

Tanzanie



Tanzania

Résumé du programme

AMREF, LSHTM, et NIMR : Programme MEMA Kwa Vijana

En janvier 1999, la Fondation Africaine pour la Médecine et la Recherche (AMREF), en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et l'Institut National de la Recherche Médicale - Tanzanie (NIMR), a amorcé un programme dans 62 écoles et dans 18 centres de santé dans la région de Mwanza en Tanzanie.

Son objectif principal est d'améliorer la connaissance de la santé reproductive chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans et de diminuer le taux de contamination par les infections sexuellement transmissibles et par le VIH, ainsi que le taux de grossesses non désirées. Pour ce faire, les éducateurs pairs, sous la direction des enseignants, utilisent des techniques informelles et participatives afin d'apprendre la santé reproductive aux jeunes. Les travailleurs et les travailleuses de la santé sont formé(e)s pour rendre les services de santé plus accessibles aux jeunes, et la communauté est mobilisée à participer aux Youth Health Weeks (semaines de la santé de la jeunesse), qui ont lieu une fois par an.

Le programme atteint approximativement 2 850 nouveaux participants adolescents par an ; le coût s'élève à 1,37 \$US par enfant par an. Sur les 16 indicateurs d'efficacité qui ont été établis par l'ONUSIDA, le programme a été jugé d'en avoir atteint 13 en entier et 2 en partie ; l'un des indicateurs n'était pas applicable.

Tanzanie : AMREF, LSHTM, et NIMR : Programme MEMA Kwa Vijana

AMREF, LSHTM, et NIMR : Programme MEMA Kwa Vijana

PARTIE A : LE PROGRAMME

Raison d'être et historique du programme

Entre 1994 et 1998, plusieurs études de base ont été conduites en Tanzanie, dans la région de Mwanza et dans la région avoisinante de Mara ; ces études ont examiné le taux d'infection par le VIH dans les écoles. Il a été déterminé que les jeunes dans la vingtaine étaient les plus à risque de s'infecter.

Pour s'attaquer à ce problème, en 1999 le programme MEMA kwa Vijana a été lancé dans 62 écoles dans quatre districts (sur sept) de la région de Mwanza pour cibler les jeunes âgés de 12 à 19 ans. Il s'agit de l'âge avant celui où ils commencent à courir le plus grand risque d'être infectés. On voulait munir les jeunes des informations sur la santé sexuelle et reproductive (SSR), pour qu'ils pensent aux conséquences de leur comportement sexuel. Le titre du programme souligne sa raison d'être : MEMA kwa Vijana veut dire « Bonnes choses (MEMA) pour les jeunes ».

Mettre en œuvre une intervention pour les jeunes qui sont à risque élevé contribuera à leur fournir des informations exactes sur le sexe avant qu'ils ne commencent à avoir des relations sexuelles. Il y a plus de chance qu'ils pratiqueront le sexe à moindre risque. Sinon, beaucoup de jeunes apprennent de leurs pairs, qui manquent, eux aussi, d'informations correctes.
Coordonnatrice du programme

1995	<ul style="list-style-type: none"> • Conception préliminaire • Sollicitation de fonds
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Approbation du programme accordée par le MoEC, le MoH et par les autorités régionaux et au niveau du district
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Conception et précisions sur l'intervention développées et pretestées (juillet-décembre) • Enquête de recrutement de la cohorte (septembre-décembre) • Évaluation initiale des besoins (novembre 1997-mai 1998) • Développement et prétest des guides didactiques (novembre 1997 - mai 1998)
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Lancement du programme dans 62 écoles et dans 18 cliniques de santé • Début du programme de recherche sur la santé et le mode de vie (HALIRA - Health and Lifestyle Research) • Afin d'évaluer le progrès, analyse conduite par le Dr. W. Lugoe (Canada), G. Akingabe (Université de Dar es Salaam [UDSM], Tanzanie) et le Dr. J. Ferguson (World Health Organization [WHO]). • Évaluation conduite par Mary Plummer pour évaluer la formation des éducateurs pairs qui travaillent dans la salle de classe et dans la communauté.
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de discussion et entrevues en profondeur avec les jeunes de Mwanza • Évaluation de l'éducation par les pairs conduite par Ak'ingabe Guyon (Canada), le Dr. Lugoe (UDSM, Tanzanie) et le Dr. Ferguson (WHO)
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Étude provisoire (février - juin) • Exercice conduit à l'aide de patients simulés pour faire une comparaison entre les services de SSR qui sont fournis aux adolescents dans les communautés d'intervention et de contrôle (octobre - décembre) • Évaluation de la formation des enseignants et du curriculum scolaire
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête finale (impact) (octobre 2001 - avril 2002) • Rapport d'évaluation de l'impact sur la santé et le comportement

