection relative au VIH.

Quant au dépistage volontaire, il sera l'objet d'entretien personnalisé et de proximité sur les sites de rencontre et dans les centres d'écoute avec les jeunes pour les motiver à se soumettre au test du VIH volontairement. Les intéressés seront orientés vers les structures accréditées avec la possibilité pour eux de se confier volontairement après les résultats à leurs éducateurs pour un meilleur suivi.

Cette stratégie ayant déjà été éprouvée ailleurs, s'avère comme un facteur de réduction de la séroprévalence. L'imminence du renforcement de la prise en charge clinique (PEC sous ARV) des personnes séropositives, au niveau gouvernemental avec l'aide du Fond mondial, milite en faveur de cette action.

c) Soutien psychosocial

Il concerne d'abord l'insertion et l'initiation pré professionnelle, l'appui à la scolarisation, la protection des droits, l'animation d'activités socio-éducatives et la création d'activités génératrices de revenus (AGR) au profit des cibles.

L'aspect psychoaffectif qui est un élément de ce soutien, consistera à rendre visite aux cibles dans la rue et dans les quartiers et d'organiser à leur profit des séances d'écoute au centre. La réalisation des projets éducatifs qui en découleront, va favoriser l'amélioration de la situation psychologique et sociale du bénéficiaire ; et partant la réduction de sa vulnérabilité.

Les enfants dont les projets éducatifs nécessiteront une prise en charge au niveau de l'hébergement seront affectés dans notre centre d'accueil ou dans notre Foyer d'hébergement des enfants en formation (scolaire et professionnelle). Ces deux centres sont situés dans la commune de Treichville et disposent d'une cantine d'alimentation et de dortoirs pour les enfants en situation difficile.

Des possibilités de réinsertion familiale, de recherche de famille d'accueil et d'un appui aux parents seront envisagées pour les enfants victimes de rejet et de discrimination.

Les mineurs en conflit avec la loi et les orphelins dont les cas posent un problème juridique au niveau des droits d'héritage des parents défunts, bénéficieront d'un appui juridique (conseil et orientation).

Les enfants détenus ou en formation bénéficieront en plus d'un appui alimentaire si nécessaire.

d) Renforcement des capacités des intervenants et des acteurs locaux du projet

La formation des intervenants et surtout des acteurs locaux améliorent non seulement la qualité du travail, mais contribuent également à la pérennité des actions sur le terrain.

Ainsi, les éducateurs, les membres des associations et clubs de jeunes seront formés et recyclés sur différents modules relatifs à la prévention, à la prise en charge psychosociale des OEV en matière d'IST/VIH/SIDA, à la protection des droits de l'enfance en difficulté, à la gestion des associations et clubs, à l'animation des centres d'écoute. Cela permettra de garantir un impact favorable (efficacité et durabilité des interventions) du projet.

e) L'éducation par les pairs

Parmi les enfants et jeunes cibles du projet, regroupés au sein des clubs et associations, certains seront identifiés et formés pour porter le message à d'autres. Ainsi en fonction des capacités de leader dans leur entourage, les pairs éducateurs choisis au sein du réseau associatif déjà opérationnel, seront des vecteurs potentiels pour toucher un nombre plus important de leurs camarades.

Ce réseau de jeunes acteurs sociaux est constitué de plus de 40 clubs et 50 associations regroupant plus de 2 000 enfants et jeunes (filles et garçons), dont les actions antérieures du projet leur ont permis de s'engager activement dans la lutte contre le SIDA.

Les investigations ayant démontré que les adolescents et les jeunes ne communiquent efficacement qu'entre eux et qu'ils se confient beaucoup mieux à leurs leaders de groupe ou bande, cette stratégie se trouve très appropriée.

La création des clubs d'enfants, dans le cadre du projet Jeunes en situation de risque, s'appuie sur les bandes naturelles d'enfants déviants existantes dans la rue. Ce sont ces bandes qui feront l'objet de restructuration avec de nouvelles normes plus socialisantes, pour donner lieu à des clubs, afin de disposer leurs membres à plus d'écoute de la part des éducateurs chargés de favoriser la mise en place de projets de vie saine à leur profit.

On s'en est inspiré pour créer d'autres clubs dans les ateliers d'apprentissage

f) Mobilisation sociale

Cette stratégie consistera à mobiliser et impliquer les leaders associatifs jeunes, les autorités politiques, communautaires et administratives, afin de les associer activement à la lutte contre la pandémie du SIDA et à la prise en charge des OEV.

Leurs influences et leurs marges de manœuvre au sein des communautés seront recherchées et mises à contribution au profit de la population cible du projet.

## 7. ACTIVITES PREVUES

**Objectif 1 :** Renforcer les capacités techniques des intervenants et des acteurs locaux dans le cadre du projet.

- Organisation d'une session de formation pour 15 éducateurs en matière d'appui aux initiatives des associations et clubs de jeunes engagés dans la lutte contre le SIDA.

- Organisation d'une session de formation pour 15 éducateurs en matière de mobilisation sociale, de gestion des centres d'écoute et d'animation, de soutien et de protection des droits des OEV.
- Organisation d'une session de formation pour 15 formateurs de pairs éducateurs en matière d'IST/VIH-SIDA.
- Organisation de 8 sessions de formation, pour 100 leaders d'associations et clubs de jeunes sur la gestion associative et la lutte contre les IST/VIH-SIDA.
- Organisation de 100 séances de formation pour 500 pairs éducateurs

**Objectif 2 : Favoriser l'accès au traitement des IST et à une éducation pour un changement de comportement en matière des IST/VIH-SIDA au profit des cibles du projet.**

- Mise en place d'une équipe médicale mobile à Abidjan pour les consultations et soins médicaux dans les centres pour les cas d'IST.
- Organisation de séances de sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA et la santé sexuelle avec les associations et clubs de jeunes
- Promotion du dépistage volontaire et orientation suivie vers les centres accrédités pour un dépistage volontaire

**Objectif 3 : Contribuer à la prise en charge psychosociale des enfants et orphelins vulnérables (OEV) par un processus de resocialisation.**

- Appui psychoaffectif et socio-éducatif dans la rue et dans les centres d'écoute et d'animation
- Insertion et suivi hebdomadaire en atelier d'apprentissage de métier de 200 OEV (filles et garçons)
- (Ré) scolarisation et suivi scolaire de 100 OEV (filles et garçons) par an
- Appui à l'auto promotion et à l'autonomie sociale par la création d'activités génératrices de revenus au profit de 160 OEV (filles et garçons)
- Appui à la réinsertion familiale des OEV victimes de rejet et de discrimination

**Objectif 4 : Promouvoir la protection des droits des groupes cibles et surtout ceux en conflit avec la loi**

- Visite des mineur(e)s en garde à vue dans les commissariats de police une fois par semaine



