



Formation des facilitateurs.trices et animateurs.trices en techniques de communication pour la sensibilisation des bénéficiaires en vue du changement de comportement

Flavien Tiokou Ndonko, Halima Mohamadou Julia Katzan

Consultants

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ARV Antirétroviraux

CAM Club des Amis du Monde

CAP Connaissances, Attitudes et Pratiques

CE Causerie éducative

CTC Connais Ton Corps

DIU Dispositif Intra-Utérin

DRS Direction Régionale de la Santé

FOSA Formation sanitaire

GIZ Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Coopération internationale allemande)

IST Infections Sexuellement transmissibles

MaSaMa Ma santé, mon avenir

MGF Mutilations génitales féminines

ONG Organisation Non Gouvernementale

OPROGEM Office de Protection du Genre, de l'Enfance et des Mœurs

PASA Projet d'Appui à la Santé

PF Planification familiale
PP Parcours Participatif

PP-CTC Parcours Participatif – Connais Ton Corps

Sida Syndrome de l'Immuno-déficience acquise

SRJA Santé reproductive des jeunes et des adolescents

SDSR Santé, Droits Sexuels et Reproductifs

VBG Violences basées sur le genre

VIH Virus de l'Immuno-déficience Humaine

ZOPP Zielorientierte Projektplanung (planification des projets par objectifs)

Table des matières

ABREVIATIONS ET ACRONYMES	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS	5
REMERCIEMENTS	ε
INTRODUCTION	7
Contexte ou raisons d'être de la formation	7
Objectifs de la mission	<u>C</u>
Objectifs spécifiques	<u>C</u>
Méthodologie	<u>C</u>
Résultats attendus de la formation	10
Livrables	10
DEROULEMENT DE LA FORMATION	11
Profil et attentes des participant.e.s	11
Attentes des participant.e.s	12
Craintes des participant.e.s	12
Brève description du contenu des sessions	13
Module : Introduction	13
Module : Descente filmée sur le terrain (causerie éducative et PP-CTC)	13
Module : Notions de communication en matière de santé	14
Module : Leçons apprises descente filmée (causerie éducative et PP-CTC)	17
Module : Pratique de la communication : les prérequis	20
Module : Conception et mise en œuvre d'une sensibilisation	20
Module : Adaptation des questions et concepts en langue locale	21
Module : Importance du témoignage	23
Module : Sensibiliser les enfants (exemple de dépliant dynamique et ludique)	24
Module : Genre et santé sexuelle et reproductive (SSR)	25
Module : Violences basées sur le genre (VBG) et soutien de 1ère ligne	26
Module : Entretien motivationnel (définition, écoute réflective, questionnement)	27
Entretien motivationnel (Changement, résistance)	29
Module : Revue des objectifs et des résultats du projet	30
Module : Films, études de cas et jeux de rôles	30
Evaluation (pré et post test) de l'atelier	31
Mise sur pied d'une plateforme WhatsApp et impression des participant.e.s	32
QUELQUES PROBLEMES IDENTIFIES ET PROPOSITIONS DE SOLUTIONS	34

	Insuffisance des connaissances sur les thématiques de santé sexuelle et reproductive	34
	Difficultés fonctionnelles de lecture et de gestion de l'animation	34
	Participation insuffisante des jeunes et adolescents aux échanges	34
	Question d'horaires dans les établissements et gestion du temps	35
	Saturation des jeunes et adolescents avec une séance complète de 5 stations	37
	Non harmonisation des outils et non disponibilité du matériel	37
	Faible exploration du contexte culturel	38
	Gestion de la roue et des cartes	39
	Non homogénéité des cartes	40
	Non disponibilité d'échantillons et manque de temps pour la démonstration	40
	Biais dans l'exploitation de l'affiche des méthodes de contraception	41
R	EVISION DU PP-CTC	42
	Station 1 : IST/VIH-SIDA (Debout)	42
	Station 2 : Mariage d'enfants (Assis)	44
	Station 3 : Méthodes contraceptives (Debout)	46
	Station 4 : Prévention des MGF (Assis)	47
	Station 5 : Prévention et contrôle des maladies endémiques (Debout)	50
C	ONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	51
Ą	genda de l'atelier	53
Li	ste des participant e.s à l'atelier PP-CTC de Mamou	56

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Innovation dans la nouvelle approche de communication	. 13
Figure 2: Différentes approches de communication en matière de santé	. 15
Figure 3: Caractéristiques communes des pairs	. 16
Figure 4: Types de cibles en matière de communication pour la santé	. 16
Figure 5: Importance de l'identification des cibles	. 17
Figure 6: Langues utilisées selon les cibles	. 22
Figure 7: Evolution du score pré et post test de la formation par région	. 32
Figure 8: Modèles de gestion des contacts	. 36
Figure 9: Modèle de négociation d'horaires	.36
Figure 10: Modèle de contact avec 3 classes dans le même établissement ou dans les établissements différents le même jour	
Figure 11: Gestion des contacts pour renforcer l'acquisition des connaissances	. 37
Photos 1 : Produits à usage traditionnel contraceptif ou abortif	. 39
Photos 2: Les différentes méthodes de contraception nécessaires	. 40
Tableau 1: Exemple de matériel manquant par site/région	. 38

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier le Dr. Alois Dörlemann, Directeur de Health Focus, Mme Marine Kololo et Mme Beate Ziegler du siège de Health Focus à Postdam en Allemagne pour la confiance qu'ils nous ont accordée en nous sollicitant pour réaliser cette mission de renforcement des capacités en Guinée. Nous voulons également remercier l'équipe de Health Focus sur place à Conakry, notamment Mme Diallo Bailaou et Monsieur Ibrahima Sory Sako pour leur l'accompagnement sur place avec les procédures de visa et d'autres modalités administratives.

Nous voulons aussi exprimer notre profonde gratitude à tous les responsables de la Giz, notamment les Drs. Adama Camara, Sekou Traoré, Mme Katharine Thayer, Messieurs Diallo Mamadou Cellou Mouctar, Ibrahima Keita, Aniwanou Felix HOUNSA, Youssouf Diallo, Nabe Mory et de l'ONG CAM, notamment M. Alpha Amadou Bah pour les conseils fort utiles qu'ils nous ont donnés et surtout leur disponibilité à participer à toutes les étapes de la préparation de la mission en ligne sur Teams. Nous avons particulièrement apprécié que le Dr. Traoré se déplace à Mamou pour le lancement de l'atelier de formation, et qu'il est pu l'ouvrir en prononçant un mot d'ouverture où il a très bien situé le contexte dans lequel le projet a été initié ainsi que les évolutions récentes. Nous remercions, une fois de plus, Monsieur Alpha, Coordinateur de CAM qui nous a assisté tout au long de l'atelier en nous apportant les informations de base sur leur travail et en organisant les activités pratiques sur le terrain.

Nous tenons aussi à exprimer notre grande admiration et reconnaissance à l'endroit des participant.e.s de cet atelier, à leur titres respectifs (facilitateurs.trices, animateurs.trices, superviseur.e.s). Ils/elles ont courageusement testé et mis en œuvre une approche complexe et subtile reconnue comme le parcours participatif en l'appliquant à des thématiques très importantes dans le contexte guinéen, visant les jeunes et les adolescent.e.s à mieux connaître leur corps. Nous remercions aussi très sincèrement toutes les jeunes filles et les jeunes garçons qui ont participé au test pratique d'animation sur le terrain, nous permettant ainsi de déceler les points forts et les aspects à améliorer chez les facilitateurs.trices. Lors des descentes sur le terrain, nous avons retrouvé par au hasard un jeune garçon mongol, dénommé Mama et bien connu à Mamou. Il avait de la peine à articuler ses mots, mais il est un génie en animation et a permis au groupe d'apprendre comment on peut influencer une audience même sans parler et surtout comment intégrer des aspects ludiques à la communication. Nous sommes très reconnaissants à ce jeune qui malgré son handicap a distillé de la bonne humeur et est devenu une référence pour certains aspects de la formation.

Nous remercions aussi les deux chauffeurs de la GIZ qui nous ont conduit à diverses étapes de la mission. Tout n'était pas toujours facile avec l'un d'eux, mais finalement la mission s'est terminée sans problème majeur.

INTRODUCTION

Cette consultation s'est déroulée en un peu moins de deux semaines sur le terrain en Guinée, entre le 17 et le 30 Juin 2022. La formation proprement dite s'est tenue dans la ville de Mamou au centre de la Guinée pendant neuf jours, du 20 au 29 Juin 2022 et a réuni une vingtaine de participant.e.s de l'ONG CAM qui met en œuvre le projet 'Ma Santé mon Avenir' (MaSaMa2) - Projet d'Amélioration de la Santé Sexuelle et Reproductive des Jeunes et Adolescents des Régions de Labé, Mamou, Kindia, Faranah et Nzérékoré. Cette formation envisagée depuis 2019 a été reportée à deux reprises à cause de l'instabilité socio-politique et de la survenue de la crise sanitaire du coronavirus.

Contexte ou raisons d'être de la formation

Au cours de la mise en œuvre du 'Projet d'Appui à la Santé (PASA1) entre 2015 et 2018 et de son extension à d'autres régions du pays à partir de 2019, la GIZ avait déjà identifié le besoin d'une formation continue de facilitateurs.trices et éducateurs.trices pouvant promouvoir des campagnes et activités de sensibilisation les plus stimulantes et persuasives possible, avec un accent sur les méthodes de communication interactives et engageantes comme des jeux, débats, jeux de rôle etc., car souvent leur expérience se limitait à la livraison des messages de façon frontale, sans beaucoup d'interaction avec les cibles.

Aussi l'offre technique pour le projet MaSaMa 2, cible les jeunes et adolescent.e.s scolarisé.e.s et non scolarisé.e.s âgé.e.s de 13 à 24 ans et plus et vise à agir sur leurs connaissances (modes de contamination / propagation, au moins trois méthodes de contraception, les risques médicaux, psychologiques, familiaux et sociaux liées au mariage précoce ou aux mutilations génitales féminines) et la volonté (effectuer des tests volontaires en IST/VIH ou les maladies à potentiel épidémique, favorables à l'abandon de la pratique des MGF). Agir sur les connaissances, faire changer ou faire adopter des comportements souhaités par des bénéficiaires nécessitent de bien les connaître, d'explorer ce qu'ils savent, ce qu'ils font déjà et de les accompagner à progresser vers les comportements souhaités. Ce qui exige des facilitateurs.trices et animateurs.trices d'être rompu.e.s à l'écoute, à l'exploration des connaissances, aux techniques de négociation et d'entretien motivationnel. Vu quelques constats faits dans le cadre de l'étude sur les connaissances, aptitudes et pratiques (CAP) en 2021 (voir encadré cidessous), les facilitateurs.trices et animateurs.trices devront en plus être muni.e.s de patience, mais faire preuve de persévérance et être de fin.e.s stratèges.

Quelques constats de l'étude CAP (Rapport d'Août 2021) :

- Proportion des jeunes de 15-24 ans qui connaissent au moins deux méthodes de prévention contre le VIH (préservatif, fidélité ou abstinence) et rejettent les idées fausses sur le mode de transmission du VIH ... est faible : 12%.
- Trois jeunes âgés de 10 à 24 ans sur dix (30%) ont affirmé être défavorables à la poursuite de la pratique de l'excision
- Dans le groupe d'âge des jeunes filles de 15 à 24 ans, les résultats indiquent que le taux d'utilisatrices de méthodes modernes de planification familiale est de 11% avec 9% à Faranah et à Kankan,12% à Kindia, 26% à Labé, 4% à Mamou et 10% à N'Zérékoré. Il est de 4% dans la Préfecture de Kissidougou et 13% à Kérouané
- La proportion de jeunes de 15 à 24 ans qui ont des attitudes et pratiques adaptées à la prévention des maladies évitables par l'hygiène et la vaccination a été de 62%
- Les résultats de l'enquête ont montré que presque toute la population féminine de 10 à 24 ans enquêtée (98%) a déclaré avoir été excisée
- Proportion des jeunes filles et garçons âgées de 10 à 24 ans qui affirme ne pas vouloir exciser leurs filles à l'avenir : les résultats de l'enquête indiquent que cette volonté enregistre un taux de 33%, et prouvent que la pratique des MGF, malgré leur effet néfaste sur la santé des filles et femmes reste très populaire au niveau des jeunes et de ce fait, la persistance d'opinion de ce genre dans la société pourrait faciliter la continuité de cette pratique
- Les résultats montrent que 46% des parents sont d'accord « qu'il est bon/bien que les jeunes filles et garçons de 15-24 ans utilisent les méthodes de PF »
- Le taux de rejet des MGF par les jeunes est passé de 21% en 2017 à 30% en 2020. Selon la région, ce taux est passé de 15% dans la région de Kindia en 2017 à 16% en 2020, de 22% à Labé en 2017 à 31% en 2020. Le taux de rejet par les jeunes de la pratique des MGF était de 18% dans la région de Mamou en 2017 et de 32% en 2020. Dans la région de Faranah, le taux de rejet par les jeunes de la pratique des MGF est passé de 33% en 2017 à 40% en 2020.
- L'évolution du taux de dépistage du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans (indicateur 5) entre 2017 et 2020 est passé de 3% en 2017 à 8% en 2020
- L'évolution du taux d'IST chez les jeunes de 15 à 24 ans (indicateur 6a3) montre que ce taux a augmenté de façon significative entre 2017 et 2020 en passant de 21% en 2017 à 29% en 2020
- Le taux de prévalence contraceptive dans l'ensemble des régions de la zone de l'enquête a été de 13%. Ce taux était de 9% dans l'enquête CAP de 2017
- La proportion de jeunes qui n'ont pas l'intention de faire exciser à l'avenir leur fille a augmenté de façon significative de 19% [17.30; 21.20] en 2017 à 33% [28.81; 41.38] en 2020
- Cependant, les filles seraient significativement plus favorables à la poursuite de la pratique des MGF que les garçons : de 15% en 2017 à 26% en 2020 contre de 26% en 2017 à 41% en 2020.