Figure 1. Tableau chronologique des événements importants du programme

Le programme est une collaboration entre trois organisations : la African Medical and Research Association (AMREF, Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique),

la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM, l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres) et le National Institute for Medical Research (NIMR, l'Institut national de la recherche médicale) de Tanzanie. La AMREF a conçu le programme et elle est responsable de sa mise en œuvre, en collaboration avec le Ministère de l'Éducation et de la Culture (MoEC). Le NIMR est responsable de la conception et de la mise en œuvre de l'évaluation, qui analyse l'impact et la rentabilité de l'intervention. La LSHTM fournit de l'aide technique à la AMREF et au NIMR, et elle fournit la plupart du financement du programme.

MEMA Kwa Vijana utilise un style d'enseignement participatif, en milieu scolaire ; cette formation est menée par l'enseignant, qui est à son tour aidé par les pairs. Le programme utilise également l'éducation par les pairs pour enseigner la SSR aux adolescents ; cette formation est conduite dans des clubs et par le contact face à face. Il y a aussi des services de SSR qui sont « youth-friendly » (adaptés aux jeunes) ainsi que la mobilisation communautaire. La structure de MEMA Kwa Vijana est expérimentale : L'intervention est conduite dans 62 écoles et 18 centres de santé. Un nombre équivalent d'écoles et de centres de santé sert de groupe de contrôle (voir « Évaluation », ci-dessous). Cette approche permet la mesure scientifique de l'impact du programme d'intervention.

Jusqu'ici, le programme a atteint approximativement 17 000 élèves. L'avenir du programme sera déterminé par les résultats de l'évaluation qui est en cours à présent (2002) et par la disponibilité du financement.

Vue d'ensemble du programme

But

Le but principal du programme est d'approfondir les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et de diminuer le taux d'infection par les maladies sexuellement transmissibles (MST) et par le VIH, ainsi que le taux de grossesses non désirées chez les jeunes âgées de 12 à 19 ans dans la région de Mwanza.

Objectifs

Selon la coordonnatrice du programme, les objectifs de MEMA Kwa Vijana sont de :

- améliorer les connaissances et les compétences des jeunes pour qu'ils puissent éviter les risques à la santé sexuelle et reproductive
- diminuer le taux d'infection par le VIH et par les autres IST chez les jeunes
- diminuer le nombre de grossesses non désirées
- améliorer l'accès des jeunes aux services de SSR qui leur sont adaptés
- améliorer les attitudes des adultes envers les besoins de la SSR des adolescents
- améliorer les compétences des adultes pour répondre aux besoins de la SSR des adolescents

Groupes cibles

Groupe cible primaire

Le groupe cible primaire est constitué des élèves âgés de 12 à 19 ans (en 7ème, 6ème et 5ème années) dans la région de Mwanza.

Groupe cible secondaire

Le groupe cible secondaire est composé de :

- les élèves de 11ème année à 8ème année et les jeunes qui ne sont plus scolarisés – ces jeunes sont ciblés – pendant les festivals interscolaires annuels de la Youth Health Week (semaines de la santé de la jeunesse) ;
- les enseignants des écoles où le programme est en place ;
- les travailleurs de la santé dans les cliniques où le programme est en place ;
- approximativement 2 000 jeunes qui ne sont plus scolarisés et qui participent aux activités théâtrales, aux jeux de rôles et aux chansons, ainsi qu'à la promotion et distribution des préservatifs, qu'ils achètent pour les vendre à profit ;
- les membres de la communauté qui sont exposés au programme.

Champ d'action

Le programme MEMA Kwa Vijana a été lancé dans les écoles de la région, où il est principalement basé. Il est également en place dans les cliniques de santé, où les travailleurs de santé en ont profité pour apprendre à fournir des services de SSR qui sont adaptés aux jeunes.

Durée du programme

Le programme existe depuis trois ans.