- Appui à la prise en charge psychoaffective et socio-éducative des mineurs délinquants (filles et garçons) au Centre d'observation des mineurs de la prison
- Appui alimentaire aux mineur(e)s détenu(e)s à la prison d'Abidjan, 4 fois par semaine
- Appui à l'initiation de tous les mineurs détenus aux métiers artisanaux dans les ateliers aménagés au COM
- Appui juridique aux OEV (conseil et orientation)

**Objectif 5 : Mobiliser les leaders et décideurs sociaux en vue de les impliquer dans la prise en charge des enfants et orphelins vulnérables (OEV)**

- Plaidoyers auprès des autorités administratives, politiques et communautaires sur la prise en charge des OEV
- Appui et implication des associations et clubs de jeunes engagés dans la lutte contre le SIDA
- Diffusion des rapports d'activités
- Implication des autorités administratives, politiques et communautaires aux activités du MESAD

*Transversalement à toutes les activités, des messages de pacification, de réconciliation et de paix seront véhiculés au profit des cibles du projet, afin de contribuer à un climat social moins conflictuel.*

## **8. LES MOYENS A METTRE EN ŒUVRE**

### **Ressources humaines**

- 1 Coordinateur principal
- 1 Coordinateur adjoint
- 1 Assistante coordinatrice chargée de communication (IEC/CCC)
- 1 Psychologue formateur chargé des formations
- 1 Administratrice comptable
- 1 Secrétaire

1 Logisticien chargé de la gestion du matériel et des achats  
 1 Technicien audio-visuel chargé des animations  
 9 Directeurs de centre (Responsables locaux des équipes terrains)  
 9 Educateurs  
 18 volontaires (2 par centre)

1 Médecin  
 1 Infirmier  
 1 Aide soignante

4 Consultants à solliciter pour les formations et l'appui aux intervenants

### **Ressources matérielles** sur l'ensemble des 9 centres

#### **\*Le matériel roulant :**

**Sont disponibles** : 1 petite voiture de liaison, 1 Fourgonnette, 1 mini-car de 18 places, 1 moto, 10 mobylettes, 5 vélos pour faciliter la mobilité des acteurs sur le terrain

**A acquérir** : 3 nouvelles mobylettes pour les sites de San-Pédro, d'Abengourou et de Yamoussoukro

#### **\*Le matériel d'animation**

**Sont disponibles** : 2 grandes sonorisations complètes de 3000 W et 4000 W, 4 petites sonos, 5 TV, 5 vidéos, 1 projecteur vidéo, 1 projecteur multimédia, 1 camera, 1 appareil photo, 1 groupe électrogène, 2 abris bâche, 556 chaises etc.

**A acquérir** : 3 Sono complètes de 3000W, 3 projecteurs vidéo, 3 écrans projecteurs, 3 groupes électrogènes, 3 appareils photo

#### **\*Le matériel informatique**

**Sont disponibles** : 1 ordinateur portable, 4 PC bureau, 2 imprimantes, 1 photocopieuse

**A acquérir** : 2 ordinateurs portables, 3 PC bureau, 3 imprimantes

### **Les outils pédagogiques et de communication :**

Le service de communication du MESAD recherchera et renforcera les stratégies de communication adaptée aux cibles.

Les outils déjà utilisés sont les affiches, les banderoles, les images (dessins & photos), les tee-shirts, les dépliants, les films, les sketches et les chants.

### **Ressources financières :**

**Coût Total du Projet** : 192 870 303 FCFA

**Contribution Locale** : 42 064 000 FCFA

**Financement Total Sollicité** : 150 806 303 FCFA

## 9. RESULTATS ATTENDUS

L'amélioration des conditions de vie des OEV est le premier résultat attendu.

Le résultat visé ensuite par ce projet est l'accroissement des connaissances et la modification des attitudes, des pratiques et des comportements en ce qui concerne la transmission des IST/VIH-SIDA.

Le projet vise enfin la réduction de la vulnérabilité des orphelins et enfants, et le renforcement des relais locaux de dissémination et de pérennisation des actions entreprises.

Spécifiquement pour :

**Objectif 1** Renforcer les capacités techniques des intervenants et des acteurs locaux dans le cadre du projet.

- 15 éducateurs (*Abidjan = 8, Abengourou = 2, Yamoussoukro = 2, San-Pédro = 3*) sont capables de :
  - o appuyer les initiatives des associations et clubs de jeunes engagés dans la lutte contre le SIDA ;
  - o mobiliser les leaders communautaires, les autorités politiques et administratives dans le cadre du projet, et de mieux gérer les centres d'écoute et d'animation ;
  - o former des pairs éducateurs en matière d'IST/VIH-SIDA.
- 100 leaders d'associations et clubs de jeunes sont formés et sont capables de gérer leurs associations et d'initier des actions de lutte contre les IST/VIH-SIDA. (*Abidjan = 70, Abengourou = 10, Yamoussoukro = 10, San-Pédro = 10*)
- 500 pairs éducateurs sont formés et sont capables de sensibiliser leurs pairs (*Abidjan = 360, Abengourou = 40, Yamoussoukro = 40, San-Pédro = 60*)

**Objectif 2** Favoriser l'accès au traitement des IST et à une éducation pour un changement de comportement en matière des IST/VIH-SIDA au profit des cibles du projet.

- L'équipe médicale mobile est opérationnelle sur l'ensemble des 6 centres d'Abidjan chaque semaine
- Les cibles viennent régulièrement en consultation et les cas d'IST sont soignés

- 200 IEC sur les IST/VIH/SIDA et sur la santé sexuelle sont réalisées par an au profit de 15 000 bénéficiaires directs, dont 9 000 à Abidjan et 2 000 dans chacune des 3 villes de l'intérieur.
- 25% des jeunes sensibilisés pour le dépistage se font dépister volontairement dans les centres accrédités
- Les connaissances sur les IST/VIH-SIDA sont renforcées et favorisent une réduction des comportements à risque chez les bénéficiaires

**Objectif 3** Contribuer à la prise en charge psychosociale des enfants et jeunes en situation de risque par un processus de resocialisation.