Objectifs de la mission

L'objectif principal de la mission était de former une vingtaine de facilitateur.trice.s, animateur.trice.s et superviseur.e.s en communication pour la sensibilisation en SDSR et sur les services de santé disponibles, afin de renforcer la connaissance de la population (notamment des jeunes et adolescents), ainsi que la demande pour les services de santé reproductive et sexuelle dans les zones d'intervention du programme de santé de la GIZ.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques attendus de la formation étaient que les participant.e.s :

- Prennent plus d'initiatives dans le processus de communication (interaction avec les client.e.s, écoute active) ;
- Adaptent davantage la communication aux besoins réels des cibles/client.e.s (clarté et effets du message, aisance des client.e.s à prendre la parole);
- Communiquent avec les cibles au lieu de communiquer pour les cibles ;
- Sont ouvert.e.s à traiter les sujets sensibles en matière de SDSR;
- Intègrent plus d'aspects ludiques au processus de communication

Mais, il était également question pour les consultant.e.s de

- Soutenir la réalisation des matériaux et outils pédagogiques adaptés au contexte quinéen
- Soutenir et accompagner le développement et mise en œuvre de la formation des facilitateurs.trices qui livreront les informations et activités dans les sessions CTC

Méthodologie

Pour réaliser cette mission, nous avons suivi un processus méthodologique rigoureux en commençant par la revue des documents du projet, des réunions préparatoires en ligne pour mieux comprendre les besoins réels sur le terrain, puis des échanges par mail avec les acteurs clés du projet et une réunion en ligne sur Teams avec les différentes personnes ressources de la GIZ, de l'ONG CAM et de Health Focus. Par ces différents échanges, nous avons précisé les attentes de la mission, structurer l'agenda, préparer les modules et projeter l'organisation matérielle et logistique sur le terrain.

Pour ce qui est de la méthodologie de la formation, nous avons privilégié la pratique en situation réelle sur le terrain, les jeux de rôle, les études de cas, les travaux de groupe, les projections de films documentaires ou éducatifs tout ceci ponctué de présentations techniques sur les principales thématiques. Les activités de pratique d'animation sur le terrain ont été filmées pour permettre aux participant.e.s de visualiser la vidéo, d'analyser leurs forces et identifier les difficultés sur lesquelles ils/elles devraient s'améliorer. Quand ils ont compris ce qui était attendu d'eux.elles, comment ils/elles devraient procéder pour

être convaincant.e.s, captivant.e.s et efficaces, ils/elles étaient parfois très amusé.e.s de leurs insuffisances sur le plan de l'animation, des lacunes en matière d'organisation technique et logistique des sessions.

Résultats attendus de la formation

Les principaux résultats attendus de la formation étaient que les facilitateurs.trices, les animateurs.trices et les superviseur.e.s:

- ✓ Prennent plus d'initiatives ;
- ✓ Communiquent de façon adaptée en prenant en compte les besoins des cibles/client.e.s;
- ✓ Ecoutent les cibles/client.e.s et font attention à leurs besoins ;
- ✓ Sont plus décomplexés à traiter tous les sujets y compris ceux perçus comme embarrassants ;
- ✓ Intègrent plus d'aspects ludiques au processus de communication ;

Livrables

A la suite des échanges avec les responsables de la GIZ, de Health Focus et de l'ONG CAM, nous avons convenu de centrer les résultats de cette mission sur les livrables suivants :

- Un concept de la formation sur le renforcement des capacités de communication dans le cadre de l'approche CTC, Programme de Santé en Guinée
- Modules de formation avec les différentes présentations et autres supports vidéo réalisés sur le terrain
- Un rapport détaillé de la formation, contenant un chapitre sur la révision du PP-CTC, notamment avec la gestion des échanges introductifs et les questions de relance ou de discussion.

DEROULEMENT DE LA FORMATION

Profil et attentes des participant.e.s

La formation qui s'est tenue en 9 jours a rassemblé 20 participant.e.s dont 8 femmes et 12 hommes, ainsi que le Coordinateur de l'ONG CAM. Ces participant.e.s venaient des régions suivantes :

Faranah : 4
Kindia : 4
Labé : 4
Mamou : 4
Nzérékoré : 4

Tous ont un profil très varié avec une formation de base dans les domaines suivants :

- Biologie, biochimie, agroforesterie, sciences de l'environnement ou gestion des ressources naturelles, ingénierie-technologue (8 participant.e.s)
- Sociologie (3 participant.e.s)
- Littérature anglaise, linguistique (3 participant.e.s)
- Economie (2 participant.e.s)
- Santé, hygiène santé sécurité et environnement (2 participant.e.s)
- Informatique (1 participant.e)
- Journalisme (1 participant.e)
- Tourisme (1 participant.e)

Ce profil varié peut être d'un atout dans le travail à faire dans la mesure où les facilitateurs /animateurs.trices peuvent apporter des perspectives différents, mais s'ils n'ont pas reçu une formation de base sur les questions de santé sexuelle et reproductive ou en communication, cela devient plutôt un obstacle ou un frein. Malheureusement seuls quelques-uns de ces participant.e.s ont bénéficié à la base de la formation sur le parcours participatif-CTC. D'autres ont seulement été briefés sur le tas, ce qui en soi pose problème, car ils/elles ne bénéficient pas d'une supervision formative adéquate. Le groupe totalisait 104 ans d'expérience en animation, soit une moyenne individuelle de 4 ans. Mais les scores du pré et post test ainsi que les autres difficultés relevées tout le long de la pratique de l'animation en situation réelle sur le terrain et lors des jeux de rôles en salle montrent clairement que le niveau moyen des participant.e.s dans le domaine de la communication en santé et en matière de santé sexuelle et reproductive est insuffisant. Ceci est d'ailleurs confirmé par leurs attentes et certaines de leurs craintes.

Attentes des participant.e.s

Les participant.e.s ont reçu des cartes ZOPP où chacun devait écrire deux de ses principales attentes de la formation. Voici la liste de leurs attentes :

- Etre capable de communiquer partout où besoin sera
- Devenir un bon facilitateur
- Etre bien outillé en animation
- Savoir bien communiquer sur les sujets de sexualité
- Avoir une bonne formation
- Avoir une bonne formation sur les techniques de communication
- Avoir une expérience et connaissance dans le domaine
- Maîtriser la technique de communication en matière de santé
- Lever le doute sur les questions mal comprises
- Avoir la bonne formation au bénéfice de ma communauté
- Etre capable de faire la restitution des connaissances acquises à mes collègues
- Partager mon expérience
- Bien comprendre la notion de référencement et de suivi
- Avoir des brochures / attestation
- Connaitre la différence entre causerie éducative et sensibilisation

Ainsi ces attentes démontrent bien d'un besoin de renforcement de compétences dans le domaine des techniques de communication pour le changement de comportement, mais aussi en matière de santé sexuelle et reproductive. Ces attentes ont également révélé le manque d'outils ou de supports pour la sensibilisation. Les principales attentes sont aussi reflétées dans les craintes exprimées par les participant.e.s au début de l'atelier.

Craintes des participant.e.s

Chaque participant.e a eu la possibilité d'exprimer une crainte et d'écrire celle-ci sur la carte. Voici la synthèse des craintes exprimées :

- Réticence des non scolaires sur les MGF
- Ne pas être à la hauteur des attentes
- Ne pas être capable de bien communiquer
- Gestion du temps et l'organisation de la formation
- Peur de sortir nul de l'atelier, rentrer sans avoir rien compris
- Etre incapable de faire une animation de simulation devant les animateurs.trices et les facilitateurs.trices
- Rester silencieuse au cas où je n'arrive pas à comprendre certains thèmes

Ces craintes exprimaient le manque de confiance en eux/elles, la peur de mal faire et de ne pas être à la hauteur. Ce qui suscite un réel étonnement vu qu'ils/elles sont censé.e.s être expérimenté.e.s. En réalité, tel n'était pas le cas. Après la première sortie sur le terrain, nous avons été contraints de réviser et réadapter l'agenda pour le rendre plus pratique et surtout consacrer davantage de temps aux exercices favorisant l'écoute, l'analyse des besoins, la réponse différenciée aux besoins et l'importance de l'entretien motivationnel, des techniques de négociations et de persuasion.

Brève description du contenu des sessions

Module: Introduction

Cette session a consisté à planter le décor de l'atelier, expliquer les indicateurs du projet et les résultats de l'évaluation pour montrer la nécessité de formation. Les attentes et les craintes des participant.e.s ont été collectées avant une présentation des objectifs de la formation. Par leurs mots d'ouverture, le Représentant de la GIZet le Responsable du CAM sont revenus sur l'importance de cette formation qui aidera à renforcer les capacités des facilitateurs.trices et animateurs.trices pour mieux atteindre les cibles du projet, que sont essentiellement les jeunes et adolescents en milieu scolaire et non scolaire, afin d'améliorer leurs connaissances et susciter le changement de leur comportement. Compte tenu des défis relevés à ce jour, il sera question d'amener les participant.e.s à innover dans leur approche de communication, comme schématisé ci-dessous :

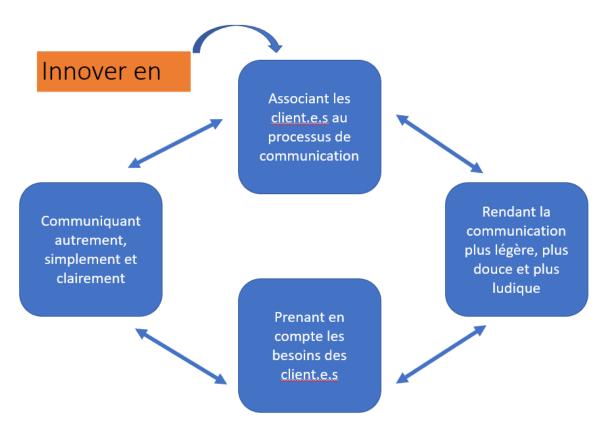


Figure 1: Innovation dans la nouvelle approche de communication

Module : Descente filmée sur le terrain (causerie éducative et PP-CTC)

Ce module consistait à filmer en situation réelle une causerie éducative et les différentes stations du PP-CTC tel que cela se passe sur le terrain. Ainsi près de 3 heures de vidéos ont été capturées. Cette pratique devait nous permettre d'avoir une idée de comment les choses sont réalisées. Cette vidéo a servi de base de travail pour examiner les points forts et les points à améliorer dans l'organisation des causeries éducatives et des stations du PP-CTC. Les facilitateurs trices ont été tirés au hasard ainsi que les thèmes de la

causerie éducative et les différentes stations du CTC. L'OCG CAM a préalablement arrangé des rendez-vous avec un groupe de jeunes filles dans un centre d'apprentissage de la couture et avec les jeunes garçons dans un lycée de la place. Ainsi, ces différentes situations ont été filmées et les vidéos regardées et analysées en plénières. Les détails sur les leçons apprises sont mentionnés dans le module : 'leçons apprises descente filmée' dans les pages suivantes.

Module : Notions de communication en matière de santé

Après la descente filmée de la pratique de la communication sur le terrain, il a été question d'introduire la communication en matière de santé aux participant.e.s, et de montrer pourquoi parfois cela ne marche pas dans les projets à travers des exemples à éviter. L'étape suivante a été de leur expliquer que la communication, l'importance de bien connaître son audience et la cible choisie sont les facteurs de succès dans la mise en œuvre des différentes approches. La session était précédée par la projection d'un minifilm documentaire de Charly Chaplin, un film muet démontrant qu'il est possible de communiquer, de susciter l'intérêt de l'audience et passer des messages sans parler, par la seule force de la communication non verbale. Nous reviendrons ultérieurement sur l'ensemble des films, études de cas et jeux de rôles utilisés pendant l'atelier. A titre d'illustration, nous avons constaté que les causes d'échec en matière de communication proviennent principalement de :

- messages parfois mal conçus, inappropriés voire communiqués à la mauvaise audience sans atteindre véritablement le public cible;
- une forte tendance à utiliser les méthodes éducatives, qui ont un impact limité en matière de changement de comportement des individus ou d'adoption de comportements souhaités par eux (on veut leur enseigner, sans chercher à savoir ce qu'ils savent, font déjà ou sont capables de faire);
- l'absence de formation ou une formation insuffisante des animateurs communautaires pour bien mener les activités de communication ;
- une faible allocation des ressources pour des activités de communication ;
- l'absence de suivi des effets ou de l'impact de la communication en matière de santé;
- la faible capacité ('empowerment') des concernés ou bénéficiaires à se prendre en charge.

Par la suite, il leur a été défini la communication en matière de santé, comme suit :

Une tentative systématique d'influencer positivement les pratiques de santé des populations, en utilisant les principes et les méthodes de communication de masse, du marketing social, de l'analyse des comportements et de l'anthropologie médicale. La communication en matière de santé vise à développer des stratégies pour modifier les intentions et les comportements de chacun, apportant ainsi des changements dans les pratiques liées à la santé et au-delà au statut de santé en général.

Nous avons particulièrement insisté sur les conditions pour une meilleure communication en matière de santé, à savoir la nécessité de :

- comprendre le comportement des gens, d'où l'importance de disposer de données fiables en termes de résultats de recherche (aussi bien quantitative que qualitative);
- identifier clairement le problème à résoudre, car la communication seule ne peut résoudre tous les problèmes de santé ;
- disposer de supports adaptés et variés selon les bénéficiaires visés ;
- procéder graduellement et systématiquement, suivant une stratégie bien planifiée et non par le fait du hasard.

Comme les attentes des participant.e.s portaient sur lebesoin de bien comprendre les différentes approches de communication, nous avons pris le temps de les clarifier et d'expliquer l'approche PP-CTC comme transversale aux trois ci-dessous dans la mesure où elle puise dans chacune d'elle :

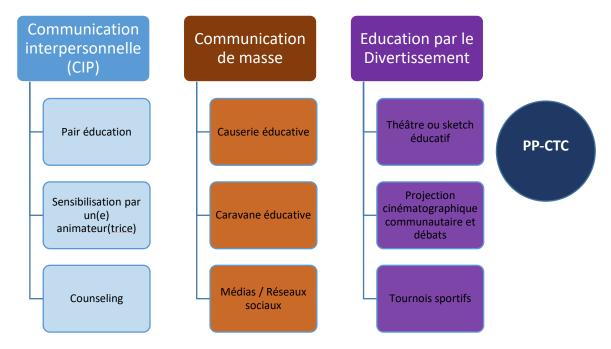


Figure 2: Différentes approches de communication en matière de santé

Nous avons utilisé l'exemple des pairs éducateurs pour leur démontrer comment l'influence entre-eux fonctionne. Il est important que les pairs partagent un maximum de caractéristiques communes pour s'influencer et espérer un changement de comportement :

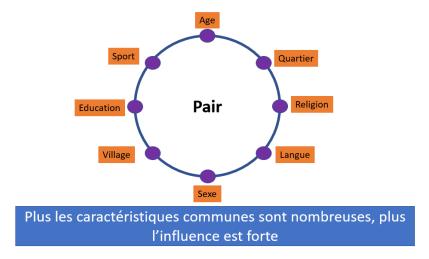


Figure 3: Caractéristiques communes des pairs

Nous avons également abordé la question du type de cibles en matière de communication afin que les participant.e.s comprennent très bien pourquoi ils/elles s'adressent à telle catégorie d'acteurs plutôt qu'à tel d'autres, sur quel cibles les indicateurs du projet sont mesurés et pourquoi on devrait se concentrer prioritairement sur les objectifs à atteindre en visant précisément la cible.