Buts du programme

La figure 2 montre comment la coordonnatrice de MEMA Kwa Vijana a classé les buts de ce programme. L'idée est que, si les jeunes reçoivent des informations exactes et s'ils apprennent des habiletés fondamentales avant de commencer à avoir les rapports sexuels, il y a plus de chance qu'ils pratiqueront le sexe à moindre risque (utilisation des préservatifs, choix de partenaires sans risque, limite du nombre de partenaires, recherche de services de SSR, etc.) quand ils deviendront sexuellement actifs.

Développement du comportement et des habiletés fondamentales
Prévention du VIH/SIDA et des IST
Informations et accès : Services de santé sexuelle et reproductive
Prévention de la grossesse
Abstinence
Promotion du comportement sexuel à moindre risque

Figure 2. Buts du programme classés selon leur importance par la coordonnatrice du programme

Approches

La figure 3 montre les approches du programme, classées par la coordonnatrice du programme.

Des tests de VIH/SIDA et des séances de counselling ont été conduits en 1999 auprès de 10 000 jeunes scolarisés et aussi auprès d'un groupe de jeunes hommes et femmes qui n'étaient plus scolarisés ; ces jeunes constituent le groupe d'intervention. Ils ont été testés et ils ont reçu du counselling à nouveau en 2002.

Changement de comportement/Développement des habiletés fondamentales
Éducation par les pairs
Auto-efficacité et estime de soi
Éducation sur la sexualité, le VIH et les IST
Abstinence
Accès aux informations sur la SSR
Services de SSR
Comportement moral et valeurs sociales
Respect des droits des individus
Accès aux contraceptifs/préservatifs
Contraception

Figure 3. Approches du programme classées selon leur importance

Activités

Les élèves aiment les pièces de théâtre et les jeux de rôles parce qu'ils peuvent y participer et cela leur offre l'occasion de faire remarquer leurs aptitudes. La distribution des préservatifs se fait moins fréquemment parce qu'elle se fait bénévolement par les jeunes qui ne sont plus scolarisés.

Pièces de théâtre et jeux de rôles
Chansons
Jeux
Comédie
Poèmes
Counselling par les pairs
Vidéos
Participation des adultes
Matériels imprimés (pamphlets, dépliants, manuels)
Semaines de la santé de la jeunesse, organisées une fois par an, où des concours interscolaires ont lieu
Ateliers de sensibilisation pour les membres du conseil du district, les leaders religieux et le comité de développement de la circonscription électorale
Distribution des préservatifs

Figure 4. Activités du programme, classées selon la fréquence de leur utilisation par les jeunes

Composantes

Le programme est constitué de quatre composantes principales :

1. l'éducation participative sur la SSR, qui est menée par l'enseignant avec l'aide des pairs, ainsi que l'éducation informelle par les pairs,
2. la formation des travailleurs de la santé, pour leur apprendre comment fournir des services de SSR adaptés aux jeunes,
3. la distribution des préservatifs,
4. la mobilisation communautaire.

Composante scolaire

Enseignement en salle de classe. Chaque école a approximativement trois enseignants de MEMA qui ont été formés en vue de fournir une éducation participative en santé sexuelle et reproductive. Pendant une heure par semaine les élèves des trois dernières années de scolarisation apprennent la SSR des adolescents ; les enseignants-tuteurs sont aidés par les éducateurs pairs. Les cours ont été développés en collaboration avec les autorités régionales de l'éducation. Ils visent à améliorer les connaissances et les attitudes des adolescents en ce qui concerne la SSR. Les cours ont aussi une importante composante de formation en compétences qui est conçue pour aider les adolescents à transformer leurs attitudes et intentions afin de changer leur comportement.

Après les heures de classe, ces leçons sont suivies de pièces, de chansons, de jeux de rôles et de poèmes qui sont préparés par les élèves (à l'aide des enseignants). Des clubs de débat sont tenus deux fois par mois dans chaque école. Les élèves plus jeunes et les jeunes qui ne sont plus scolarisés sont invités à y assister.

Avant le programme MEMA kwa Vijana, nous ne soignons aucun élève. Je pense qu'ils se méfiaient de notre confidentialité – de plus, ils avaient honte et ils craignaient leurs parents.

Infirmière de santé publique

Il y a un comité scolaire de 15 membres : deux enseignants, le coordonnateur didactique de la circonscription, un travailleur de santé, et d'autres hommes et femmes de la communauté. Le comité guide l'école par des discussions sur les points de vue, les besoins, le progrès et les recommandations communiqués par tous les intéressés (élèves, enseignants, membres de la communauté).