- Des activités socio-éducatives sont proposées aux enfants et jeunes chaque semaine dans les centres
- Des projets éducatifs sont établis au profit des bénéficiaires à l'issue des séances d'écoute organisées dans la rue et dans les centres
- 200 jeunes garçons et filles sont formés au métier de l'artisanat chaque année, chez les artisans formateurs  
(*Abidjan = 100 , Abengourou = 30, Yamoussoukro = 35, San-Pédro = 35*)
- 100 jeunes garçons et filles bénéficient chaque année d'un appui à la scolarisation  
(*Abidjan = 50 , Abengourou = 15, Yamoussoukro = 15, San-Pédro = 20*)
- Des activités génératrices de revenus sont créées pour 160 jeunes filles et garçons chaque année et contribuent à leur autonomie socioéconomique  
(*Abidjan = 100 , Abengourou = 20, Yamoussoukro = 20, San-Pédro = 20*)
- Des possibilités de réinsertion familiale et de recherches de familles d'accueil sont envisagées pour les enfants en rupture avec leur famille ou rejetée par elle
- Les conditions de vie des bénéficiaires s'améliorent et favorisent chez ces derniers une réduction de leur vulnérabilité et des comportements à risque

**Objectif 4** Promouvoir la protection des droits des groupes cibles et surtout ceux en conflit avec la loi

- Le flux migratoire des mineurs vers les prisons est réduit grâce à l'appui des éducateurs aux services judiciaires et de police
- Les conditions de détention des mineurs à la prison et dans les commissariats s'améliorent

- Le risque de contact avec les majeurs est réduit à la prison grâce à la prise en charge alimentaire, aux séances éducatives et de formation
- Les orphelins confrontés à des problèmes juridiques (droits d'héritage par exemple) bénéficient d'une assistance juridique

**Objectif 5** Mobiliser les leaders et décideurs sociaux en vue de les impliquer dans la prise en charge des enfants vulnérables.

- Les autorités administratives, politiques et communautaires des sites d'implantation du projet sont informées, sensibilisées et participent à la réalisation du projet
- Le réseau associatif des enfants et jeunes engagés dans la lutte contre le Sida mis en place à Abidjan, s'enrichit de 30 nouvelles associations et de 15 nouveaux clubs issus des villes de l'intérieur et devient un réseau national d'au moins 80 associations et 55 clubs
- Les enfants et les jeunes concernés par le projet se l'approprient et initient des actions dans la même direction, à travers leurs associations

## 10. HYPOTHESES

Les conditions préalables pour la réussite du projet sont que :

- la situation conflictuelle à travers la crise sociopolitique que traverse le pays ne s'aggrave pas, au point de constituer un obstacle réel pour le déroulement des activités sur le terrain
- le décaissement des fonds alloués au projet se fasse dans les délais convenus
- les moyens alloués à la formation, aux animations et au suivi des intervenants du projet soient suffisamment pris en compte dans les closes budgétaires.
- le matériel d'écoute et d'animation, les supports de communication et les engins de locomotion des éducateurs soient disponibles et fonctionnels

## 11. PERTINENCE

Le projet est pertinent à plusieurs titres :

- **Les groupes cibles**, à savoir les enfants en situation difficile dont les enfants de/dans la rue, les enfants en conflit avec la loi, les enfants et jeunes des quartiers précaires, les enfants orphelins du SIDA, constituent de façon inéluctable telle que

décrite dans le contexte du projet, des groupes d'individus hautement vulnérables. Malgré les risques que représentent les conditions de vie de ces enfants et jeunes, très peu de programmes concrets de lutte contre le SIDA s'intéressent à eux.

- **Les localités d'exécution du projet** : Les zones d'Abidjan, de Yamoussoukro, d'Abengourou et de San-pédro sont comptées parmi les localités les plus touchées par les IST/VIH-SIDA en Côte d'Ivoire avec un taux de séroprévalence allant de 10 à 14%.

- **Les objectifs fixés** ont ici l'avantage d'être « SMART » c'est-à-dire Spécifiques, Mesurables, Adaptés et Réalisables dans le Temps.

- **Les stratégies utilisées** ont déjà été expérimentées et ont produit des résultats significatifs au cours des deux premières phases du projet (5 ans)

- **Les outils de communication utilisés**, à l'instar des stratégies, ont été déjà mis en évidence et permettent de toucher efficacement les groupes cibles. Ils ont été créés avec la participation des cibles du projet et s'adaptent par conséquent à eux. Notre service de communication s'emploiera de la même manière à en créer et à améliorer l'existant.

- **Le savoir faire et l'expérience du MESAD** (personnel qualifié, expérimenté, sérieux, motivé etc.) en la matière constituent un gage évident et pertinent pour la réussite du projet.

## 12. MISE EN ŒUVRE

Dans le but d'être le plus efficace possible, on impliquera les jeunes eux-mêmes dans le développement et la mise en œuvre des activités de sensibilisation en matière d'IST/VIH-SIDA.

Les membres des associations et des clubs de jeunes seront formés pour travailler avec d'autres jeunes afin d'élaborer du matériel didactique, d'informer par l'intermédiaire de pièces de théâtre, de chansons, de jeux, etc. et de fournir des renseignements aux autres jeunes au sujet de la prévention des IST/VIH/SIDA. Les moyens du projet tels que le matériel d'animation seront mis à leur disposition.

Etant donné que ces activités auront lieu aux endroits où habitent et travaillent ces jeunes, le projet prévoit que les services et le soutien dont ils auront besoin leur soient très accessibles, grâce aux centres d'écoute et d'animation de proximité, et grâce aux engins de locomotion adaptés (mobylettes, bicyclettes).

Les six (6) centres d'écoutes créés précédemment à Abidjan et les 3 autres qui seront installés à Abengourou, à San-Pédro et à Yamoussoukro serviront de lieux de rencontre et d'appui de proximité au profit des associations de jeune dans les quartiers et des clubs engagés dans la lutte contre le SIDA.

Le projet sera réalisé à Abidjan et en banlieue, sur les six (6) sites suivants :

- Site 1 (Communes de Treichville et du Plateau)
- Site 2 (Communes d'Adjamé, d'Attécoubé et de Cocody)
- Site 3 (commune d'Abobo)
- Site 4 (commune de Yopougon)
- Site 5 (Centre d'Observation des Mineurs de la Prison d'Abidjan)
- Site 6 (Communes de Marcory, de Koumassi et de Port-Bouët)

Les sites définis par le projet permettent de couvrir les dix communes de la ville d'Abidjan.

Les centres d'Abengourou, de San-Pédro et de Yamoussoukro seront situés au centre ville avec possibilité d'intervention dans les villages riverains.

*Les quartiers précaires et pauvres bénéficieront d'une attention particulière du projet.*

Sur chaque site, il existe une équipe de 3 à 4 éducateurs (volontaires et salariés) chargés d'exécuter quotidiennement le projet sur le terrain. Chaque équipe est dirigée par un responsable de centre qui coordonne localement toutes les actions de l'équipe. Les engins (mobyettes, vélos) permettront aux éducateurs d'être en contact régulier avec les cibles, sur leurs lieux de rencontre.

Ces équipes seront régulièrement encadrées et évaluées par l'équipe de coordination du projet, appuyée par des consultants externes sollicités selon les besoins.

Cette équipe de coordination est composée d'un Coordinateur principal et de son adjoint, d'une Administratrice comptable, d'un Psychologue et d'une Assistante chargés des formations et de la communication.

### **Institutions concernées par la mise en oeuvre du projet**

Le Directeur Exécutif National du Mouvement pour l'Education, la Santé et le Développement (M.E.SA.D.) à Abidjan gérera le programme global et assurera la liaison avec d'autres institutions partenaires du projet.