Figure 4: Types de cibles en matière de communication pour la santé

Ensemble, nous avons compris les raisons pour lesquelles il faut bien identifier ces cibles, comme illustrer dans le graphique ci-dessous :

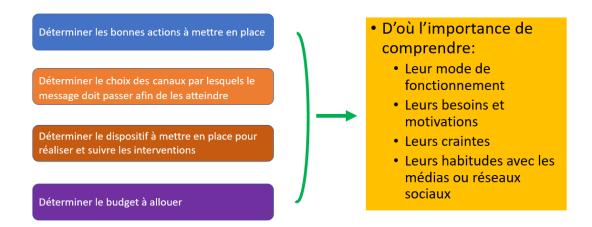


Figure 5: Importance de l'identification des cibles

Pour conclure cette session capitale qui devait nous permettre d'analyser leur expérience filmée de la réalisation de la causerie éducative et des différentes stations du PP-CTC, nous avons noté :

- Il n'y pas de hasard dans le domaine de la communication en matière de santé ;
- Pour que la communication en matière de santé ait du succès, il faut systématiquement la planifier, lui allouer les ressources suffisantes à cet effet, disposer de matériel adapté et d'un personnel formé ;
- Il est tout aussi important de suivre et documenter les effets ou l'impact de la communication en matière de santé, pour pouvoir apporter des mesures correctrices dans la stratégie ou développer de nouveaux produits ou services, en cas de besoin.

Module : Leçons apprises descente filmée (causerie éducative et PP-CTC)

Pendant les séances de restitution, les problèmes constatés ont été relevés et les participant.e.s devaient confirmer si la situation vécue était courante sur leur site d'intervention et expliquer comment ils se posent à eux. Le fait d'avoir une introduction sur les notions de communication et d'avoir expliqué comment mener une animation leur a permis lors du visionnage de leur propre mise en situation d'avoir une analyse critique de leur performance. Ils ont souvent été très amusés en se voyant faire des erreurs à l'écran et décelaient eux-mêmes leurs propres insuffisances ou celles des autres facilitateurs.trices. Voici quelques constats faits pendant ces restitutions :

Restitution causerie éducative :

- Manque de préparation (rôles pas définis, banderole fixée au cours la causerie)
- L'animateur tient une boîte à image mais il ne l'utilise pas. Cela l'encombre
- Manque de concentration de l'animateur
- Les participant.e.s sont distrait.e.s
- La parole est monopolisée par deux participant.e.s et l'animateur

- Déplacements/mouvements intempestifs des participant.e.s
- · Les participant.e.s téléphonent, bavardent entre eux, mangent
- Les enfants/bébés étaient présents et ont perturbé les mamans, voire la séance
- L'animateur n'a pas clarifié certaines questions, par exemple, la difficulté des filles d'aller prendre ou d'utiliser une méthode de contraception
- Le lieu de l'atelier n'était pas adapté (les participant.e.s ont été exposé.e.s à la pluie, puis au soleil. Il y avait un dénivelé important pouvant constituer un risque de chute pour les personnes présentes)
- La tranche d'âge des participant.e.s était trop importante (de très jeunes apprenti.e.s qui n'ont pas parlé et des participant.e.s beaucoup plus âgées)
- L'animateur a beaucoup parlé

Restitution parcours participatif - CTC:

- Matériel utilisé pour la formation non adapté (papier flipchart qui se déchire souvent). Une demande de matériel a été soumise à la GIZ
- Lieu de rangement du matériel insuffisant, non disponibilité des autres matériels promotionnels (sac, T-shirts, casquettes) pour les animateurs/facilitateurs.trices au cours de cette phase du projet
- Pas d'intrants dans les FOSA (réactifs pour les tests)
- Certains animateurs n'ont jamais vu, ni toucher certaines méthodes de contraception (DIU, Jadelles, Colliers, Condoms féminins)
- Le temps de réalisation d'une station n'a pas été correctement évaluer : il varie entre 5 à 10 min de plus ou de moins et les stations sont interrompues avant la fin du temps prévu.
- Concernant l'affiche PF, les participant.e.s ont connaissance des informations qui y sont présentées, à savoir les différentes méthodes de contraception. Puis on leur demande de tirer au sort une méthode du sac, de l'expliquer puis d'aller lire les informations relatives à la méthode en question sur l'affiche. Il y a un problème avec cette façon de procéder car généralement les participants ont déjà lu le contenu de l'affiche avant de tirer aléatoirement une méthode. Du coup l'exercice est biaisé. Il ne faudrait donc pas exposer l'affiche au début de cette station.
- Manque de temps pour la démonstration des méthodes de contraception (préservatifs masculins et féminins, par exemple). A noter : il y a des facilitateurs.trices et animateurs.trices qui ne connaissent pas le mode d'utilisation d'un préservatif féminin. Une seule participante a fait la démonstration pendant la séance;
- Problème de disponibilité des élèves pour participer aux stations, à cause du programme scolaire et d'un emploi du temps chargé
- Nombre de salle pour l'animation du CTC insuffisante, les équipes ont été contraintesd'animer les stations dans la même salle et parfois en un lieu fixe. Il arrive aussi que les salles disponibles soient éloignées et font perdre davantage de temps aux facilitateurs.trices
- C'est le coordinateur qui gère le temps et donne son accord pour le démarrage d'une station : mais il peut être amener à manquer de temps dans ce processus. Il arrive que certains utilisent un sifflet pour donner le signal, ce qui peut perturber élèves qui sont dans d'autres classes.
- Difficultés d'organiser le CTC pendant la période desexamens
- Les élèves de certaines classes ne sont pas touchés au cours de l'année scolaire, du fait du grand nombre de classes ou d'élèves

- Certaines équipes font des échantillons d'élèves qui participent au CTC avec l'espoir qu'ils transmettent les informations à leurs pairs
- Des élèves se déplacent d'un bâtiment à un autre, lorsqu'il n'y a pas d'enseignant. Mais assez souvent, ce sont les facilitateurs trices qui se déplacent d'une salle à l'autre.
- Il arrive que les 5 stations de déroulent dans la même salle et que les facilitateurs.trices se déplacent à chacune d'elles
- Beaucoup de mouvements des membres de l'équipe dans la salle (les coordonnateurs doivent se positionner derrière au fond de la salle)
- Ne pas avoir de téléphone pendant la séance ou l'éteindre
- Accompagner les participant.e.s à ressortir eux-mêmes les informations/réponses
- Revoir la disposition de l'affiche dans la salle
- S'asseoir au même niveau que les participant.e.s (même chaises, ou table banc pour tous : ne pas créer de distance entre facilitateurs.trices et participant.e.s)
- Les facilitateurs.trices non seulement mobilisent la parole, mais parlent trop vite, coupent parfois la parole aux participant.e.s, ne les remercient pas et les abandonnent dans la salle. Il distribuent eux-mêmes les cartes plutôt que de laisser les participant.e.s s'en occuper.
- L'assistante n'a pas été introduite et prend subitement la parole pour intervenir
- La mémorisation de tous les messages des 5 stations n'est pas évidente en une séance du CTC
- Risque de remettre la carte avec la même question aux participant.e.s au cas où c'est le/la facilitateur.trice qui les distribue.

Module : Pratique de la communication : les prérequis

Après le visionnage et l'analyse des vidéos réalisées sur les cas pratiques de causerie éducative des stations du PP-CTC, nous avons travaillé sur la pratique de la communication en passant en revue des prérequis ou détails importants qui permettent la réussite d'une bonne communication. C'est ainsi que nous avons ensemble analysé :

- le cadre (où doit se tenir la rencontre ou les séances, est-ce qu'il est approprié, spacieux);
- la sécurité (ne présente pas d'obstacles qui gênerait la fuite en cas de dispersion brutale, par exempe) ;
- la confidentialité des échanges est-elle garantit ?
- les participant.e.s sont-ils/elles à l'abri des intempérie comme la pluie ou le soleil ?);
- l'horaire (est-il satisfaisant pour les bénéficiaires, est-ce qu'ils.elles auraient faim ou seraient fatigué.e.s ou épuisé.e.s à ce moment-là);
- le groupe (est-il homogène, mixte ou composite? Quelle langue allons-nous parler pour être sûr que tout le monde comprend et participe activement aux échanges? et moi en tant que facilitateur (quel sera mon niveau de langage pour me faire comprendre du groupe, mon attitude vestimentaire, mes gestuelles?).

Les facilitateurs.trices doivent également s'assurer que les autorisations ont été obtenues et que des dispositions ont été prises pour installer les participant.e.s en demi-cercle ou en U, qu'ils.elles debout ou assis.e.s. Si les participant.e.s doivent s'asseoir, veuillez à ce qu'il y ait assez de chaises ou de bancs ou de places sur la natte pour tout le monde.

La finalité de ce module était d'amener les participant.e.s non seulement à mieux planifier l'organisation de leur travail, mais surtout à anticiper sur les risques et disposer d'un plan ou d'idées de mitigation pour ne pas perdre le temps précieux qu'il leur est souvent accordé sur le terrain à rechercher des solutions aux problèmes qu'ils auraient dû anticiper.

Module : Conception et mise en œuvre d'une sensibilisation

Après le module sur la pratique et l'organisation matérielle d'une situation de communication, nous avons ensemble abordé les étapes de la mise en œuvre d'une sensibilisation. Ainsi, il leur a été rappelé que l'activité de communication se déroule en étapes : la préparation ou conception, la mise en œuvre ou réalisation, la conclusion ou messages clés et enfin le suivi/rapportage. Ainsi, à chacune des étapes, il a été convenu des tâches qui doivent être réalisées et il a été conseillé d'éviter la routine, mais de préparer systématiquement chaque descente sur le terrain :

Etape préparatoire : que doit-on faire ou à quoi doit-on penser ?

- Identification des sites/lieux, disponibilité des cibles
- Analyse et stratégie de mitigation des risques
- Négociation des horaires avec les autorités

- Disponibilité du matériel et du personnel
- Révision /préparation (notes)

A cette étape, on doit également penser à certains détails comme: comment aborder la thématique de façon simple, ludique, et faire appel aux données de l'environnement social ou culturel (parenté à plaisanterie, par exemple). A cet effet, on pourrait échanger avec des personnes âgées (femmes et hommes) pour rechercher des symboles ou illustrations culturels, échanger avec les leaders religieux pour trouver des symboles appropriés. On devrait également rechercher s'il existe des proverbes ou symboles pour illustrer le message clé ou la conclusion et prendre notes de toutes ces informations dans son plan de sensibilisation.

Etape de mise en œuvre : que doit-on faire ?

- Arrivée à l'heure de toute l'équipe
- Aménagement de la salle ou des salles
- Mise en place des outils
- Répartition des participant.e.s
- Répartition des fiches de présence
- Démarrage de la session, avec une introduction par l'animateur/coordinatrice des facilitateurs.trices
- Chronométrage du temps par le/la coordinateur.trice

Conclusion/ Message clé : que doit-on faire ?

- Messages clés
- Orientation vers les services
- Mots de remerciements
- Contact téléphonique de l'Action Sociale / OPROGEM ou le 116 pour les problèmes d'excision

Etape de suivi / rapportage : que doit-on faire ?

- Debriefing (points forts et défis, autocritique, observation du/de la superviseur.e)
- Synthèse des données des fiches
- Rapport par les superviseur.e.s

Module : Adaptation des questions et concepts en langue locale

Les équipes chargées de l'animation travaillent en plusieurs langues dont les langues nationales et le français, notamment pour les jeunes en milieu scolaire. Voici un détail des langues utilisées selon les cibles dans le schéma ci-dessous :

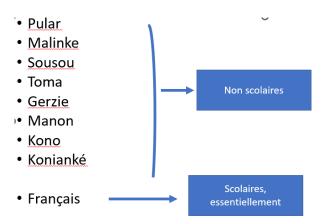


Figure 6: Langues utilisées selon les cibles

Les participant.e.s ont eux.elles-mêmes fait les constats suivants :

- Certains concepts ou termes ne sont pas compris par les scolaires, notamment ceux des classes de 6^{ème} et 7^{ème}, d'où la nécessité d'utiliser la langue locale pour les leur faire comprendre;
- Certains mots tels que le VIH n'ont pas de signification dans la langue locale ;
- Certaines questions sont simplifiées pour permettre aux participant.e.s de bien les comprendre;
- Chez les non scolaires, on parle en langue locale mais parfois avec un petit mélange de français car ce sont parfois des groupes mixtes de différentes origines ethniques et parlant des langues différentes.

Ainsi, des concepts en français sont difficiles à traduire dans la langue locale et parfois pour simplifier les choses, les facilitateur.trices se retrouvent à introduire des biais dans les questions ou à mettre la réponse dans la question à poser jeunes. Ils ont à titre d'exemples citer plusieurs mots ou expressions qu'ils avaient de la peine à traduire dans leur langue, comme :

- · 'Procréer'
- 'Stigmatiser', 'stigmatisation'
- 'Attrayant'
- 'Purification'
- Mariage 'précoce'
- 'Mutilations génitales féminines'
- · 'Excision'
- · 'VIH', 'Sida'

Ils cherchent parfois à faire maîtriser le concept en français au groupe, même lorsque leur niveau en français est très faible. Nous les avons sensibilisé.e.s sur le fait que l'enjeu n'est pas que les gens acquière un nouveau vocabulaire, mais qu'ils comprennent la situation abordée et que l'on devrait tout simplement explorer leurs connaissances, les amener à parler pour voir les concepts générés par eux-mêmes pour décrire le problème ou la situation abordée et se servir de ces concepts pour la suite des échanges. Pour bien

illustrer cette démarche, nous avons travaillé avec eux.elles sur le concept de 'mutilations génitales féminines' ou d'éxcision' : en Pular, on parle de /Sounninghol/ et /Sounnil veut dire 'exemplaire', 'modèle'. Un deuxième terme pour parler de cette pratique toujours en Pular est /Teddinghol/ et /Teddi/ veut dire 'respect', à savoir que 'on te respecte' ou que 'tu es respectable', 'tu es un modèle ou l'exemple à suivre'. En Malinke, on désigne la pratique par les expressions suivantes : 'porter l'uniforme' ou 'entrer dans la cour des grandes personnes'. Nous avons ainsi pu montrer aux participant.e.s que cette pratique est désignée par des concepts puissants dans la langue locale, sans aucun équivalent en français. Plutôt que d'essayer d'expliquer la pratique en français, il est beaucoup plus simple de se référer à la façon de la nommer dans la langue locale. Par ailleurs, 98% des filles/femmes sont excisées en Guinée, preuve que cette une pratique fortement répandue. On ne peut pas se comporter comme si c'était quelque chose d'inconnue. Il en va de même pour le mariage précoce. Il a donc été recommandé à la fin de ce module de :

- Faire une traduction concertée des concepts et termes utilisés, en invitant si besoin des personnes ressources qui maîtrisent la langue
- Faire un enregistrement vocal de cette traduction puis la partager à toute l'équipe du site
- Partager l'enregistrement vocal avec CAM et sur la plateforme WhatsApp réunissant tous les régions pour que différentes équipes s'en inspirent et donnent leur feedback à ce sujet.