Étude de cas : Un cours

Pour commencer le cours, et pour « briser la glace », l'enseignant demande aux élèves de chanter. Il leur pose ensuite des questions pour passer en revue les ce qu'ils ont appris lors du cours précédent. Par exemple, « Qui peut nous dire de quoi nous avons discuté pendant le dernier cours ? » L'enseignant écrit le sujet du cours actuel au tableau. Les élèves le lisent et ils devinent de quoi il s'agit. Le thème est ensuite introduit à l'aide d'une courte pièce qui est montée par les éducateurs pairs. Les élèves se mettent en groupes pour une sorte de concours-quiz durant lequel il faut répondre aux questions qui sont posées par l'enseignant. Les élèves peuvent maintenant poser leurs propres questions et ils discutent de ce qu'ils ont appris. Les devoirs sont donnés et les élèves

sont encouragés à en discuter avec les élèves et les individus qui n'ont pas participé au cours (frères, sœurs, parents, pairs qui ne sont plus scolarisés).

Les enseignants assistent à des ateliers annuels, où ils se réunissent avec d'autres enseignants provenant d'autres écoles pour surveiller et évaluer le progrès du programme et pour échanger leurs idées et découvertes.

Le coordonnateur d'éducation de la circonscription se rend à chaque école trois fois par mois pour assurer que les matières et les thèmes concernant la SSR des adolescents sont enseignés comme prévu. Il discute aussi du progrès du programme avec les enseignants et les éducateurs pairs. Les problèmes soulevés sont discutés d'abord par le comité scolaire et, si une solution n'est pas trouvée, MEMA kwa Vijana et l'inspecteur d'éducation du district sont avertis.

Conseils. Des conseils empathiques sont donnés par l'enseignant-tuteur ou par les enseignants qui ont reçu une formation sur la SSR des adolescents ; cela se fait sur demande, ou quand les enseignants perçoivent le besoin.

Semaines de la santé de la jeunesse. Cette activité a lieu une fois par an. Les élèves de toutes les écoles du district qui participent au programme se réunissent pour montrer ce qu'ils ont appris pendant l'année. Les membres de la communauté et les leaders au niveau régional et du district sont invités aussi. Le but de l'activité est de diffuser des messages sur la prévention du VIH/SIDA et des IST, ainsi que de sensibiliser les gens aux besoins relatifs à la santé sexuelle et reproductive des adolescents.

Clinique de santé

Un programme de services de santé sexuelle et reproductive « youth-friendly » (adaptés aux jeunes) a été développé. On est en train de le mettre en œuvre dans 18 centres de santé qui sont dirigés par le gouvernement. Deux travailleurs de santé par clinique ont reçu une formation qui les a préparés à fournir des services de SSR qui sont adaptés aux jeunes, en vue d'améliorer l'accès des adolescents aux soins de MST et aux services de planning familial efficaces. Le programme est centré sur les droits des adolescents aux services complets, aux soins empathiques, au respect et à la confidentialité.

Les travailleurs de santé qualifiés se rendent à chaque école une fois par mois pour évaluer la santé générale des élèves et pour échanger des nouvelles avec les enseignants et les tuteurs.

Distribution des préservatifs

Le projet a formé 228 jeunes comme CPD (pairs qui promeuvent et distribuent les préservatifs). Les CPD sont choisis par leurs pairs pour vendre des préservatifs à un prix abordable dans les villages qui sont servis par l'intervention. Les préservatifs sont fournis à au moins un distributeur central dans chaque communauté où le projet est actif ; le distributeur central vend, à son tour, les réserves aux CPD.

Mobilisation communautaire

Des activités communautaires sont organisées tout le long de l'année. Elles visent à sensibiliser la communauté aux risques qui menacent la santé sexuelle et reproductive des adolescents et elles mobilisent le soutien des autres composantes de l'intervention. Ces activités sont surveillées dans chaque communauté par un comité de conseil composé de 15 à 22 individus qui ont été élus par la communauté vers la fin de 1998 après une semaine de mobilisation communautaire participative.

PARTIE B : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Évaluation des besoins

L'évaluation des besoins n'était pas disponible. Quoiqu'il en soit, le directeur du programme a déclaré que les résultats principaux démontrent que la plupart des élèves commencent leur activité sexuelle avant l'âge de 13 ou 14 ans. De plus, on a trouvé que 5 % des jeunes filles et 1 % des garçons âgés de 19 ans étaient séropositifs. Beaucoup de jeunes filles (en particulier celles qui sont pauvres) avaient été séduites par de petits cadeaux pour avoir des relations sexuelles non protégées avec des hommes plus vieux et plus riches. Ces hommes croient que ces filles, jeunes et naïves, n'ont pas encore été infectées par le VIH.