Le Mouvement pour l'Education, la Santé et le Développement (M.E.SA.D.) se chargera de la mise en oeuvre du projet.

M.E.SA.D. collaborera avec plusieurs autres organisations à ce projet, afin d'assurer la complémentarité des activités, notamment :

#### **Les réseaux et collectifs d'ONG/Associations**

**Forum d'aide à l'enfance en difficulté**, composé d'une cinquantaine d'ONG est actif dans le domaine de la prise en charge de l'enfance en circonstance difficile, et plus particulièrement des enfants de/dans la rue et des enfants en conflit avec la loi

**COSCI** (Collectif des ONG de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire) et les ONG/Associations de lutte contre le SIDA, collaborent avec le MESAD qui est aussi membre actif de ce réseau

Le **RIP** (Réseau ivoirien de personnes vivant avec le VIH) et les ONG qui le composent apporteront leurs concours dans l'identification des enfants orphelins du SIDA et dans la prise en charge des cibles infectés par le VIH

Le **Continuum de soins et de soutien mis en place par FHI** composé d'une dizaine ONG de lutte contre le SIDA et Associations de personnes vivant avec le VIH, demeure une des meilleures plates formes d'échange et de collaboration.

Les **ONG de défense des droits de l'homme en Côte d'Ivoire** et l'**ONG Lumière Action** qui disposent d'une expertise en matière de conseil juridique au profit des victimes du Sida, seront sollicitées si nécessaire dans l'assistance juridique aux orphelins du SIDA

#### Les ONG internationales

**Médecins du monde** (MDM), ONG internationale française apportera son soutien technique à l'ensemble des activités réalisées par le MESAD, qui bénéficie déjà des moyens matériels et immobiliers mis à sa disposition .

**Médecins sans frontière** (MSF) pour son assistance médicale aux mineurs détenus à la prison d'Abidjan

**Family Health International** (FHI), qui est une ONG internationale américaine, a financé le projet depuis sa création en 1999 jusqu'au 30 juin 2003. Elle continuera d'apporter son appui technique par l'intermédiaire de ses Conseillers techniques basés à Abidjan.

**Save the children Suède** pour ses actions en faveur des enfants en situation difficile en Côte d'Ivoire a toujours collaboré avec le MESAD en formant ses agents aux questions de défense des droits des enfants

L'**Association Française des Volontaires du Progrès** (AFVP) apportera son concours dans le domaine de l'insertion socioprofessionnelle des jeunes

#### Les acteurs locaux

**Huit (8) coordinations communales composées de 65 Associations et 55 clubs de jeunes** engagés dans la lutte contre le SIDA sont des acteurs locaux dans la réalisation des activités du projet. Leur implication, l'encadrement et le soutien qu'ils bénéficient dans le cadre du projet permettent d'accroître et d'étendre l'impact des actions à une vaste échelle.



**Les artisans formateurs.** Leur participation au projet a permis d'insérer gratuitement en atelier d'apprentissage de métier déjà plus de 150 jeunes. Ce partenariat demeure un des grands atouts des actions de resocialisation et de stabilisation des jeunes en difficulté.

### Les services administratifs

**Les Districts d'Abidjan et de Yamoussoukro, les Conseils Généraux de San-pédro et d'Abengourou, l'ensemble des Maires des 4 villes** seront associés. Ils seront sollicités pour donner les autorisations et les appuis utiles à la réalisation des activités.

Le centre d'écoute et d'insertion des jeunes qui abrite un des centres d'animation du M.E.S.A.D. à Adjamé, est d'ailleurs une propriété du District d'Abidjan.

**Les Centres sociaux d'Abobo, de Koumassi, de Treichville Entente, de Yopougon Port-bouet 2** continueront d'apporter leur contribution au projet par la mise à disposition de leurs locaux au profit des acteurs du projet

**Les autres services sociaux publiques ou privés installés dans les villes cibles** seront sollicités en cas de besoin, pour partager les expériences

**Le Centre d'observation des mineurs (COM) de la prison d'Abidjan** qui abrite un des Centres d'écoute du MESAD continuera de collaborer

**Les services de la liberté surveillée et de l'assistance éducative** continueront de bénéficier des moyens du projet au profit de la réinsertion familiale des mineurs délinquants.

**Les Commissariats de police d'Abidjan** seront davantage sensibilisés sur la prise en charge juridique des mineurs délinquants.

### Les ministères de tutelle

Ils seront sollicités pour un appui administratif et technique au MESAD dans le cadre de la réalisation du projet.

**Le Ministère chargé de la lutte contre le SIDA**

**Le Ministère de la famille, de la femme et de l'enfant**

**Le Ministère chargé de la santé et de la population**

**Le Ministère de la solidarité, de la santé et de la sécurité sociale**

**Le Ministère de la justice et des libertés publiques**

**Le Ministère de la jeunesse et du service civique**

*Le Ministère de la sécurité*

### **13. CALENDRIER D'EXECUTION (ci-joint tableau)**

**Durée** : 2 ans = 24 mois

**Démarrage** : 1<sup>er</sup> janvier 2004

**Fin** : 31 décembre 2005

### **14. SUIVI ET EVALUATION**

Les éducateurs exécuteront le projet sur chaque site suivant une planification des tâches dévolues à chacun d'eux et en tenant compte de la programmation du projet.

Des contrôles sporadiques ou programmés s'effectueront sur le terrain par les responsables du projet pour vérifier l'effectivité des activités et pour apporter un appui aux éducateurs.

En équipe, les éducateurs de chaque centre se réuniront hebdomadairement sous la direction du Directeur de centre et sous la supervision du Coordinateur ou de son adjoint, pour évaluer le déroulement des activités sur le terrain.

L'équipe de coordination quant à elle se réunit chaque quinze (15) jours pour statuer sur l'évolution du projet dans son exécution technique, administrative et financière.

Les Directeurs de centre dressent tous les mois un bilan écrit des activités de leur équipe, qu'ils exposent en plénière devant tout le personnel du projet, sous la direction des Coordinateurs du projet.

Les Coordinateurs du projet sont chargés de faire la synthèse de tous les bilans des équipes, à travers des tableaux de synthèse et des rapports narratifs, suivis de présentation en plénière devant la Direction Exécutive Nationale du MESAD.

Trois (3) Focus group (enquêtes d'impact) seront réalisés en début de projet sur les nouveaux sites c'est-à-dire à Abengourou, à Yamoussoukro et à San Pédro afin d'harmoniser nos actions sur le terrain.

Quatre (4) autres Focus group à la fin du projet permettront de tirer les leçons pour renforcer l'impact du projet, sur l'ensemble des 4 sites.

Des entretiens informels et formels seront envisagés tout au long de la durée du projet pour évaluer continuellement l'impact des interventions.