Module : Importance du témoignage

Ce module avait pour objectif de leur faire comprendre l'importance du témoignage et l'impact que celui-ci peut avoir sur une audience ; comment le témoignage peut amener à prendre conscience d'un problème banalisé et susciter l'engagement de l'audience pour agir. Il leur a été donné la définition du témoignage, à savoir que c'est le fait témoigner, déclarer ce qu'on a vu, entendu, perçu, vécu servant à l'établissement de la vérité. Ainsi, témoigner c'est établir la vérité c'est attester de l'existence d'un problème (grossesses précoces, MGF, mariage précoce, VBG), c'est prouver que c'est la vérité, c'est exprimer et faire connaître le problème ou son ampleur, c'est montrer qu'on est la preuve de l'existence de ce problème. On témoigne de deux manières, sans être vu.e (masquage ou camouflage de la voix, sans camouflage, par écrit) ou en étant vu.e (à visage couvert ou découvert). On ne doit jamais forcer quelqu'un.e à témoigner ou témoigner à sa place et le témoignage se fait devant un public (salle de classe, rassemblement dans un quartier) ou dans les médias (radio, télévision, journaux/magazines, brochures/dépliants). Un bon témoignage doit avoir certaines qualités, à savoir être vrai, naturel, précis, concis, logique/cohérent, convainquant, persuasive, adapté, exprimer les sentiments et émotions, porter un message ou des conseils à la fin. Le témoignage peut avoir un impact réel aussi bien sur la personne qui témoigne que sur les jeunes et adolescents, voire sur la communauté. Pour les survivant.e.s, il permet d'extérioriser le choc/la douleur subi(e),

met au premier plan, devant un public qui vous écoute avec attention, confère de l'importance, le sentiment d'être utile. Pour les jeunes et adolescent.e.s, ils/elles écoutent activement et s'inspirent de la victime/survivante pour éviter des erreurs, peuvent prendre une décision comme par exemple retarder le démarrage de l'activité sexuelle, s'abstenir ou se protéger. Ils peuvent aussi développer leur aptitude à parler de la sexualité sans gêne, prendre l'engagement d'abandonner les MGF ou d'encourager les proches à ne plus la pratiquer, décider de refuser de se marier précocement ou s'engager à ne pas laisser leur enfant être soumis à une telle pratique. L'impact sur la communauté est que le témoignage aide :

- à la prise de conscience de l'ampleur et des conséquences d'un problème,
- au refus de stigmatisation des victimes, au soutien des survivant.e.s,
- à susciter la mobilisation pour l'action en vue de limiter ou éradiquer un fléau.

L'un des temps forts au cours de cette présentation a été le témoignage d'une participante qui a révélé pour la toute première fois au groupe avoir été victime de viol à l'âge de 11 ans. Elle a expliqué comment cet abus a complètement bouleversé sa vie car elle n'avait plus le courage d'aller à l'école pendant deux ans, sa famille a dû changer de quartier parce que tout le monde la stigmatisait et qu'elle n'a plus d'ami.e.s, et vit désormais repliée sur elle-même. Cette intervention a fait pleurer l'ensemble des participant.e.s, surtout que certain.e.s hésitaient à accepter qu'on puisse sensibiliser des enfants ou orienter les adolescents vers les services de santé sexuelle et reproductive. Elle a été soutenue par toutes les personnes présentes et continue de bénéficier de l'accompagnement des facilitateurs.trices pour l'aider à surmonter cette épreuve. Par ailleurs, trois autres participantes ont aussi témoigné avoir subi l'excision et ont expliqué leur souffrance à cause de cette pratique. Nous en avons aussi profité pour rendre compte aux participant.e.s que pratiquement tous les jours depuis notre arrivée, on a entendu à la radio une nouvelle histoire de viol sur des enfants (6ans, 4 ans, 11 ou 12 ans) dans telle ou telle localité avec parfois une tentative d'assassinat. La question des violences sexuelles serait un problème vraiment préoccupant et malheureusement les gens n'en parlent pas du fait d'une grande stigmatisation des victimes et de leur famille. Cet atelier a ainsi permis à quelques participantes de commencer leur processus de guérison et de reconstruction.

Module : Sensibiliser les enfants (exemple de dépliant dynamique et ludique)

Le but de ce module était de présenter une approche de sensibilisation adapté aux enfants dès l'âge de 4 ans et basé sur un modèle de dépliant dynamique et ludique sur la prévention des violences sexuelles et la sensibilisation sur le genre. On a ainsi pu démontrer aux participant.e.s, à travers le film documentaire et un modèle de dépliant sur le sujet, comment il est possible d'apprendre même à de tout petits enfants et d'utiliser leur propre mots et concepts pour leur parler de la sexualité. Cette approche se met en

œuvre à travers trois à quatre séances de sensibilisation, d'une durée de 30 à 45 minutes chacune, avec le même groupe, contrairement au PP-CTC qui s'était fait jusque-là en une seule séance d'environ 1h30 minutes pour aborder 5 thématiques dans 5 stations différentes. Nous avons ainsi démontré l'importance de faire plusieurs séances auprès du même groupe avec des objectifs d'un apprentissage précis lorsqu'on aborde les questions relatives à la sexualité. L'approche dénommée 'Non et Trahir' a été conçue et mise en œuvre au Cameroun dans le cadre du Projet Santé de la Coopération allemande.

Module : Genre et santé sexuelle et reproductive (SSR)

Ce module avait pour objectifs de définir le genre et la santé, de ressortir le lien entre ces deux concepts et leur problématique, de décrire les facteurs culturels, sociaux, économiques et politiques qui contribuent à une santé reproductive médiocre, d'expliquer comment ces facteurs font obstacle à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR), d'expliquer pourquoi la santé sexuelle et reproductive est affectée par les questions de genre et d'amener les participant.e.s à opérer une différence entre besoins pratiques et intérêts stratégiques en matière de SDSR.

Les participant.e.s ont pu comprendre la problématique de la socialisation du genre en lien avec la santé, la contribution des facteurs sociaux et culturels aux inégalités de santé entre les sexes, que la santé est un droit fondamental des personnes tout au long de leur vie et que les inégalités de pouvoir entre les personnes sont un facteur de risque pour la santé des plus vulnérables. Dans la promotion de l'égalité de genre en matière de santé sexuelle et reproductive, les actions devraient contribuer à :

- augmenter l'autonomie des personnes pour prendre des décisions sur leur propre santé ; tenir compte des besoins sexo-spécifiques et des attentes des jeunes et adolescent.e.s pour développer une offre de services qui répondent à leurs besoins;
- s'assurer que l'ensemble des activités de sensibilisation sont conçues de manière à adapter les messages en fonction des cibles (messages simples, clairs, compréhensibles, adaptés et en utilisant des canaux qui permettent à tou.te.s d'accéder aux informations.
 - Le but de cette session était entre autres de motiver les managers du projet MASAMA2 ou encourager les coordonnateur.rice.s à :Repenser la stratégie d'appui /accompagnement des structures de santé pour une offre de services de SSR de qualité disponibles et adaptés aux besoins sexospécifiques et propres à l'âge des personnes en tenant compte de certains facteurs de vulnérabilité spécifiques, notamment pour les rendre plus accessibles aux jeunes et adolescent.e.s.
 - Ne pas perdre de vue que les normes sociales et culturelles exercent une influence sur l'offre de services de SSR ainsi que sur l'accès à ces services.

 S'inscrire dans une dynamique de révision de la stratégie de communication du projet MASAMA2 en travaillant sur un modèle de communication et d'information en santé sexuelle et reproductive qui ne reproduisent pas les stéréotypes de genre.

En effet, les actions d'éducation à la sexualité doivent être développées avec une approche intergénérationnelle et sensible au genre. Ces dernier.e.s ne devraient pas perdre de vue les recommandations suivantes :

- Mettre en place des activités qui questionnent, transforment les rapports inégalitaires et réduisent les inégalités qui ont un impact sur la santé des personnes et sur leur accès aux services de santé.
- S'assurer que l'ensemble des activités mises en place tiennent compte des contraintes spécifiques des femmes et des filles (temps, lieu) et offrent des conditions permettant à ces dernières d'exprimer leurs points de vue et de définir leurs besoins stratégiques;
- Les programmes de formation/sensibilisation mis en œuvre doivent permettre aux femmes et aux filles d'avoir davantage confiance en elles et d'acquérir les connaissances nécessaires pour prendre des décisions responsables et éclairées concernant leur propre santé et leur propre sexualité. Ils doivent contribuer à la réduction des discriminations en termes de sexualité et prévenir les violences sexuelles et les autres formes de violences basées sur le genre.

Module : Violences basées sur le genre (VBG) et soutien de 1ère ligne

Les objectifs de ce module étaient d'amener les participant.e.s à :

- Définir, comprendre les violences basées sur le genre et reconnaître les types de VBG (violences physiques, viol, agressions sexuelles, mariage forcé, violences psychologiques/émotionnelles, déni de ressources, de services et d'opportunités);
- Comprendre les conséquences des VBG et leur impact sur la santé ;
- Réaliser l'importance du soutien de 1^{ère} ligne et des services de santé pour les survivant.e.s;
- Mettre en pratique des techniques permettant d'aborder le sujet de la violence et de poser des questions en rapport avec la violence;
- Mettre en pratique des techniques permettant d'offrir un soutien de première ligne;
- Connaître les principes directeurs en matière de VBG qui sont le respect, la confidentialité, la non-discrimination et la sécurité de la survivante.

Les participant.e.s ont réalisé à travers ce module que certaines personnes peuvent être exposées à un risque de VBG élevée du fait de leurs vulnérabilités particulières. Il s'agit entre autres des jeunes et adolescent.e.s dans la mesure où dans le contexte africain en particulier leur réalité se décline comme suit : faible autonomie, pouvoir décisionnel très limité, faiblesse du statut social, vulnérabilité psycho-affective, fréquence des tensions intrafamiliales, faible accès aux services et à l'information,

entraves à la scolarité, engagement dans des activités à risque pour assurer sa subsistance, etc. Les conséquences non visibles des VBG peuvent affecter une personne tout au long de sa vie. Ainsi pendant les activités communautaires, toutes les techniques de communication verbale et non verbale sur l'écoute active sont importantes même si les participant.e.s ne mentionnent pas qu'ils.elles ont été victimes de VBG, les animateur.rice.s doivent fournir des informations et gagner leur confiance en communiquant de manière efficace. Ceci pourrait les amener à dénoncer un cas de VBG. Dans la plupart des cas, il arrive que des personnes cherchent à se confier aux animateur.rice.s après une séance de CTC ou de CE. Ces dernier.e.s devraient donc avoir les compétences et le savoir-être nécessaires à la pratique du soutien de 1ère ligne. Le soutien de première ligne consiste à offrir une écoute active, à faire preuve d'empathie, à discuter des solutions ou des options possibles en fonction des besoins du.de la survivant.e de VBG et à valider son expérience ou apporter des réponses sans porter de jugement. Le soutien de première ligne pour un une survivant.e de VBG vise à :

- ✓ Identifier ses besoins et ses préoccupations sans s'immiscer dans sa vie privée.
- √ Écouter et valider ses préoccupations et ses sentiments
- ✓ Répondre aux besoins émotionnels, physiques, de sécurité et d'accompagnement
- ✓ L'aider à se sentir en relation avec les autres, calme et optimiste
- ✓ Lui permettre de se sentir capable de s'en sortir et de solliciter de l'aide
- ✓ Évaluer quelles sont ses options
- √ Respecter ses souhaits
- ✓ L'aider à obtenir un soutien social, physique et émotionnel
- ✓ Référer pour une prise en charge holistique, pratique et adaptée à ses besoins
- ✓ Renforcer sa sécurité.

Une écoute active peut se révéler un puissant remède pour les survivant.e.s. Pour certain.e.s, une intervention de première ligne peut suffire à répondre à leurs besoins.

Module : Entretien motivationnel (définition, écoute réflective, questionnement)

Après avoir introduit les techniques de communication, fait la pratique de la communication et tiré des leçons de l'expérience pratique, puis fait les jeux de rôles pour illustrer comment est appréhendé le message. Après avoir parlé du genre et montré comment la santé sexuelle et reproductive est influencée par les considérations de genre et comment les violences basées sur le genre sont identifiées et prises en charge, nous sommes passés à une autre étape importante de l'atelier, à savoir l'entretien motivationnel. L'objectif de ce module était d'apprendre aux participant.e.s comment utiliser les techniques motivationnelles pour amener une audience non seulement à acquérir des connaissances, mais surtout à s'engager à agir. A cet effet, nous leur avons

appris les techniques d'accueil, d'écoute active, d'exploration des connaissances, de renforcement de la motivation, les attitudes à éviter et le contournement des résistances.

L'entretien motivationnel se définit ainsi comme un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. L'entretien est mené pour aider la personne dans l'exploration et la résolution de son ambivalence, par l'expression de ses motivations et le renforcement de ses capacités de changement. De ce fait, dans toute situation de communication avec les jeunes et adolescent.e.s, qu'ils/elles soient issu.e.s du milieu scolaire ou non, il est important de les faire parler, de les écouter, de les observer et d'interpréter leur communication verbale ou non verbale, de les comprendre en utilisant les déclarations réflectives. Pour faciliter la réflexion, on demande par exemple :

- 'Donc tu te sens...', '
- Si je comprends bien, tu ...', '
- Tu te demandes si...',
- 'Apparemment...'.