Matériel du programme

MEMA kwa Vijana a développé son propre matériel pédagogique pour les enseignants et les élèves. Le matériel est en kiswahili ; une traduction en anglais est en cours, avec une publication prévue pour 2003. Les autres supports pédagogiques ont été adaptés à partir de ceux qui avaient été créés par d'autres ONG, comme la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) et des programmes tels que Tanzania Netherlands Support for AIDS (TANESA), parmi d'autres.

Matériel du groupe cible

- *KINGA*, guide (en kiswahili) pour les éducateurs pairs, préparé par le Ministère de l'Éducation et de la culture ;
- matériel d'éducation à la santé et à la vie familiale pour les classes de 7ème, 6ème et 5ème années (portant principalement sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents) ;

- huit brochures de la GTZ qui répondent aux questions sur la SSR les plus fréquemment posées par les adolescents :
 - Volume 1 – Grandir
 - Volume 2 – Relations entre hommes et femmes
 - Volume 3 – Relations sexuelles
 - Volume 4 – Grossesse
 - Volume 5 – Relations personnelles saines
 - Volume 6 – VIH/SIDA et la nouvelle génération
 - Volume 7 – Drogues et l'abus des drogues
 - Volume 8 – Alcool et cigarettes

Le programme est très utile parce que maintenant les taux de grossesse, d'absentéisme et d'abandon des études sont bas. Par exemple, depuis deux ans aucune élève n'est tombée enceinte. Les jeunes filles sont plus assurées. Elles sont capables de dire non aux avances sexuelles, et les relations personnelles entre les garçons et les filles sont bonnes.

Enseignant

Matériel supplémentaire

D'autre matériel pédagogique, tels qu'un tableau à feuilles sur les organes sexuels des femmes et des hommes, des affiches et des brochures sont utilisés. De plus, des vidéos créées par le National AIDS Control Program et d'autres ONG comme la GTZ et le TANESA sont employées aussi.

Matériel de formation du personnel

Trois livres, un pour chaque classe (7ème, 6ème et 5ème années) ont été développés pour servir de guides aux enseignants :

- un livre de questions et réponses pour les éducateurs pairs ; ce livre traite des questions posées les plus souvent par les jeunes,
- un guide pour enseignants qui les aide à enseigner la SSR,
- un livre de ressources pour enseignants qui contient des détails sur le VIH/SIDA et les IST, ainsi que le planning familial, y compris l'utilisation du préservatif.

Choix et formation du personnel

- Au début, le programme formait les formateurs des pairs (TOP – trainers of peers), qui participaient à la formation de leurs pairs ; cet élément du programme a été abandonné pour faire place à la formation des enseignants.
- Les postes supérieurs ont été annoncés dans les médias. Les candidats ont été convoqués aux entrevues et les meilleurs candidats ont été engagés. Les employés subalternes ont été recrutés dans la région d'intervention par des annonces internes et par d'autres annonces qui ont été envoyées aux partenaires.
- Cette année, la coordonnatrice du programme a été sponsorisée pour suivre un cours d'un an de durée, afin de recevoir une maîtrise en santé publique (MPH – Master's degree in public health) à Londres.

Mise en œuvre du programme

Aucune information n'était disponible sur la mise en œuvre du programme.

Ressources du programme

Le bureau central du programme est spacieux. Les livres, affiches, tableaux, dépliants et pamphlets y sont entreposés, ainsi que d'autres matériels. Le bureau est aussi équipé de nombreux ordinateurs et imprimantes et d'une photocopieuse. Le programme dispose également de quatre véhicules.

Plaidoyer

MEMA kwa Vijana est bien soutenu par les fonctionnaires et les leaders communautaires. Le gouvernement fournit des directives politiques et participe à la mise en œuvre du programme (leaders du MoEC et du MoH au niveau du district). Les travailleurs des installations de santé du gouvernement offrent des services adaptés aux jeunes.

Une discussion tenue avec le responsable d'éducation pour la région de Mwanza et avec le responsable didactique de la zone a révélé qu'ils étaient contents du programme et qu'ils aimeraient voir une expansion qui s'étendrait à toutes les écoles de la région.