## ❖ Indicateurs

### **Objectif 1 :**

- le nombre, les sites de provenance et la qualité des participants aux séances de formation
- le nombre de séances de formation
- les intitulés des modules de formation
- les prestations sur le terrain après les formations

### **Objectif 2 :**

- le nombre et la fréquence des tournées de l'équipe médicale
- le nombre de consultations médicales
- le nombre de cas d'IST dépistés et soignés
- le nombre de séances et de bénéficiaires d'IEC par site
- le nombre de jeunes sensibilisés pour le dépistage au VIH et le nombre de dépistés volontairement
- le savoir, le savoir faire et le savoir être des cibles après intervention, en matière d'IST/VIH-SIDA

### **Objectif 3:**

- le nombre et la fréquence des visites effectuées dans la rue
- le nombre de bénéficiaires de ces visites
- le nombre de séances socioéducatives animées dans les centres et de leurs bénéficiaires
- le nombre d'enfants et jeunes écoutés
- le nombre de projets éducatifs montés
- le nombre d'enfants et jeunes appuyés en formation scolaire ou pré professionnelle
- le nombre d'AGR créées et de leurs bénéficiaires
- le nombre de familles recherchées, de familles retrouvées et d'enfants réinsérés en famille
- le niveau de (ré) socialisation atteint

### **Objectif 4 :**

- le nombre et la fréquence des visites effectuées dans les commissariats de police
- le nombre de mineurs assistés en garde à vue dans les commissariats
- le niveau d'évolution des effectifs des mineurs détenus dans les prisons
- les conditions de vie des mineurs en détention
- la fréquence d'apport nutritif et le nombre de mineurs bénéficiaires
- la fréquentation des mineurs dans les ateliers d'initiation et leur présence aux activités socioéducatives
- le nombre de problèmes juridiques posés et le nombre d'enfants et jeunes assistés juridiquement

### **Objectif 5**

- le nombre d'autorités politiques, administratives et communautaires sensibilisées
- le nombre d'autorités impliquées et leurs niveaux de participation
- le nombre d'associations et de clubs d'enfants et jeunes membres du réseau associatif engagé dans la lutte contre le Sida

- le nombre de microprojets de sensibilisation ou de soutien aux OEV initiés par les associations et les clubs

### ❖ Sources

Le cahier de consultation médicale  
 Les dossiers d'écoute  
 Les projets éducatifs  
 Les micro-projets d'animation  
 Les cahiers de référence et de contre référence  
 Les cahiers de réinsertion familiale  
 Les fiches de visite dans la rue  
 Les fiches de visite dans les commissariats  
 Les fiches de suivi des jeunes en formation  
 Les fiches de suivi des jeunes en AGR

Les répertoires des clubs de rue  
 Les répertoires des associations de jeunes  
 Les répertoires des autorités contactées  
 Les répertoires des apprentis  
 Les répertoires des élèves  
 Les répertoires des enfants réinsérés en famille  
 Les répertoires d'orientation des jeunes

Les rapports de séminaire  
 Les rapports d'animation  
 Les tableaux de synthèse  
 Les rapports narratifs  
 Les rapports financiers  
 Le rapport d'évaluation finale

### ❖ Revues

Le MESAD mettra à la disposition du Contrôleur du projet :

- le tableau de synthèse de chaque mois
- le rapport narratif de chaque trimestre et de chaque année
- le rapport narratif final du projet
- le rapport financier de chaque mois
- les rapports d'évaluation de l'impact (Focus group)
- le rapport de chaque séminaire de formation

## **15. BUDGET PREVISIONNEL** (ci-joint tableau)

**Financement total : 319 652 450 CFA**

**Apport local (MESAD) : 48 664 000 CFA**

**Apports extérieurs sollicités : 270 988 450 CFA**

## **16. PERENISATION**

La mise en place du réseau associatif d'enfants et de jeunes engagés dans la lutte contre le SIDA et le renforcement des capacités des membres en matière de gestion associative et de gestion de projets similaires, constituent un gage de pérennité du projet.

Par ailleurs le fait d'amener les bénéficiaires du projet à être eux mêmes des acteurs et des relais locaux dans la dissémination des acquis nous conforte et crédibilise davantage la pérennisation des actions développées.