On peut aussi tout aussi bien paraphraser ou terminer les bouts de phrases, déduire en reformulant de façon significative ce que l'interlocuteur sous-entend, mettre l'accent sur les aspects émotionnels de la communication, etc. L'une des caractéristiques de l'entretien motivationnel est d'accentuer le positif en reconnaissant la valeur intrinsèque du/de la client.e en tant qu'être humain, le soutenir et l'encourager. En procédant ainsi, on réduit les attitudes défensives et on accroît leur capacité d'ouverture aux informations perçues comme une menace. Le/la facilitateur.trice doit être attentif.ve aux échanges pour pourvoir détecter et commenter des élements positifs sur la personne ou le groupe, ses ou leurs intentions, ses ou leurs actions (ex : "Vous avez vraiment essayé cette semaine !", "Ton intention était bonne, même si ça ne s'est pas passé comme tu voulais.", "Merci d'être venus aujourd'hui, et même d'être arrivés tôt !").

L'écoute reflective est utiles parce qu'elle aide le/la facilitateur.trice à exprimer l'empathie, à respecter /accepter les sentiments du/de la client.e, à exprime la volonté de ne pas juger et à clarifier les malentendus sur ce que le/la client.e a dit. Et pour les client.e.s qui peuvent être des jeunes ou des adolescent.e.s, grâce à cette technique ils/elles sentent compris.es, encouragé.e.s à fournir des informations supplémentaires, capable d'articuler des pensées et des sentiments, deviennent plus conscient.e.s de ce qu'ils/elles pensent ou ressentent.

Pour ce module, comme pour tous les autres, les participant.e.s ont été invité.e.s à éviter le piège de l'expert.e ou de l'enseignant.e qui consiste à dire aux jeunes et adolescent.e.s ce qu'ils doivent faire ou ne pas faire, à se baser sur l'autorité et le pouvoir ou de ne pas garder la confidentialité des informations. Leur rôle en tant que facilitateurs.trices ou animateurs.trices sur le terrain est d'encourager les jeunes et adolescent.e.s à partager leurs expériences, questions et préoccupations ; à communiquer avec eux/elles à leur

niveau ; à maintenir un partenariat égal-égal avec eux/elles. En conclusion du module, nous avons rappelé que pour bien communiquer, et avoir la chance d'influencer les jeunes et adolescent.e.s, il faut :

- chercher à dialoguer avec eux/elles
- éviter de leur imposer les choses
- essayer de comprendre ce qu'ils/elles pensent, ce qu'ils/elles ont l'habitude de faire et ce qu'ils/elles sont capables de faire
- montrer qu'on respecte leur opinion et les guider à choisir la solution la plus appropriée à chaque situation.

Entretien motivationnel (Changement, résistance)

L'objectif de ce module était de montrer aux participant.e.s que lorsqu'on vise le changement de comportement ou l'adoption d'un comportement souhaité, on doit être patient et méthodique car l'être humain a tendance à se satisfaire de ses anciennes habitudes et à résister souvent à toute tentative de changement. Il arrive que certains veulent changer et d'autres pas et là, le potentiel de conflit entre bénéficiaires et facilitateur.trice peut être élevé. Le conflit peut aussi être associé à des émotions fortes, à l'attitude du/de la facilitateur.trice. Lorsque le conflit est complexe et / ou très émotionnel, il peut être difficile de contrôler la situation, comme des cas où les élèves se braquent contre un.e facilitateur.trice en l'accusant de manquer de respect à leur culture ou traditions. Tant qu'il n'y a pas d'agressivité, il est faut maintenir la discussion ou le dialogue car on pourra trouver un ou des allié.e.s dans le groupe qui pensent autrement et sont favorables au changement.

Mais lorsqu'il y a une résistance totale, ce qu'il faut éviter en premier lieu est d'opposer sa résistance à leur résistance en argumentant à tout prix pour un changement. Il faut plutôt essayer d'explorer les raisons derrière la résistance pour bien les comprendre, reconnaître leur autonomie :

- 'Vous avez le « pouvoir » de décider si vous voulez qu'on continue à échanger ou non',
- 'C'est vous qui décidez si nous devons poursuivre la conversation ou non', puis si nécessaire changer le sujet ou l'angle d'approche d'un sujet (on peut changer de sujet ou la façon de l'approcher si les J&A se sentent choqués ou bouleversés par quelque chose).

Ainsi, pour gérer la résistance, il faut reconnaitre le désaccord, l'émotion ou la perception des jeunes et adolescent.e.s, détourner leur attention de ce qui semble être une pierre d'achoppement, mettre l'accent sur leur autonomie personnelle: les assurer qu'à la fin, c'est eux/elles qui déterminent ce qui se passe, ce qui va être fait. Il faut éviter le piège de l'Expert et d'autres comportements incompatibles avec l'entretien motivationnel, comme par exemple :

- chercher à argumenter toujours du côté positif, adopter le réflexe de redressement, donner des conseils non sollicités,
- vouloir absolument l'engagement pour un changement à l'immédiat,
- chercher à évaluer leur comportement,
- poser des questions difficiles, indiscrètes,
- diriger, chercher à imposer ou à leurs donner des ordres.

Il faut également éviter de leur faire les recommandations du genre : « Vous devez le dire à votre papa dès que possible », « ce n'est pas bien ce que vous avez fait », « ne fumez pas », « n'allez pas danser », « vous vous habillez mal » ou leur donner des avertissements (« Vous allez vraiment tomber malade avec une IST si vous ne commencez pas à utiliser des préservatifs tout de suite »).

En conclusion, il faut éviter lorsqu'on est en situation de résistance des jeunes et adolescent.e.s de les affronter à propos de leur comportement, les blâmer, les pointer du doigts ou se disputer avec eux. Il ne faut pas chercher à les moraliser, les corriger ou les critiquer, susciter un sentiment de honte de leur part, les juger ou les questionner sur des choses intimes ou leur honnêteté.

Module : Revue des objectifs et des résultats du projet

Il s'agissait dans ce module de passer en revue les objectifs et les résultats du projet en prenant en compte les innovations à faire en matière de communication pour établir plus de cohérence dans la mise en œuvre des activités. Pour faire acquérir les connaissances aux jeunes et adolescents.e.s, les amener à abandonner certaines pratiques ou les motiver à demander des services nouveaux, il est important d'explorer leurs connaissances, les laisser parler véritablement, les motiver, reconnaître leurs efforts et les encourager à progresser vers les comportements souhaités. Nous avons une fois de plus insisté sur le fait que des comportements négatifs ne peuvent pas être en hausse, comme par exemple le désir des jeunes filles excisés de soumettre à leur tour leur enfant à cette pratiquer néfaste. Il est important de communiquer avec les bénéficiaires, de leur faire prendre une part active dans la recherche des solutions plutôt que de les considérer comme des élèves à qui on doit enseigner des choses qu'ils/elles vivent pratiquement au quotidien. Suite à cette revue, un travail de groupe a été fait sur la reformulation des questions pour chacune des stations du PP-CTC et des jeux de rôle organisés à la lumière de ces ajustements.

Module : Films, études de cas et jeux de rôles

Plusieurs activités ont été organisées autour de la projection de mini-films éducatifs ou documentaires, des études de cas et des jeux de rôles. Le but de ces exercices était de rendre concret, pratique ou ludique des concepts difficiles, de les amener à comprendre des situations de routine et comment les analyser et en sortir. Ils ont dû se mettre à la fois dans la peau de l'adolescent.e ou du jeune et inversement dans celle du/de la

facilitateur.trice à travers le jeu de rôle du guide et de l'aveugle, afin qu'ils/elles comprennent davantage qu'on ne décide pas à la place de l'aveugle, que c'est lui qui décide par exemple ou aller et peut solliciter le guide pour l'accompagner. Nous les avons aussi fait réfléchir sur l'inefficacité de la surcharge des messages ou le bombardement d'une audience par trop de messages, ainsi qu'à être plus stratèges, plus consistant.e.s et beaucoup plus réfléchi.e.s dans la réalisation de leurs activités. Ces différents matériaux sont contenus dans les clés USB laissés à chaque région et sont les suivants :

- Temps modernes de Charly Chaplin (film)
- Le guide et l'aveugle (jeu de rôle)
- Le gros moustique (étude de cas)
- Déformation du message (jeu de rôle)
- · Le bon et le mauvais accueil (jeu de rôle)
- Non et Trahir (film)
- L'écoute active (jeu de rôle)
- Pousse-pion (jeu)
- Entretien motivationnel (jeu de rôle)

Evaluation (pré et post test) de l'atelier

Tout au début de la formation, un questionnaire avec 20 questions a été partagé aux participant.e.s. Ils/elles devaient le remplir pour le prétest et en fin d'atelier, l'ont de (le post-test). Le score de chacun a été calculé en vue de déterminer le nombre de points de progression. Lors pré-test, la moyenne individuelle variait de 6 à 15/20. Pour le post test, cette moyenne est passée de 9 à 19/20. Globalement, tous les participant.e.s ont progressé, mais la marge de progression était insuffisante pour la plupart, oscillant de 1 à 5 points pour 17 participant.e.s sur les 20 (soit 85%). Seulement 3 participant.e.s (15%) ont eu une marge de progression de plus de 5 points (entre 8 et 11 points). Individuellement, certains animateurs.trices / superviseur.e.s ainsi que quelques facilitateurs.trices, soit 8 au total représentant 38% d'entre eux, se sont distingués avec un score au post test égal ou supérieur à 80% (5 participant.e.s avec 80%, 2 avec 85% et 1 avec 95%).

Entre le pré et le post test, nous avons ainsi eu une progression globale moyenne des participant.e.s qui est passé 50% à 71%. Nzérékoré et Kindia ont un score global moyen respectif de 61 et 66% au post test contre 46 et 50% au pré-test, alors que Labé est à 73%, Mamou à 76% et Faranah avec le score le plus élevé est à 79% (contre respectivement 49%, 50% et 54%).

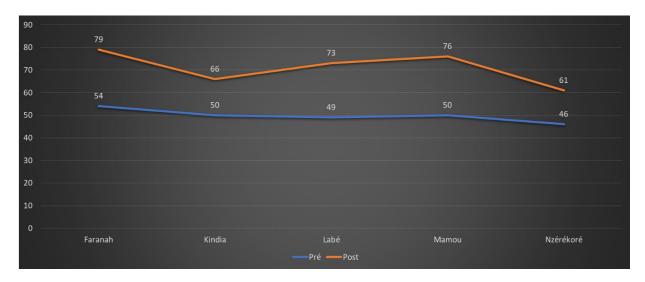


Figure 7: Evolution du score pré et post test de la formation par région

Ce score qui a évolué positivement montre néanmoins que les participant.e.s avaient des lacunes sérieuses avant la formation. Et s'ils ont globalement pu progresser sur bien des aspects relatifs à la communication et la mise en œuvre du CTC, Il y a encore un besoin d'accompagnement post-formation pour la plupart de facilitateurs.trices et un besoin général de renforcement en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents. Il s'agirait d'une formation pratique où on partirait de ce qu'ils ont déjà comme acquis pour insister sur quelques thématiques et des notions comme le VIH/Sida (tester et traiter, le suivi de la charge virale, l'observance des traitements ARV, notions de counseling), les méthodes de la contraception (avantages et inconvénients de chaque méthode, démonstration de l'utilisation du condom masculin et féminin, libre décision en matière de choix d'une méthode, la visite guidée d'un service de PF, les coûts de chacune des méthodes), le mariage précoce et les mutilations génitales féminines (ampleur du phénomène dans le pays, données anthropologiques sur ces pratiques, texte de loi en vigueur, lien avec des organisations pouvant assurer un accompagnement aux victimes/survivantes), la santé sexuelle des adolescents (notions de puberté), etc.

Si le projet disposait des ressources, l'accompagnement post-formation devrait se tenir dans un délai de trois mois après la formation, durant la période de Septembre-octobre 2022, au plus tard pour permettre à tous les participant.e.s de fixer les notions acquises et de renforcer la pratique de la communication innovante axée sur les besoins et l'écoute des bénéficiaires.

Mise sur pied d'une plateforme WhatsApp et impression des participant.e.s

Les participant.e.s étaient présents et ont été très actifs.ves, se soumettant avec plaisir aux exercices pratiques réels d'animation sur le terrain, aux jeux de rôles et à divers autres exercices. Pour faciliter les échanges et continuer à améliorer leur apprentissage, ils ont mis sur pied un groupe WhatsApp et comptent y inscrire leurs collègues qui n'ont pas pris part à la formation afin de les briefer sur ce qui a été fait et les connecter au suivi. Cette formation a également été l'occasion pour certaines facilitatrices de témoigner de

leur propre expérience de mutilation génitale ou de violence sexuelle. Nous voulons ici les féliciter une fois de plus pour leur courage et d'avoir permis de concrétiser certains sujets traités, voire d'avoir amené le reste des participant.e.s à avoir une tout autre perspective de l'ampleur de ces fléaux. Nous avons grand espoir que les techniques d'animation seront améliorées et que les facilitateurs.trices prendront un peu plus de temps pour explorer les connaissances des bénéficiaires et les motiver à adopter les comportements souhaités. A la fin de l'atelier, les participant.e.s ont témoigné de leur joie d'avoir beaucoup appris tout au long des 9 jours et ont loué le côté pratique, simple des modules ainsi que la flexibilité et la grande qualité de l'équipe de consultant.e.s qui a facilité la formation.

QUELQUES PROBLEMES IDENTIFIES ET PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

Au cours de la formation et notamment lors des échanges à la suite de la pratique sur le terrain ou des jeux de rôles, certains problèmes ont été relevés et qui sont susceptibles d'empêcher ou de retarder l'atteinte des objectifs du projet. Nous les relevons ici en proposant quelques solutions pour les résoudre, mais le projet devrait s'y pencher de façon beaucoup plus précise.

Insuffisance des connaissances sur les thématiques de santé sexuelle et reproductive

Certains facilitateurs.trices et même des superviseur.e.s n'ont pas de connaissances suffisantes sur les différentes thématiques de la SR (notions de puberté, connaissances des méthodes de contraception, prise en charge du VIH/Sida, exploration des besoins des jeunes et adolescents) et certains ont eu l'air choqué ou ont éprouvé de la honte lorsque sujet des organes génitaux a été abordé ou qu'il a fallu qu'ils les désigner euxmêmes par leurs noms.

Proposition : Nécessité de renforcer les capacités sur la SRJA, d'encourager les échanges afin de les amener à travailler sur leur attitude concernant la sexualité, de façon à surmonter le sentiment de honte qu'ils/elles éprouvent encore.

Difficultés fonctionnelles de lecture et de gestion de l'animation

Quelques facilitateurs.trices éprouvaient des difficultés à lire le rapport du jour ou les études de cas et à gérer efficacement une séance d'animation en français.