Rapport financier

Coût estimé par participant(e) du programme :

- Pendant la phase pilote (développement et suivi intensifs), le coût par jeune dans le groupe cible primaire était 17 \$US.
- Le coût de la deuxième année était 7,63 \$US.
- Le coût d'exécution annuel est maintenant 1,37 \$US par participant(e) par an.

PARTIE C : ÉVALUATION ET LEÇONS TIRÉES

Défis et solutions

Coordonnatrice du programme

- Une formation (qui est menée par les enseignants, aidés par les pairs), en éducation à la santé sexuelle et reproductive est maintenant acceptable et faisable dans le contexte du curriculum scolaire normal. Cet objectif a été atteint par des discussions tenues avec des leaders didactiques, qui ont consenti à consacrer une heure par semaine par classe à l'enseignement de la santé sexuelle et reproductive. Il est de même pour les services de santé adaptés aux jeunes.
- Puisque les parents sont ciblés, les messages de SSR des adolescents sont intégrés davantage à la vie communautaire.
- Les programmes de santé sexuelle et reproductive des adolescents doivent utiliser, et augmenter, la capacité et l'infrastructure locales pour promouvoir et soutenir l'éducation par les pairs.
- Une légère opposition a été remarquée de la part des leaders religieux, surtout à propos de l'utilisation des préservatifs. Cette opposition peut être évitée si les leaders religieux participent dès le début du programme. Les discussions et les démonstrations concernant l'utilisation des préservatifs qui ont lieu dans les salles de classe demeurent un sujet controversé. Il faut surmonter cet obstacle, car cette discussion est nécessaire du point de vue didactique.
- La transformation des programmes de SSR des adolescents en activités auxquelles les jeunes s'identifient (théâtre, sports, divertissement, activités qui augmentent les fonds) répond mieux à leurs besoins. De plus, le mélange des activités éducatives sur la SSR avec les services et le counselling adaptés aux jeunes changera plus probablement le comportement.
- Le risque à la santé sexuelle et reproductive couru par un adolescent est révélateur des importants besoins sociaux et économiques qui ne sont pas remplis. Il faut répondre à ce besoin, qui peut empirer la situation.
- Il est difficile de former les jeunes de 12 à 19 ans sur l'éducation par les pairs. Les jeunes jouent cependant bien les pièces et sont efficaces à amorcer les discussions. Le rôle des jeunes devrait consister en faciliter les éducateurs pairs plus âgés, qui sont mieux formés, au lieu de mener l'activité didactique eux-mêmes.
- Bien que la promotion et distribution des préservatifs dans les communautés soit en croissance, les jeunes qui sont responsables de la distribution ont utilisé l'argent qu'ils avaient gagné à d'autres fins parce qu'ils ne gagnaient pas assez d'argent. Par conséquent, beaucoup des CPD ont quitté le programme ou ils sont devenus très mobiles (« la recherche de la vie »). La croissance de l'absentéisme et l'inertie des ventes ont rendu cette composante difficile à maintenir. Il ne suffit pas de former les CPD en affaires ; il faut que les communautés soient plus disposées à acheter et utiliser les préservatifs.
- Les évaluations de processus régulières rendent les programmes plus forts en les rendant plus actifs et pertinents aux besoins émergents.

Enseignants

Les enseignants ont tous demandé la formation.

Éducateurs pairs

- Pendant les semaines de la santé de la jeunesse (Youth Health Weeks), plusieurs écoles devraient organiser des concours, et les meilleurs participants pourraient être récompensés. Cela encouragerait le maintien du prestige durant l'apprentissage.
- La communauté et les jeunes trouveraient des vidéos des performances plus agréables et ils les comprendraient mieux.

Évaluation

L'effet de l'intervention sur le comportement sexuel et la santé reproductive des adolescents sera évalué par le NIMR en 2003. Le rapport final sera soumis en 2002. Les deux composantes principales sont présentées ci-après.

Impact biomédical

Les résultats principaux de l'essai consisteront en une comparaison du VIH, des autres IST et des grossesses non désirées entre :

- une cohorte d'élèves dans 62 écoles de 10 communautés qui ont été choisies au hasard pour bénéficier de l'intervention pendant la première phase (janvier 1999 - décembre 2002) et
- un nombre égal d'élèves de 10 communautés semblables qui ont été choisies au hasard pour bénéficier de l'intervention à partir de juillet 2003 (si l'intervention est jugée d'avoir été efficace pendant la première phase).