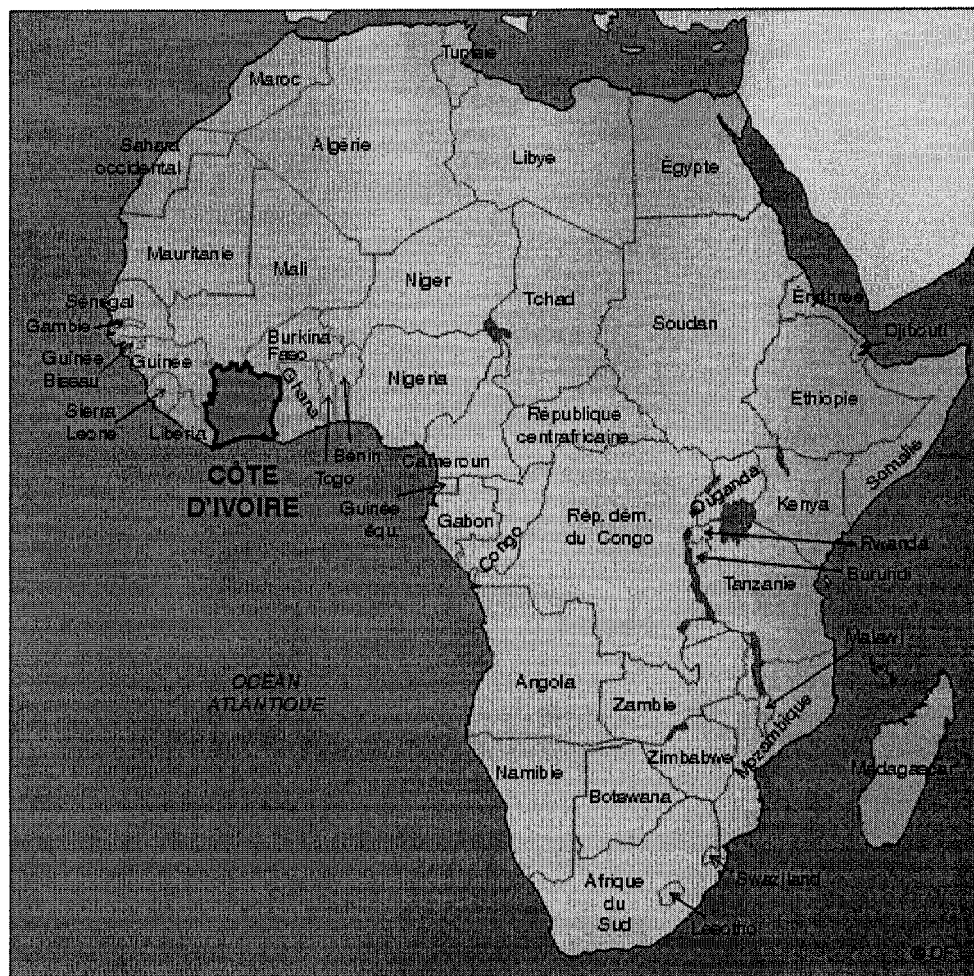
## **ANNEXE B**

### **Cartes géographiques présentant la Côte d'Ivoire.**

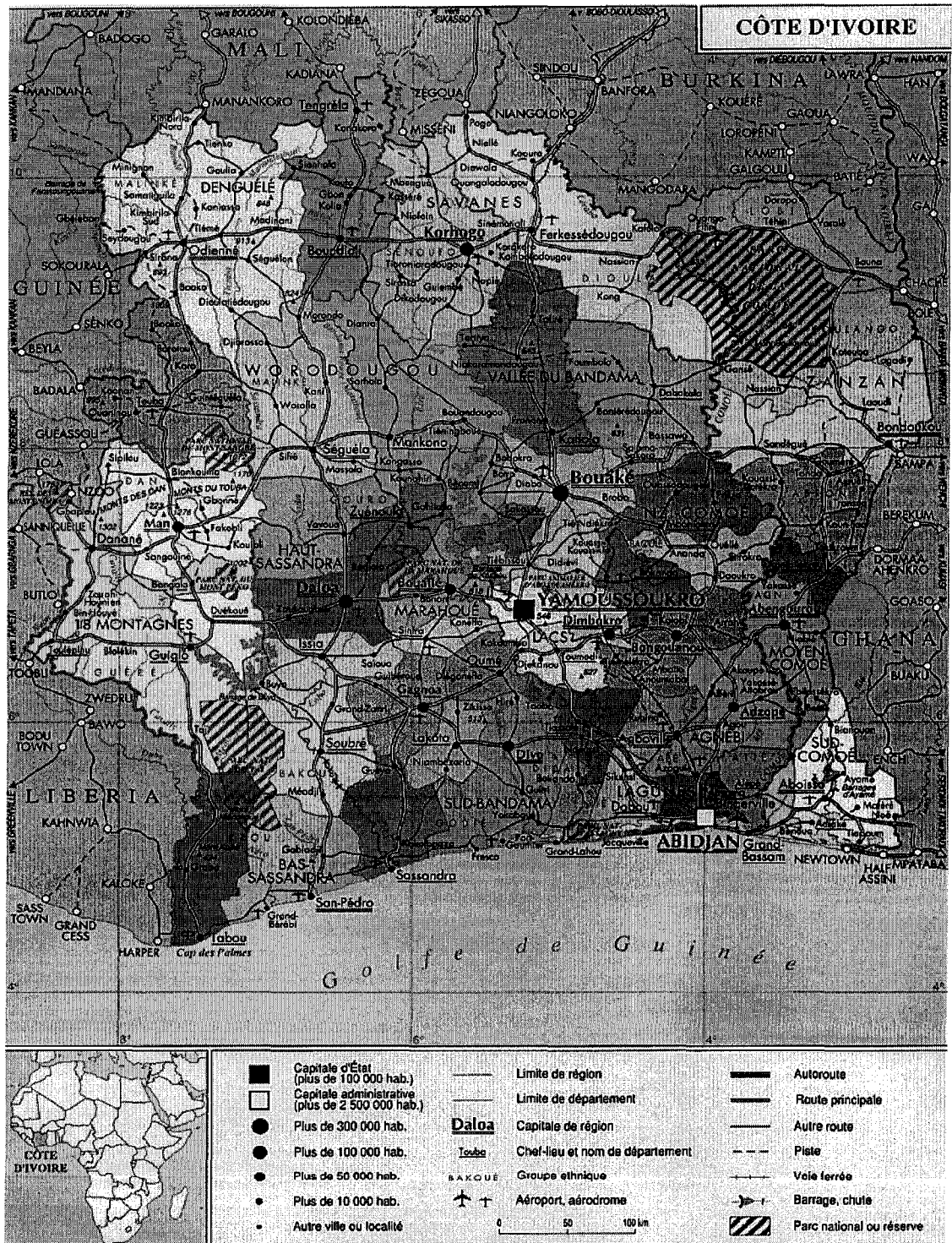
La première situe la Côte d'Ivoire sur le continent africain ;

La deuxième présente une carte détaillée de la Côte d'Ivoire ;

La dernière offre une vision du pays en fonction des zones contrôlées par le  
gouvernement et les forces rebelles.

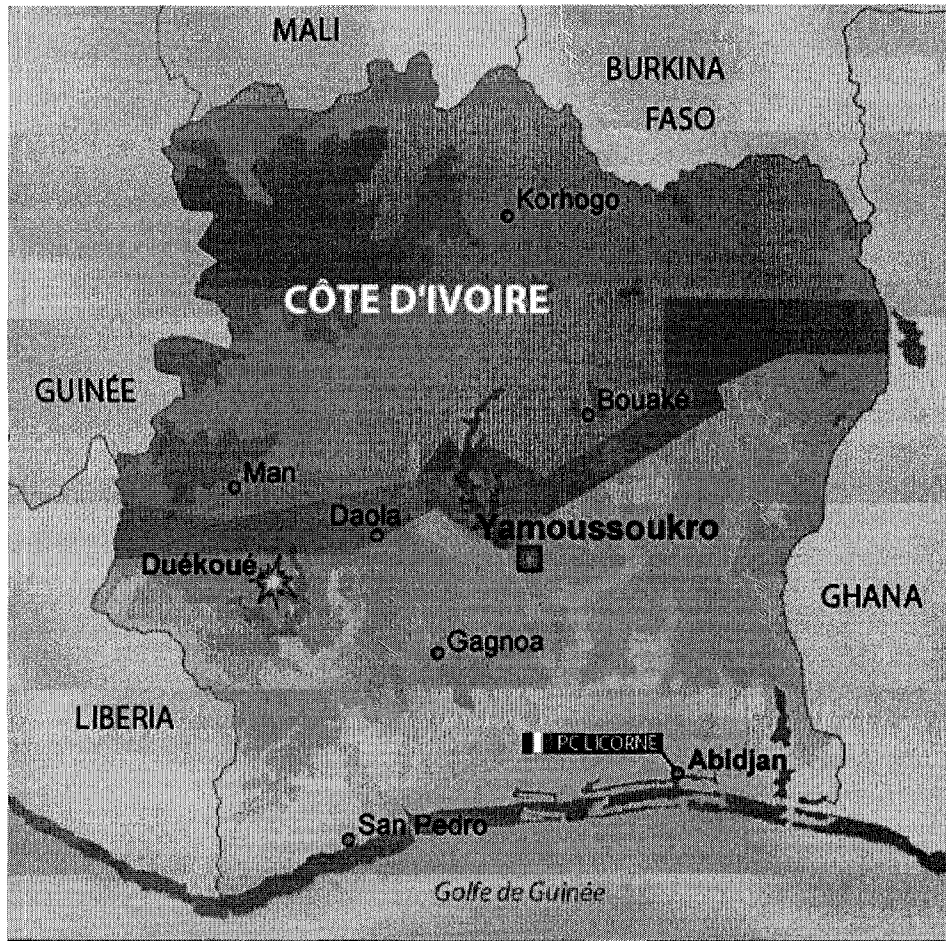


Source : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/cote-divoire/carte-cote-divoire.shtml>