Proposition : Certain.e.s facilitateurs.trices pourraient être sollicité.e.s soit pour animer exclusivement les groupes non scolaires dans la ou les langues nationales, soit pour jouer le rôle d'animateurs pour l'organisation des séances. Inversement quelques animateurs.trices actuel.le.s pourraient jouer le rôle de facilitateurs.trices. Et si CAM devait procéder au recrutement de nouveaux.elles facilitateurs.trices ultérieurement, il serait nécessaire de soumettre les futur.e.s candidat.e.s aux tests de lecture, d'expression ou de présentation sur un sujet de leur choix.

Participation insuffisante des jeunes et adolescents aux échanges

Les jeunes et adolescent.e.s ne participent pas suffisamment aux échanges parce que les facilitateurs.trices ont tendance à monopoliser la parole et à se comporter comme des enseignants ou des experts. Ces derniers parlent beaucoup et sans chercher à explorer

les connaissances du groupe afin de bâtir les échanges sur ce qu'ils savent déjà et plus les motiver à s'engager à adopter des comportements souhaités.

Proposition: Les superviseur.e.s/coordinateurs.trices doivent veiller à ce que les facilitateurs.trices aient un échange plus interactif avec les participant.e.s pendant les séances de CTC et/ou des causeries éducatives. A cet effet, des séances peuvent être enregistrées sur support audio et après analysées avec eux pour les aider à s'améliorer en acquérant davantage d'expérience.

Question d'horaires dans les établissements et gestion du temps

Nous avons noté qu'il y avait un double problème lié aux horaires du PP-CTC dans les établissements scolaires : le temps accordé est insuffisant, et sa gestion est inappropriée pour être efficace. On veut faire beaucoup en peu de temps, on court après le temps et les superviseur.e.s ont parfois demandé aux facilitateurs.trices de réduire le temps de réalisation de certaines stations de 15 à 10 ou 5 minutes, parce que les participant.e.s invité.e.s étaient pressé.e.s ou commençaient déjà à quitter le groupe. Le cas échéant, les objectifs et même la raison d'être des séances ne sont pas pris en considération et tout ce qu'on veut c'est faire un peu de chaque station, même si tout est si rapide que les participant.e.s ne s'y retrouvent pas. Le problème de gestion du temps se pose aussi avec des groupes non scolaires, notamment si ces personnes sont invitées spontanément ou au hasard de leur passage dans le coin ou que les premiers arrivés doivent attendre les retardataires pour le démarrage de l'activité. Quand les gens s'impatientent ou commençent à partir, cela accroît la pression sur les facilitateurs.trices et les perturbent sérieusement.

Propositions:

- Il est toujours mieux d'inviter des personnes disponibles pour l'activité et d'organiser un rendez-vous en insistant sur la ponctualité, plutôt que d'essayer de profiter de l'opportunité de la présence des gens dans la proximité du site de travail pour les solliciter
- Dans des cas d'urgence ou de nécessité, plutôt que de bousculer les facilitateurs.trices et d'abréger la durée des stations, il sera mieux d'arrêter l'activité et la reprogrammer lorsque les personnes visées seront plus disponibles.
- Plutôt que de négocier une tranche d'horaire d'une heure et 15 minutes pour dérouler la totalité des stations, les coordinateurs devraient solliciter les responsables d'établissement pour autoriser soit des séances de 30 mn par station ou d'une heure pour un maximum de deux stations en un contact
- Négocier un temps d'intervention plus long en les découpant soit en séances de 1h pour deux stations ou de 30 mn par station. En fonction de la pratique et de l'expérience d'acquisition des participant.e.s, on pourra combiner plus de stations avec le temps. Des détails sont contenus dans les figures ci-après :

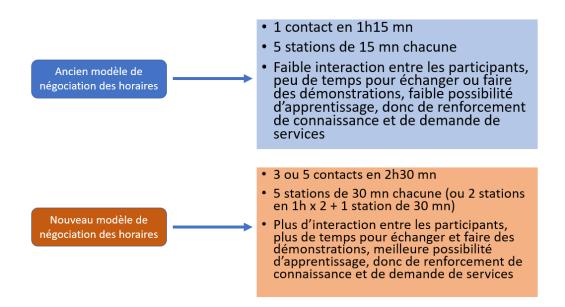


Figure 8: Modèles de gestion des contacts

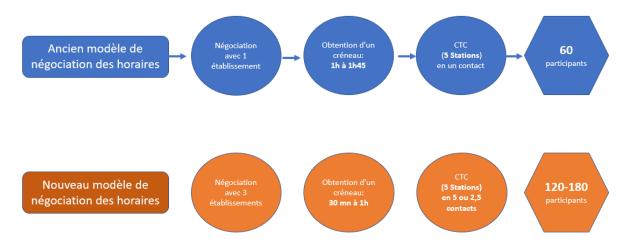
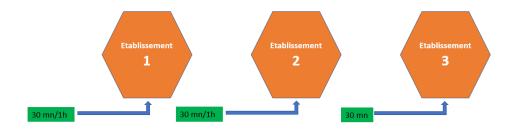


Figure 9: Modèle de négociation d'horaires



On touche les bénéficiaires en 5 contacts de 30 mn ou 2,5 contacts d'une heure. Les participants ont un peu plus de temps d'échanger, de réfléchir, faire des démonstrations et s'engager pour agir. Il y a une plus grande probabilité de les influencer dans la direction souhaitée.

Figure 10: Modèle de contact avec 3 classes dans le même établissement ou dans les établissements différents le même jour

Saturation des jeunes et adolescents avec une séance complète de 5 stations

Compte tenu du faible niveau des élèves, moulés dans un système éducatif qui ne favorise pas la créativité ou l'autonomie de l'apprentissage, il leur est très difficile de suivre le processus du PP-CTC, avec de nombreuses thématiques abordés en très peu de temps. L'approche elle-même était conduite par des facilitateurs.trices qui jusque-là avaient eux/elles-mêmes des difficultés à susciter l'interaction du groupe et à utiliser les techniques d'animation simples, ouvertes et ludiques pour favoriser l'acquisition des connaissances et susciter l'engagement pour l'action. Pire, du fait des problèmes d'horaires, les élèves sont souvent retenus pendant leurs heures de pause, à l'heure de sortie ou pendant des heures creuses pour les activités de PP-CTC. A ces moments, leur attention n'est pas à son maximum et beaucoup peuvent être fatigués ou avoir faim.

Proposition : Négocier avec les établissements scolaires pour avoir un peu plus de temps pour les contacts avec les élèves et prendre du temps pour chaque station en vue de permettre que le thème traité soit bien compris et que les jeunes et adolescent.e.s touché.e.s puissent s'engager pour adopter les comportements souhaités. A cet effet, il faudrait adopter une approche différenciée selon les tranches d'âges : par exemple les 13 à 17 ans ont besoin de plus de temps pour établir une relation de confiance avec le/la facilitateur.trice et pour assimiler les thèmes ; ils pourraient ainsi être touchées entre 4 et 6 fois. Les plus âgés, entre 18 et 24 ans pourraient être touchés entre 2 et 4 fois pour que l'ensemble des thématiques du PP-CTC leur soit déroulé d'une façon digeste.

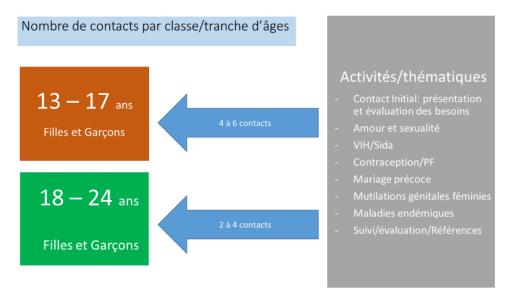


Figure 11: Gestion des contacts pour renforcer l'acquisition des connaissances

Non harmonisation des outils et non disponibilité du matériel

Le matériel pour animer les stations est différent, incomplet ou manquant dans certaines régions. Certaines régions dispose du matériel imprimé sur des cartes quand d'autres n'en ont pas, des affiches sont disponibles pour certaines régions et dans d'autres non. Par ailleurs, les facilitateurs.trices des différentes régions n'ont pas le même niveau de

préparation ou de formation avant de se lancer l'animation du PP-CTC : certains ont reçu une formation sur le PP-CTC et d'autres, la majorité des facilitateurs trices d'ailleurs, ont simplement été briefés sur le tas par des collègues qui n'avaient pas eux-mêmes l'entière maîtrise de cette approche.

Tableau 1: Exemple de matériel manquant par site/région

Sites	Matériel manquant				
Kindia	Affiches				
Labé	Affiches PF, Cartes de la Station 1, Cartes de la Station 4				
Mamou	Affiche PF, échantillons de méthodes de contraception				
Nzérékoré	Boîte à image, échantillons de méthodes de				
	contraception, Cartes MGF, Affiche mariage précoce				
Faranah	Boîte à image mariage précoce, échantillons de				
	méthodes de contraception, cartes Station 1				
	incomplètes, cartes Station 4				

Proposition : Harmoniser les outils et les rendre disponible sur tous les sites, ainsi que le matériel de démonstration et éventuellement des échantillons de certains produits comme le préservatif à proposer ou distribuer aux jeunes filles et garçons.

Faible exploration du contexte culturel

Nous avons déjà expliqué en présentant le module sur l'adaptation des questions et concepts en langue locale que les facilitateurs.trices avaient des difficultés à traduire certaines termes et expressions. Ils/elles n'explorent pas ou n'utilisent pas non plus les riches connaissances des jeunes et adolescent.e.s sur certaines thématiques comme les mutilations génitales féminies ou le mariage d'enfants auxquelles ils/elles sont bien exposé.e.s. Nous voulons ici aborder la thématique sur les méthodes de contraception qui est aussi présentée comme si les jeunes n'avaient aucune idée dessus. Les facilitateurs.trices ne font presque pas allusion aux pratiques traditionnelles de contraception, pourtant celles-ci existent dans diverses régions, ainsi que des produits abortifs. Il serait intéressant d'évoquer ces pratiques ou ces produits pour commencer les échanges sur le sujet.







Photos 1: Produits à usage traditionnel contraceptif ou abortif

Proposition : Explorer les connaissances des jeunes sur les pratiques traditionnelles visant à empêcher les grossesses pour montrer que la contraception n'est pas quelque chose de nouveau car des pratiques semblables existent autour d'eux. Eventuellement des échantillons pourraient leur être présentés pour déclencher les échanges. On ne peut pas leur parler de cette thématique comme s'ils n'avaient aucune idée de la question.

Gestion de la roue et des cartes

Les facilitateurs.trices ont tendance à jouer un rôle prépondérant dans la station 1 : ils/elles aident à ajuster la roue, ils/elles prennent les cartes et les tendent aux participant.e.s pour tirer et parfois lisent eux/elles-mêmes les questions, arguant que le/la participant.e ayant tiré la carté ne sait pas lire. Pourtant dans le groupe d'autres jeunes sont en mesure de lire. En tirant et en lisant les cartes, le/la facilitateur.trice prend déjà à lui/elle tout.e seul.e près de 4 mn de temps, sans compter qu'il/elle intervient encore largement au cours des échanges, laissant très peu de temps à la dizaine ou quinzaine de participant.e.s. Du coup, l'exercice devient très directif alors que le but initial était de susciter l'interaction entre participant.e.s.

Propositions:

• Donner clairement les instructions aux participant.e.s en leur expliquant comment faire tourner la roue, les symboles et présenter les cartes correspondantes puis préciser que le/la participant.e qui fait tourner la roue doit choisir une carte et la lire ou la faire lire par un.e autre participant.e. Il est important que les cartes soient disposées tout près de la roue sur une table ou à même le sol. • Lorsque les participant.e.s prennent eux/elles-mêmes les cartes et les lisent, cela accroît leur temps de participation pendant la durée de la station.

Non homogénéité des cartes

Les cartes ont un symbole au recto et une question au verso. Au cours du jeu, le côté avec la question est recouvert pour que les participant.e.s s'orientent seulement avec le symbole sans lire la question. Mais les derniers lots de cartes produites et utilisées à Nzérékoré et Kindia ont le symbole et la question du même côté et les facilitateurs.trices se plaignent que les participant.e.s essayent toujours de lire la question avant de choisir la carte.

Proposition:

- Il est important d'harmoniser la production des cartes en gardant le symbole au recto et la question au verso, car les participant.e.s ne doivent pas s'orienter par la question. Le but de l'exercice est de tirer la question de façon aléatoire.
- Par ailleurs, les facilitateurs.trices et superviseur.e.s pourraient prendre l'initiative de cacher les questions en disposant les cartes de façon croisée, le temps que des cartes identiques au premier modèle soient produites et leur soient livrées.

Non disponibilité d'échantillons et manque de temps pour la démonstration

Nous avons constaté un manque de matériels de démonstration dans presque toutes les régions. Les équipes ne disposaient pas toujours du panier avec les différents contraceptifs, ni d'échantillons pour la démonstration du port correct du préservatif (masculin ou féminin) et encore moins pour la distribution.



Photos 2: Les différentes méthodes de contraception nécessaires

Par ailleurs, dans la façon de conduire les stations, on parle vaguement des méthodes de contraception. Om le laisse pas le temps suffisant au participant.e.s de les toucher du doigt, notamment lors de la démonstration du port correct des préservatifs masculins et féminins. Il faudrait d'ailleurs noter que certain.e.s facilitateurs.trices et animateurs.trices eux/elles-mêmes ne connaissaient pas le mode d'utilisation d'un préservatif féminin ou n'avaient jamais vu le DIU.

Proposition:

- CAM doit rendre disponible la gamme des échantillons de contraception dans toutes les régions et s'assurer que tous.tes les facilitateurs.trices et les animateus.trices soient en mesure de faire la démonstration du port correct des préservatifs.
- Il serait également souhaitable de disposer d'échantillons de préservatifs à distribuer aux jeunes qui exprimeraient le besoin d'en obtenir après les séances de sensibilisation.
- En réduisant le nombre de stations lors des séances du CTC, on donnerait la possibilité aux participant.e.s d'apprendre à utiliser correctement le préservatif, car ce n'est pas tous les jours qu'ils/elles ont une telle opportunité.

Biais dans l'exploitation de l'affiche des méthodes de contraception

Concernant l'affiche PF, les participant.e.s ont vu au préalable l'affiche avec les différentes méthodes, puis on leur demande de tirer au sort une méthode, de l'expliquer puis d'aller montrer les informations concernant la méthode en question sur l'affiche. Dans cette façon de procéder, il y a un biais dans l'exercice étant donné que le/la participant.e a déjà préalablement lu les informations sur l'affiche avant même d'aller tirer au sort une question. Par ailleurs, on perd beaucoup de temps à revenir sur les mêmes informations plutôt que d'explorer les connaissances des participant.e.s, les faire parler leur expérience sur la thématique pour mieux fixer les notions.