La prévalence du VIH, des autres IST et des grossesses non désirées a été mesurée pendant le recrutement de la cohorte entre août et décembre 1998, directement avant l'introduction de l'intervention. Une enquête de suivi provisoire a été conduite entre février et juin 2000 (approximativement 18 mois après l'enquête de recrutement de la cohorte, et entre 13 et 18 mois après le début de l'intervention dans la moitié des communautés). L'enquête de suivi finale a été conduite en 2002 (approximativement 3 ans après l'enquête de recrutement, et entre 33 et 40 mois après le début de l'intervention dans la moitié des communautés).

Une enquête initiale (novembre 1997 - mai 1998) sur la prévalence du VIH et des IST a été conduite dans les communautés du projet pour assurer que les communautés étaient suffisamment similaires pour être comparées, ce qui a rendu l'enquête plus efficace. Les sujets de l'enquête étaient 9 500 jeunes, âgés de 15 à 19 ans.

Impact comportemental

Le projet mesure aussi l'effet de l'intervention sur les connaissances relatives à la SSR, les attitudes et le comportement chez des adolescents de la même cohorte. Cela se fait par une variété de méthodes quantitatives et qualitatives :

- une étude participative et qualitative conduite par des assistants de recherche qui ont vécu dans des ménages pendant sept semaines pour étudier le comportement sexuel, les croyances, les attitudes et d'autres éléments pertinents ;
- des entrevues en profondeur avec les membres du programme ;
- des discussions de groupe dans les villages ; et

- une évaluation des cliniques de santé conduite à l'aide de jeunes « patients simulés ». (Cette étude a montré que les travailleurs de santé qui avaient reçu une formation comme élément du programme étaient beaucoup moins prédisposés à juger et ils étaient plus accueillants envers les jeunes.)

Les évaluations des autres aspects du programme (formation des enseignants-éducateurs pairs, curriculum scolaire, etc.) sont énumérées dans le tableau chronologique. Pour d'autres informations, veuillez contacter le directeur du programme (voir contacts, Partie D).

Indicateurs de l'ONUSIDA

	Indicateur	Réalisation	Commentaires
1	Considère l'enfant/le jeune comme apprenant qui a déjà la capacité de savoir, de sentir et d'agir en ce qui concerne le développement sain et la prévention du VIH/SIDA.	Atteint en partie	Les jeunes sont permis d'exprimer leurs points de vue librement, et ces points de vue sont respectés. Ils préparent et jouent des pièces, des jeux de rôles, etc. Ils choisissent leurs enseignants-tuteurs. Cependant, les preuves de leur participation pendant les étapes de conception et préparation ne sont pas documentées.
2	Se focalise sur les risques qui sont les plus fréquents dans le groupe d'apprentissage et assure que les réponses sont appropriées et adaptées à la tranche d'âge.	✓	Dans leur enseignement quotidien les enseignants traitent les sujets liés aux risques. Les histoires et les pièces tiennent compte des risques en question, et tout le monde en discute.
3	Intègre non seulement les connaissances, mais aussi les attitudes et compétences qui sont nécessaires à la prévention.	✓	Les compétences et les attitudes sont améliorées. Bien des jeunes (surtout les jeunes filles) semblent avoir le courage de dire non quand les rapports sexuels sont demandés. La sexualité est un sujet dont ils peuvent maintenant parler avec leurs pairs et leur enseignant-tuteur plus librement et ouvertement.
4	Tient compte de l'impact des relations personnelles sur le changement de comportement et renforce les valeurs sociales positives.	✓	Les valeurs sociales positives sont améliorées. À titre d'exemple : le respect des aînés, l'abstinence avant le mariage, comment les jeunes filles peuvent réagir lors des premières règles, le secours porté aux personnes âgées et aux malades de la communauté.
5	Est basé sur l'analyse des besoins des apprenants	✓	MEMA kwa Vijana a conduit une évaluation des besoins pour déterminer