Source : <http://www.izf.net/izf/documentation/cartes/pays/supercartes/cotedivoire.htm>





 Zone contrôlée par les Forces nouvelles (ex-rebelles)

 Zone de confiance

 Zone contrôlée par les loyalistes

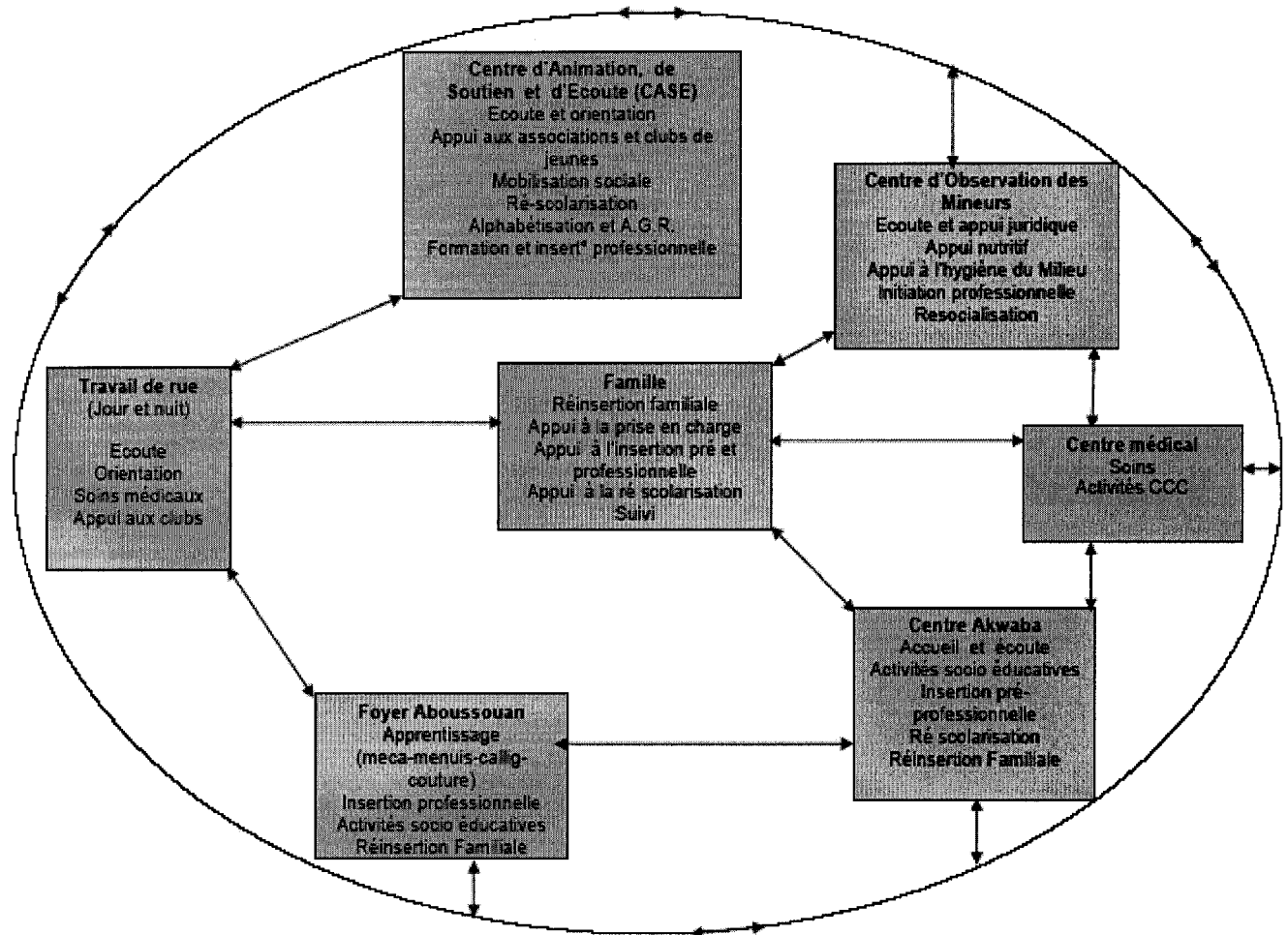
 Récents affrontements inter-ethniques entre Dioulas et Guérés

Source : [http://www.jeuneafrique.com/dossierweb/cote\\_ivoire/index.asp#haut](http://www.jeuneafrique.com/dossierweb/cote_ivoire/index.asp#haut)

## **ANNEXE C**

**Schéma d'intervention du MESAD, selon le Réseau Ouest et Centre Africain de  
Recherche en Éducation (ROCARE, 2006).**

### Schéma d'intervention du MESAD



Source : ROCARE, 2006

**ANNEXE D**

**Liste des recommandations**

## Liste des recommandations

1. Considérant les activités de plaidoyer prévues, il est recommandé de rajouter des indicateurs de suivi concernant les changements dans les politiques et les pratiques touchant les droits de l'enfant et des jeunes, permettant ainsi d'observer les évolutions attendues.
2. Considérant la vulnérabilité importante (physiologique et sociale) des jeunes filles, il est recommandé, au sein du projet de prévention VIH, de sensibiliser les enfants et jeunes sur l'égalité des sexes et d'élaborer du matériel de prévention adapté au genre et d'envisager des sessions unisexes pour des objectifs spécifiques.
3. Considérant la question de la sexospécificité comme fondamentale, il est recommandé de développer des indicateurs permettant de surveiller les modifications des attitudes à l'égard du genre et d'analyser l'impact différent du projet sur les garçons et filles.
4. Considérant les objectifs fixés au niveau de la sensibilisation au VIH/Sida, il est recommandé de développer des indicateurs qualitatifs mettant en avant à la fois les changements au niveau des connaissances des enfants et jeunes ainsi que les changements dans leurs comportements et attitudes face à la santé sexuelle.
5. Considérant que la drogue est un facteur de vulnérabilité supplémentaire qui atteint, particulièrement, les enfants de la rue, il est recommandé de développer des activités de sensibilisation sur le sujet.
6. Considérant que le projet cible une population âgée entre 10 et 25 ans, il est recommandé d'adapter certaines activités en fonction de l'âge des enfants car ils n'auront pas les mêmes préoccupations ni les mêmes centres d'intérêt.
7. Considérant l'ajout des orphelins du Sida au sein de la population cible, il est recommandé d'effectuer une nouvelle étude, telle CAP, auprès de ceux-ci afin de vérifier la validité des outils de communication et des activités à leur endroit.
8. Considérant le partenariat avec les artisans-formateurs comme un atout majeur de resocialisation et de stabilisation des jeunes en difficulté, il sera important de maintenir ces liens de coopération et de valoriser leur participation (les inviter à des fêtes, etc.).