Proposition : Il serait mieux de ne pas mettre l'affiche devant les participant.e.s avant l'exercice, pour mieux explorer leurs connaissances des méthodes, voire des pratiques traditionnelles de contraception. Par la suite, ils pourront tirer au hasard une méthode du sac pour mieux faire connaissance avec chacune des méthodes. Une chanson a été créée pendant la formation pour nommer, présenter l'endroit où est insérée la méthode et la durée d'utilisation. Tout ceci aide mieux à fixer les connaissances

REVISION DU PP-CTC

A la suite des constats faits sur le terrain pendant la pratique et d'autres difficultés logiques exprimées au cours de la mise en œuvre de l'approche, des changements ont été opérés dans les matériaux et les guides didactiques du PP-CTC. Dans les pages suivantes, nous présentons ces changements pour les 5 stations tout en insistant sur l'importance de bien conduire les échanges introductifs afin de mieux explorer les connaissances des bénéficiaires et bâtir la suite du processus sur leurs acquis.

Station 1 : IST/VIH-SIDA (Debout)

Les objectifs :

- Les participant.e.s sont capables d'évaluer leurs propres risques de contamination.
- Les participant.e.s réfléchissent sur les barrières et incertitudes autour du SIDA
- Les participant.e.s sont motivés et adoptent un comportement de protection autoresponsable et de respect vers leurs partenaires

Méthode:

- Tenez-vous debout avec les participant.e.s en cercle, demi-cercle ou en U
- A partir d'un « disque de la chance » on discute de questions autour du VIH, la sexualité et le partenariat sexuel en utilisant des cartes avec des questions.
- A l'aide de ces questions, donnez la possibilité de parler des tabous et menez une discussion sur les comportements à risques.
- Choisissez bien les questions selon le groupe cible.

!!! Attention:

- ✓ Donner clairement les instructions aux participant.e.s en leur expliquant comment faire tourner la roue, les symboles et présenter les cartes correspondantes puis préciser que le/la participant.e qui fait tourner la roue doit choisir une carte et la lire ou la faire lire par un.e autre participant.e.
- ✓ Le/la participant.e doit faire tourner la roue et prendre lui-même la carte et la lire ou la faire lire. Il est important que les cartes soient disposées tout près de la roue sur une table ou à même le sol.
- ✓ Lorsque les participant.e.s prennent eux-mêmes les cartes et les lisent, cela accroît leur temps de participation pendant la durée de la station.

<u>Échanges</u> : Encourager les participant.e.s à contribuer/parler autour des questions suivantes :

- Quelles sont les principales maladies que vous connaissez ?
- Parlez-moi du VIH/Sida ? / Que savez-vous du VIH/Sida ?

Questions (sur cartes à choisir par les participant.e.s et laissez-les échanger/parler ?)

Comment savoir qu'on a une IST?

Comment se protéger contre les IST?

Comment peut-on savoir si une personne est infectée par le VIH ?

Aimeriez-vous vous faire dépister?

Messages clés

- Le dépistage volontaire et la prévention des maladies sont très importants.
- Si on connaît notre statut sérologique on se protège nous-mêmes et on protège les autres.
- Il faut être solidaire avec les personnes séropositives et malades du SIDA.

Matériels nécessaires :

- Cartes avec des questions,
- Le disque de chance en bois avec cinq symboles : ampoule, fleur, cœur, mains)

Station 2 : Mariage d'enfants (Assis)

Objectif:

Faire la connaissance de différentes conséquences du mariage précoce, y compris les conséquences médicales et psychologiques pour les filles/femmes).

Méthodes:

Asseyez-vous avec les participant.e.s en cercle. Puis posez leur les questions (Voir Échanges) en les encourageant à parler des situations qu'ils/elles ont vécues ou qui sont arrivées dans leur entourage proche).

Échanges:

Encourager les participant.e.s à contribuer/parler autour des questions suivantes :

- A quel âge les filles et les garçons se marient ici ?
- Est-ce que vous connaissez une personne qui s'est mariée à cet âge ? Parlez-nous de l'expérience de cette personne.

Questions : Sur cartes à choisir par les participant.e.s et laissez-les échanger/parler

Comment ces enfants ont-ils réagi?

Est-ce qu'il y a eu des conséquences sur ces enfants : si oui, lesquelles?

Est-ce qu'il y a eu des conséquences sur la famille: si oui, lesquelles?

Est-ce qu'il y a eu des conséquences sur la communauté: si oui, lesquelles?

Connaissez-vous les structures de protection des enfants autour de vous? Si oui lesquelles et quels sont leurs rôles ?

Est-ce qu'il y a des filles de plus de 18 ans mariées contre leur volonté ?



Messages clés:

- Chacun doit être en mesure de prendre ses propres décisions concernant sa vie.
- Le mariage précoce ou mariage d'enfant comporte des risques et ne respecte pas les droits personnels de la personne humaine

Matériels nécessaires :

- Panneau avec image d'une fille et d'un garçon et des images des situations de vie. S'il y a de bonnes images disponibles, cela peut servir de décor juste, car on doit travailler avec des histoires réelles vécues ou connues des participant.e.s. A défaut, faire sans image.
- Liste de questions;
- Des nattes (ou petites chaises pour s'asseoir).

Station 3: Méthodes contraceptives (Debout)

Objectif:

Faire la connaissance des différents moyens de contraception moderne

Méthodes: Tenez-vous debout avec les participant.e.s en cercle, demi-cercle ou en U

Échanges:

Encourager les participant.e.s à contribuer/parler autour des questions suivantes :

- Comment faites-vous pour éviter les grossesses
- Que savez-vous des méthodes contraceptives ?

<u>Jeu/exercice</u>: On demande aux participant.e.s volontaires de tirer tour à tour une méthode du panier ou sachet et d'expliquer ce que c'est, comment on l'utilise et la durée de protection.

Tirage des méthodes contraceptives

Synthèse en chanson sur chacune des méthodes

Messages clés:

- En nous protégeant nous-mêmes, on protège aussi les autres.
- Avec les méthodes modernes de contraception, on peut éviter les grossesses nondésirées et cela permet aussi l'espacement de naissance des enfants
- Le préservatif est la seule méthode efficace contre les IST/VIH/SIDA

Matériels nécessaires:

- Un panier ou sachet contenant les différentes méthodes contraceptives (y compris le condoms masculin et féminin ainsi que le gel lubrifiant);
- Les images pour illustrer l'utilisation correcte des contraceptifs; Mais il est important de demander aux participant.e.s de faire la démonstration des condoms masculin et féminin et de l'utilisation du gel lubrifiant.
- La liste des lieux de vente ou d'obtention des contraceptifs.

Station 4 : Prévention des MGF (Assis)

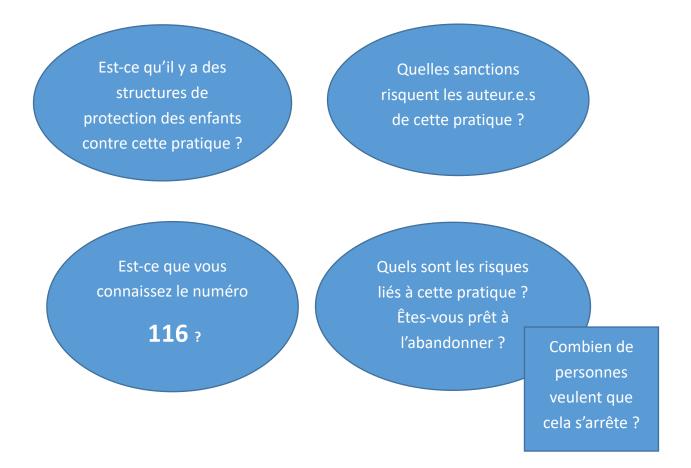
Objectifs:

- Les participant.e.s comprennent les risques et conséquences des MGF et leurs implications sur les droits et la dignité des filles et des femmes.
- **Méthodes**: Asseyez-vous avec les participant.e.s en cercle. Puis posez leur les questions (Voir Échanges) en les encourageant à parler des situations qu'ils/elles ont vécues ou qui sont arrivées dans leur entourage proche).

<u>Échanges</u>: Encourager les participant.e.s à contribuer/parler autour des questions suivantes:

- Est-ce qu'il y a des choses qu'on fait aux filles et aux femmes pour qu'elles soient perçues comme des exemples ou des modèles dans la communauté ? [Poular]
- Y'a-t-il des choses qu'on fait aux filles pour leur faire porter l'uniforme et entrer dans la cour des grands ? [Malinké]
- Y'a-t-il une fille ou une femme à qui on l'a fait dans votre famille ou entourage ? Si oui, racontez-nous ce qui s'est passé. Y'a-t-il eu des problèmes ? Lesquels?

<u>Questions</u>: Sur cartes à choisir par les participant.e.s et laissez-les échanger/parler:



Messages clés

- La MGF/Excision et une pratique néfaste.
- Chacun doit être en mesure de prendre ses propres décisions concernant son corps et sa vie.
- Aucune raison ne peut justifier qu'on pratique l'excision sur les filles

Notes de lecture à l'attention des facilitateurs.trices (à lire la veille du jour de la séance et pas en pleine session)

→ Réalité :

La vraie raison (qui n'est pas justifiée) est le contrôle de la sexualité des femmes et le maintien de la domination masculine

Le désir sexuel et la fidélité ne dépendent pas de l'excision ou non-excision des filles. L'honneur de la famille dépend de leurs bonnes actions et solidarité, et pas du corps ou comportements des jeunes filles

La fidélité de la femme n'est pas liée à l'excision. Elle dépend surtout de l'éducation reçue, des facteurs socio- économiques et de l'environnement auxquels cette femme est confrontée

NB: Il n'y a que 29 pays au monde qui pratiquent l'excision. Tous sont en train d'abandonner la pratique. La Guinée est le premier pays en Afrique de l'Ouest et l'avant dernier dans le monde à avoir un taux de prévalence égale à 96% pour la fille et la femme. Les femmes et les hommes ont une responsabilité dans l'abandon de cette pratique.

Peut-on affirmer ou prouver qu'en Guinée les filles et les femmes non excisées sont moins morales que les autres ?

→ Réalité :

Aucun texte religieux ne prescrit la pratique, qui a d'ailleurs précédé l'apparition des grandes religions monothéistes. La pratique se retrouve aussi bien dans des populations musulmanes, chrétiennes ou animistes. Il s'agit d'une pratique qui s'est répandue dans le continent africain à travers certains groupes ethniques. La majorité des pays arabes qui sont majoritairement musulmans ne pratique pas l'excision, dont l'Arabie Saoudite, le Berceau de l'Islam. De même que certaines sectes religieuses chrétiennes : les Témoins de Jehova, Adventiste du septième jour, l'Église Protestante Évangélique.

La femme ne nait pas impure. La fille/femme non excisée n'a aucune contrainte religieuse. Elle peut jeûner, prier et remplir toutes les obligations religieuses.

→ Réalité :

Il n'y a aucun lien entre l'excision et l'hygiène et attraction des femmes. Au contraire, l'excision peut provoquer des infections qui affecte l'hygiène. En plus, une des conséquences de l'excision peut être l'infertilité.

→ Réalité :

Il y a des traditions qui sont néfastes parce qu'elles ont des conséquences négatives sur la santé et peuvent entraîner la mort. Donc, il est impératif de les abandonner. La tradition est une convention sociale. On peut la changer et adopter une nouvelle convention sociale qui n'a pas de conséquences néfastes sur les individus. De plus, l'excision est l'une de nos pratiques culturelles dont l'origine est la moins connue. Etant donné qu'elle est préislamique et que beaucoup de sources la rattachent à la religion païenne, elle constitue une tradition néfaste à la santé et au bien-être de la femme.

→ Réalité :

Certaines personnes essaient de médicaliser l'excision de façon clandestine pour satisfaire la volonté de quelques parents de perpétuer cette tradition. Cette pratique est néfaste et porte atteinte à l'intégrité corporelle et à la dignité des filles et des femmes. Il n'y a aucune raison ni culturelle ni médicale qui justifie que cette pratique puisse continuer. On doit simplement l'abolir. En effet, l'article 5 du protocole à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes (Protocole de Maputo 11 juillet 2003) sur l'élimination des pratiques néfastes stipule que :

- Les États interdisent et condamnent toutes les formes de pratiques néfastes qui affectent négativement les droits humains des femmes et qui sont contraires aux normes internationales.
- Les États prennent toutes les mesures législatives et autres mesures afin d'éradiquer ces pratiques et notamment :
 - a) sensibiliser tous les secteurs de la société sur les pratiques néfastes par des campagnes et programmes d'information, d'éducation formelle et informelle et de communication ;
 - b) interdire par des mesures législatives assorties de sanctions, toutes formes de mutilation génitale féminine, la scarification, la médicalisation et la para-médicalisation des mutilations génitales féminines et toutes les autres pratiques néfastes ;
 - c) apporter le soutien nécessaire aux victimes des pratiques néfastes en leur assurant les services de base, tels que les services de santé, l'assistance juridique et judiciaire, les conseils, l'encadrement adéquat ainsi que la formation professionnelle pour leur permettre de se prendre en charge;
 - d) protéger les femmes qui courent le risque de subir les pratiques néfastes ou toutes autres formes de violence, d'abus et d'intolérance.

→ Réalité

La pratique de l'excision se perpétue en Guinée à cause de la pression sociale. Mais ce n'est pas une bonne raison pour pratiquer l'excision. Beaucoup de parents et de familles qui l'exercent n'y croient pas. Ils le font par peur du « qu'en dira-t-on » d'eux-mêmes et de leur fille si elle n'est pas excisée. Chaque parent œuvre pour le bien-être de sa famille notamment ses enfants. Et le premier devoir d'un parent est de protéger son enfant en lui donnant un cadre de vie lui permettant de jouir pleinement de son potentiel. C'est un devoir pour le parent et un droit pour l'enfant.

Soumettre les filles à l'excision à cause des pressions sociales n'est pas un acte normal. Ce comportement est condamné par les lois en vigueur en République de Guinée. Il n'est pas bon de mettre en danger la vie et la santé des filles et des femmes parce qu'on a peur de ce que les autres peuvent penser de nous. Il faut que chacun commence à dire non et les autres le feront avec nous au fur et à mesure.

Station 5 : Prévention et contrôle des maladies endémiques (Debout)

Les objectifs:

- Les participant.e.s (jeunes et adolescents élèves et non élèves) sont capables d'évaluer leurs propres risques de contamination aux épidémies ;
- Les participant.e.s (jeunes et adolescents élèves et non élèves) réfléchissent sur les mesures barrières et incertitudes aux épidémies, y compris lavage des mains ;
- Les participant.e.s (jeunes et adolescents élèves et non élèves) sont motivés et adoptent un comportement de protection auto-responsable et de protéger les autres.
- Les participant.e.s sont motivés à se faire vacciner en cas de disponibilité d'un vaccin.

Méthode: Tenez-vous debout avec les participant.e.s en cercle, demi-cercle ou en U

<u>Échanges</u> : Encourager les participant.e.s à contribuer/parler autour des questions suivantes

- Quelles sont les nouvelles maladies qui ont menacé le monde entier ?
- Quelles sont les maladies qui empêchent les gens de se regrouper ?
- Quelles sont leurs modes de transmission ? Et que savez-vous d'autres sur ces maladies ? Racontez-moi comment vous avez vécu l'une de ces crises sanitaires.

Questions : Sur cartes à choisir par les participant.e.s et laissez-les échanger/parler :

Qu'est-ce qu'on peut faire pour éviter ces maladies ?

Aimeriez-vous faire le test dépistage de ces maladies ?

Êtes-vous prêt.e.s à vous faire vacciner contre ces maladies? Si oui, combien de personnes ?

Les messages clés :

- Soyez bien conscient des propres risques de contamination aux épidémies ;
- Adoptez un comportement de protection auto-responsable et protéger les autres en utilisant les mesures de barrières comme le lavage des mains afin de diminuer le risque de transmission des maladies à potentiel épidémique;
- Laissez-vous vacciner en cas de disponibilité d'un vaccin!

Matériels nécessaires :

Cartes avec des questions.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Niveau des facilitateurs.trices et animateurs.trices et besoins d'accompagnement et de renforcement en communication et en SSRJA

- ✓ La formation de base de la plupart des facilitateurs.trices et animateurs.trices est dans un domaine technique différent de l'animation/communication et beaucoup n'ont pas reçu une formation initiale en santé sexuelle et reproductive ou dans le domaine de la communication pour la santé.
- ✓ Avec le pré et le post test lors de la présente formation, nous avons eu une progression globale moyenne des participant.e.s qui est passé 50% à 71%. Nzérékoré et Kindia ont un score global moyen respectif de 61 et 66% alors que Labé est 73%, Mamou à 76% et Faranah avec le score le plus élevé est à 79%. Individuellement, certains animateurs.trices/superviseur.e.s ainsi que quelques facilitateurs.trices, soit 8 au total représentant 38% d'entre eux, se sont distingué.e.s avec un score au post test égal ou supérieur à 80% (5 participant.e.s avec 80%, 2 avec 85% et 1 avec 95%).
- Compte tenu de leur score global moyen inférieur à 80%, il est souhaitable que ces facilitateurs/animateurs.trices bénéficient d'un accompagnement post-formation pour mieux fixer les notions acquises et renforcer leurs capacités pratiques dans la communication et la gestion des stations PP-CTC. Cet accompagnement post-formation devrait se tenir dans un délai de trois mois après la formation, dans la période de Septembre-Octobre 2022.
- Par ailleurs, si la CAM ou la GIZ envisage de vendre le PP-CTC comme un produit phare de la coopération en Guinée, il serait souhaitable de renforcer les capacités des facilitateurs/animateurs.trices en santé sexuelle et reproductive en insistant sur quelques thématiques et des notions comme le VIH/Sida (tester et traiter, le suivi de la charge virale, l'observance des traitements ARV, notions de counseling), les méthodes de la contraception (avantages et inconvénients de chaque méthode, démonstration de l'utilisation du condom masculin et féminin, libre décision en matière de choix d'une méthode, la visite guidée d'un service de PF, les coûts de chacune des méthodes), le mariage précoce et les mutilations génitales féminines (ampleur du phénomène dans le pays, données anthropologiques sur ces pratiques, texte de loi en vigueur, lien avec des organisations pouvant assurer un accompagnement aux victimes/survivantes), la santé sexuelle des adolescents (notions de puberté),etc.

Prise en compte des connaissances et logiques traditionnelles

- ✓ L'étude sur l'intégration de la PF/Contraception dans le counseling (cf. Ndonko & Foromo, 2017) a montré que dans toutes les régions de la Guinée, les femmes recourent à diverses pratiques traditionnelles visant à prévenir la grossesse ou à maîtriser la sexualité pour ne concevoir qu'en temps voulu. Ces pratiques sont certes d'une efficacité douteuse en matière de planification familiale/ contraception, mais leur simple existence dénote tout de même d'un intérêt certain des populations et notamment des femmes pour la contraception. Il ne faut pas prêcher la contraception aux jeunes et adolescent.e.s, comme aux ignorant.e.s parce qu'ils/elles ont tout de même des connaissances à cet effet ou ont des proches qui ont connaissance de ces pratiques traditionnelles et les conseillent sans doute.
- ✓ Nous avons déjà longuement expliqué comment explorer les connaissances des participant.e.s pour introduire des concepts sensibles comme les 'mutilations génitales féminines' ou le 'mariage d'enfants' et aussi comment faire des traductions ou adaptations de certains termes dans la langue locale. On peut se référer aux chapitres sur les modules ou celui traitant des principaux problèmes identifiés sur le terrain à ce sujet.
- Il est important d'évoquer ces exemples de pratiques traditionnelles visant à maitriser la sexualité au cours des causeries éducatives ou des séances du CTC sur les méthodes de contraception. Ceci permettra de montrer ou démontrer que l'intérêt pour la PF/contraception est bien ancré dans la culture ou les traditions et que des femmes ont essayé, depuis la nuit des temps d'avoir un certain contrôle sur leurs capacités de reproduction. On pourrait tout aussi bien disposer d'échantillons ou de ces accessoires traditionnels dans le lot de méthodes de PF/Contraception pour déclencher les échanges sur cette thématique, ce qui animerait et réjouirait beaucoup les participant.e.s.

Les autres points importants déjà longuement abordés dans le texte concernent l'encouragement des facilitateurs.trices et des animateurs.trices à permettre que les participant.e.s s'expriment lors des échanges. A cet effet, ils/elles devraient adopter une attitude plus ouverte, ludique et explorer les connaissances de la cible pour construire sur ce qu'ils savent et les encourager à s'engager sur ce qu'ils/elles peuvent réellement faire. Le matériel de travail et les échantillons pour démonstration et distribution doivent être disponibles dans toutes les régions pour permettre aux équipes de travailler avec les mêmes outils. Quand toutes ces conditions seront satisfaites et que les équipes auront progressé dans la maîtrise des techniques d'animation, alors les facilitateurs.trices et animateur.trices pourront commencer à appliquer une approche différenciée par région en tenant compte de l'ampleur des problèmes, du niveau de changements constatées lors de récentes évaluations ou d'études.

Formation des facilitateurs/animateurs.trices en techniques de communication pour la sensibilisation des bénéficiaires en vue du changement de comportement (du 20 au 28 Juin 2022)

Agenda de l'atelier

Horaires	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jours 7 et 8	Jour 9
8h30 — 10h30	Ouverture Mot de Giz Introduction (présentations, Evaluation pré- test, attente et craintes, objectifs)	Rappel Film: Temps modernes (C. Chaplin) Notions de communication en matière de santé	Rappel Visionnage séance du PP-CTC et échanges (points forts et problèmes identifiés)	Rappel Conception et mise en œuvre d'une sensibilisation	Rappel Questions/réponses sur Témoignages et l'approche Non & Trahir Genre et santé sexuelle et reproductive	Rappel Jeu : entretien motivationnel (PF/Contraception et VIH/Sida) Entretien motivationnel (définition, écoute réflective, questionnement)	Rappel Travaux de groupe : Revue des objectifs et la reformulation des questions pour chacune des stations Restitution	Rappel Suivi effets des interventions sur les bénéficiaires ('graduation')
10h30 - 11h00			Pause-café					
11h00- 13h30	Descente filmée sur le terrain : Causerie éducative/CIP	Suite Notions de communication en matière de santé	Suite visionnage séance du PP-CTC et échanges	Adaptation des questions en langue locale Etude de cas : le gros moustique	Référencement et suivi	Suite Entretien motivationnel (changement, résistance)	Jeu de rôle et échanges : PP- CTC (Station 1, 2 et 3)	Questions ouvertes et échanges
13h30 - 14h30	Pause déjeuner							
14h30 – 15h45	(Suite descente filmée) Animation du PP- CTC	Visionnage séance d'animation causerie éducative/CIP et échanges (points forts et problèmes identifiés)	Leçon apprise expérience terrain Pratique de la communication : les prérequis	Jeu de rôle : Déformation du message et leçons apprises	VBG (identification et gestion de cas)	Echanges sur Entretien motivationnel	Jeu de rôle et échanges PP-CTC (Station 4 et 5)	Evaluation de l'atelier (post test) Impressions des participants
15h45 - 16h00	Pause-détente							
16h00 - 17h30	Suite Animation du PP-CTC	Suite visionnage causerie éducative et échanges	Suite Pratique de la communication Jeu de rôle : le guide et l'aveugle	Importance du témoignage Sensibiliser les enfants : exemple de dépliant dynamique et ludique)	Jeu de rôles : Ecoute et écoute active	Revue des objectifs et des résultats du projet et échanges sur la cohérence de la mise en œuvre de l'approche	Cas pratique de sensibilisation PP- CTC sur le Terrain (5 stations) Leçons apprises des cas pratiques de terrain (PP-CTC)	Clôture

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bah, Alpha Amadou, 2021

Contexte de l'approche CTC en Guinée, Mamou, Club des Amis du Monde (CAM), Décembre, 10 p.

BARRY Alpha Amadou Bano, 2015

Analyse socio-anthropologique des déterminants de la perpétuation des MGF/E en Guinée, Conakry, UNICEF, Août, 77 p

BARRY Alpha Amadou Bano, 2017

L'impact des stratégies de promotion de l'abandon des MGF en Guinée, Conakry, étude réalisée dans le cadre de l'appui la Direction Nationale de la Promotion Féminine et du Genre, Juillet, 121 p.

Club des Amis du Monde, SD

Les cartes de la station 1, Mamou, Club des Amis du Monde (CAM), 23 p.

Club des Amis du Monde, 2021

Offre technique - Projet d'Amélioration de la Santé sexuelle et Reproductive des Jeunes et Adolescents des Régions de Labé, Mamou, Kindia, Faranah et Nzérékoré. Conakry, Club des Amis du Monde (CAM), 23 p.

Diallo, Thierno Souleymane, 2018

Rapport du forum sur les mutilations génitales féminines à Kindia. Kindia, Giz-DRS, Travaux de groupe, Mai, 6 p.

Equipe de formation, 2018

Documentation - Atelier de Formation : Formation des facilitateurs dans le cadre du projet Connais ton corps, Kindia, Giz-CAM, Juin, 46 p;

Fofana, Lansana, 2021

Etude CAP la santé reproductive en particulier chez les jeunes (y inclut les mutilations génitales féminines) dans les régions administratives de Kindia, Mamou, Labé, Faranah, Kankan et N'zérékoré.

Katzan, Julia, 2018

Résultats des entretiens avec des autorités régionales et nationales, Analyse interne de l'approche « Connais ton corps », Conakry, Notes de terrain, Octobre, 7 p.

Katzan, Julia, 2020

Mise en œuvre du CTC (se référant sur la méthodologie du Parcours Participatif). Interview avec Giulia Reichmann en 2020 : Observations, défis rencontrer et recommandations, Notes de travail, 4 p.

Krause, Regina, SD

La méthode « Joignez-vous au cercle » conquiert le monde : De nouvelles méthodes de prévention du Sida, Cologne, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – GTZ, 244 p.

Ndonko, Flavien Tiokou & Guilavogui, Foromo, 2017

Intégration du concept de la planification familiale et de la contraception dans les documents du counseling VIH en Guinée : enjeux et limites. Conakry, Coopération allemande (Giz)- Health Focus/Eco Consult, Juin, 46 p.

Richard, Fabienne & Kamano, Fara Djiba, 2022

Recherche action sur le thème « soumission de la femme, MGF, épanouissement sexuel du couple : constats, analyse et perspectives pour moins de VBG en Guinée ». Postdam, Health Focus, Projet de soutien aux activités de promotion pour l'abandon de la pratique des MGF en Guinée (PSDRF/PASA2), Mars, 91 p.

Liste des participant.e.s à l'atelier PP-CTC de Mamou

N°	Prénom et nom	Région	Profession	Fonction	Contact
1. 1	Jean Jeune Homme Cecilia	N'Zérékoré	sociologue	Animateur	623 83 87 56
2.	Mohamed Lamine Sylla	Kindia	Langue Anglaise	facilitateur	626 93 38 35
3.	Hawa Goto Kolié	N'Zérékoré	biologiste	Superviseure	628 733520
4.	Mamady 3 Kourouma	Faranah	économiste	Animateur	621 37 02 57
5.	Guémy Esaïe	N'Zérékoré	GRN	Facilitateur	622 78 84 47
6.	Mamadou Sylla	Kindia	Biochimiste	Superviseur	622 61 28 45
7.	Mamadou II Kouyaté	Faranah	environnementaliste	Facilitateur	621 73 52 83
8.	Delphine Finda Bongono	Faranah	Gestionnaire touristique	Facilitatrice	621 22 63 44
9.	Thierno Yagouba Diallo	Labé	informaticien	Superviseur	622 50 92 00
10.	Laye Touré	Kindia	AGS	Animateur	621 38 26 48
11.	Lansany Oularé	Faranah	environnementaliste	Facilitateur	622 25 70 91
12.	Kade Kaba	Mamou	environnementaliste	Facilitatrice	620 95 17 41
13.	Maimouna Diallo	Labé	Agent de santé	Facilitatrice	627 79 11 92
14.	Abdoul Gadirou Sylla	Mamou	Energéticien	Animateur	620 79 54 46
15.	Fatoumata Mouminy Sow	Mamou	sociologue	Facilitatrice	627 92 43 41
16.	Mamadou Saliou Bah	Labé	Ing-technologue	Animateur	621 53 50 58
17.	Mama Aïssata Sylla	Kindia	économiste	Facilitatrice	627 25 52 68
18.	Lopou Julienne Simpogui	N'Zérékoré	Ing-agroforesterie	Facilitatrice	628 21 29 13
19.	Daman Mara	Mamou	linguiste	Facilitateur	620 68 71 50
20.	Alpha Amadou BAH	Conakry	sociologue	Coordinateur	628 19 11 06
21.	Hassatou Ly	Labé	journaliste	Facilitatrice	622 34 52 27