9. Considérant l'importance des questions de genre, il est recommandé de sélectionner des pairs éducateurs, masculins et féminins, sensibilisés à ce sujet.
10. Considérant l'importance du travail effectué bénévolement par les pairs éducateurs, il est recommandé de veiller attentivement à entretenir leur motivation ; Notamment par : l'organisation d'une fête à la fin de leur formation ou pour fêter une réussite au sein du projet, la remise d'un « diplôme » attestant de leur participation au projet et témoignage de reconnaissance, la mise au point d'un « contrat », l'organisation d'un défilé à travers la communauté pour la Journée Mondiale de lutte contre le Sida, la possibilité de devenir le mentor d'un nouveau pair éducateur, la remise d'un lettre de référence à la fin de leur participation, etc.
11. Considérant les situations difficiles auxquelles peuvent être confrontés les pairs éducateurs, il est recommandé qu'ils leur soient accordé suffisamment de temps, d'espace et de conseils pour qu'ils puissent s'ouvrir sur les difficultés rencontrées pendant leurs activités mais également dans leur vie personnelle. Il est également souhaitable qu'ils soient encouragés à se soutenir mutuellement, plutôt que tout attendre du personnel du projet (création de forum de district pour pairs éducateurs, réseaux nationaux et groupes de discussion sur Internet où les jeunes pourront partager leurs expériences).
12. Considérant les besoins financiers du projet et la popularité dont bénéficie Internet, il est recommandé d'améliorer le site Internet de l'association (rendre les liens actifs, compléter les informations manquantes, joindre des photographies, ajouter des témoignages d'enfants et jeunes) et d'accroître sa visibilité afin de développer les dons pouvant être obtenus par ce biais.
13. Considérant le manque de ressources financières du projet, il est recommandé de se concentrer sur les ressources locales, y compris les sources « en nature », car celles-ci risquent de durer plus longtemps et ont moins de chance de changer que les sources internationales.
14. Considérant les multiples projets effectués par le MESAD, il est recommandé de bien clarifier quelles sont les activités appartenant exclusivement au projet JSR 3 afin que les bailleurs de fonds n'aient pas le sentiment que les demandes de budget sont dédoublées.
15. Considérant les difficultés à obtenir du financement pour le projet JSR 3, il est recommandé, au cours des prochaines évaluations, de surveiller le rapport coût-efficacité afin de savoir combien coûte chaque élément du projet et ainsi pouvoir prouver la rentabilité du programme.

16. Considérant qu'un fondement scientifique établi est gage de crédibilité, il est recommandé de justifier et documenter le choix des interventions et approches par des bases théoriques vérifiées, ainsi que de fournir les références des chiffres et données énoncés dans la présentation du programme.
17. Considérant que des approches sont bien identifiées mais que leurs liens avec le programme demeurent implicites, il est recommandé de les clarifier ; par exemple, expliquer en quoi l'approche de la mobilisation sociale apportera des modifications au niveau des facteurs de risque pour finalement conduire à une diminution des conduites à risque.
18. Considérant le grand nombre d'objectifs fixés par le projet, il est recommandé de le diviser en étapes de réalisation se terminant par des contrôles afin d'effectuer un meilleur suivi du programme.
19. Considérant que le témoignage des personnes infectées par le VIH permet de faire prendre conscience du réel danger que représente l'épidémie et qu'il permet également à ces personnes de s'engager dans une lutte, celle pour la vie et la sensibilisation contre la maladie, il est recommandé d'explorer le possibilité d'impliquer des jeunes (afin de favoriser l'identification) volontaires, pour témoigner de leur expérience auprès de la population ciblée.
20. Considérant que les parents des enfants des quartiers défavorisés peuvent devenir des soutiens non négligeables pour leurs enfants (pourvu qu'ils aient eux-mêmes accès à l'information), il est recommandé d'organiser des sessions d'information, d'éducation et de communication (IEC) de base à leur endroit.
21. Considérant la grande conformité des formations professionnelles proposées aux enfants et aux jeunes, il est recommandé d'élargir le spectre des offres de formations.
22. Considérant que le projet mérite d'être connu, notamment pour son efficacité, et qu'une plus grande visibilité augmenterait ses chances de financement, il est recommandé de soumettre une description du projet JSR à l'ONUSIDA afin qu'il soit incorporé à la prochaine édition du « Récapitulatif des Meilleures Pratiques » en matière de prévention du VIH/Sida.
23. Considérant l'apport important des partenaires au sein du projet, il est recommandé d'entretenir ces liens de partenariat en valorisant leur participation (par exemple, les convier à des fêtes lors de la célébration d'un succès, etc.).
24. Considérant les avantages que peuvent représenter des liens de partenariat avec des associations ou institutions œuvrant dans un domaine complémentaire au

projet, il est recommandé de renforcer des liens avec celles-ci (cliniques, pharmacie, etc.), et notamment avec l'association Chigata.

25. Considérant qu'un plus grand nombre d'acteurs de prévention permettrait de toucher plus d'enfants et de jeunes, il est recommandé d'impliquer dans le projet JSR 3 d'autres associations, ONG ou institutions oeuvrant auprès des populations cibles.
26. Considérant qu'il est essentiel que les intervenants s'approprient le message préventif afin de développer leur propre façon d'intervenir, il est recommandé de leur proposer de prendre du temps pour inventer leur propre matériel de prévention VIH (jeux, affiches, sketches, etc.), à partir des connaissances et compétences qu'ils acquièrent lors des formations.
27. Considérant les différences de vécu des quatre « catégories » d'enfants et jeunes ciblées par le projet, il est recommandé de réaliser des formations spécifiques à leur réalités de vie afin que les intervenants soient mieux préparés à l'intervention sur le terrain.
28. Considérant que la stigmatisation et la discrimination concourent à l'expansion du VIH/Sida, il est recommandé de rédiger, en impliquant les enfants et jeunes ciblés, des politiques anti-discrimination favorisant ainsi un climat favorable au projet de prévention.
29. Considérant qu'il est plus facile de s'identifier à une personne de même sexe et que les jeunes filles aborderont, plus facilement, certains sujets sensibles avec des femmes, il est recommandé de s'assurer que des intervenantes soient recrutées.
30. Considérant qu'il est essentiel que les pairs éducateurs soient traités en partenaires et qu'ils puissent exprimer leur opinion, il est recommandé de les consulter lors de l'évaluation des performances des formateurs afin qu'ils donnent leur appréciation concernant la formation et le soutien reçus.
31. Considérant l'importance d'évaluer l'efficacité du programme lorsqu'il sera mis en œuvre afin d'obtenir une crédibilité, il est recommandé de faire une évaluation exhaustive de ce programme, sur place.