	et sur l'évaluation de la situation générale.		les besoins des jeunes. Les résultats ont été recueillis et utilisés lors du développement des guides de formation.
6	Conduit une formation continue aux enseignants et aux autres fournisseurs de service.	✓	Les enseignants, les tuteurs et les fournisseurs de service ont été formés avant le début du programme ; il y a un atelier annuel consacré à l'échange des expériences.
7	Utilise de multiples activités et stratégies d'apprentissage ; ces activités et stratégies sont participatives.	✓	Le programme implique entièrement les élèves par l'éducation par les pairs, les pièces de théâtre, les jeux de rôles, les poèmes, etc.
8	Fait participer la communauté générale.	✓	La communauté est très impliquée. Les membres de la communauté sont représentés aux comités scolaires, ils assistent aux activités de la semaine de la jeunesse, etc. Cela a amélioré la communication entre les élèves, les parents et la communauté concernant la SSR. Cependant, la communauté devrait être tenue au courant du vrai contenu du programme, en détail, pour faire disparaître les différences, par exemple, sur la démonstration en salle de classe de l'utilisation du préservatif.
9	Assure le suivi, la progression et la continuité des messages.	✓	Les messages deviennent de plus en plus complexes entre la 7ème année et la 5ème.
10	Est placé dans un contexte approprié du curriculum de l'école.	✓	Le programme fait partie du curriculum scolaire. Les matières relatives à la SSR des adolescents sont enseignées pendant les heures de classe (cours de biologie ou instruction civique). Le MoEC a approuvé le programme.
11	Dure pendant suffisamment de temps pour atteindre les objectifs du programme.	Atteint en partie	En attente des résultats de l'évaluation.
12	Est coordonné à un programme général de promotion de santé en milieu scolaire.	Non applicable	Il n'y a pas de programme systématique de santé en milieu scolaire dans la région de Mwanza.
13	Communique des messages dont	✓	Le matériel pédagogique a été développé par des experts de santé et

	l'information est correcte et cohérente.		les informations qu'il fournit sont exactes.
14	A établi un soutien politique à travers un intense plaidoyer pour surmonter les barrières et s'agrandir.	✓	Le commissaire régional, le conseiller de la circonscription et le responsable d'éducation régional ont demandé une augmentation pour faire participer toutes les écoles de la région.
15	Dépeint la sexualité humaine comme un élément sain et normal de la vie et n'est pas désobligeante contre le sexe, la race, l'ethnie ou l'orientation sexuelle.	✓	MEMA traite ces sujets, qui sont épineux du point de vue culturel. Les enseignants, les éducateurs pairs et les tuteurs ont rencontré des problèmes pendant la première année du programme (en 7ème année) parce que la sexualité n'était pas traditionnellement discutée ouvertement, surtout avec les jeunes. Les jeunes sont d'habitude plus confortables à partir de la deuxième année.
16	Intègre le suivi et l'évaluation.	✓	Une évaluation à grande échelle, scientifiquement conçue, a été conduite.

PARTIE D : INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Organisations et contacts

Dr. David Ross
MEMA kwa Vijana project director
London School of Hygiene and Tropical Medicine
Keppel St.
London WC1E 7HT, United Kingdom
Courrier électronique : david.ross@lshtm.ac.uk

Dr. Awene Gavyole
Programme coordinator
African Medical and Research Foundation (AMREF)

Lake Zone Programme
P.O. Box 1482
Mwanza, Tanzania
Courrier électronique : gavyolea@amrefmza.org

Mr. Maende Makokha
MEMA kwa Vijana intervention coordinator
African Medical and Research Foundation (AMREF)
P.O. Box 1482
Mwanza, Tanzania
Courrier électronique : maendem@amrefmza.org

Collaborateurs et collaboratrices

Ce rapport a été préparé par Adeline Kimambo, avec l'aide de Mme Zablon.

Version anglaise éditée par Katie Tripp et Helen Baños Smith.

Nous sommes reconnaissants de l'appui des individus suivants, qui ont fourni une grande partie des informations contenues dans ce rapport :

Dr. David Ross – Directeur
Ms. Bernadette Clephas – Coordinatrice de l'intervention
Mr. Maende Makokha – Coordonnateur adjoint de l'intervention
Mr. Kenneth Chima – Responsable des matériels d'apprentissage à la santé
Mr. Godwin Mmassy – Chef d'équipe (éducation)
Ms. Rachel Alex – Facilitatrice de l'intervention de la jeunesse
Mr. Joseph Charles – Facilitateur de l'intervention de la jeunesse
Mr. B.J. Mujaya – Responsable d'éducation régional, Mwanza
Mr. Felix Mwinagwa – Responsable en chef de la zone (pour toutes les écoles de la Lake Zone – zone du lac, qui comprend quatre régions)
Ms. Mary Plummer – Coordinatrice de recherche en sciences sociales
Ms. Anna Mtani – Directrice, Bugalama Primary School, Sengerema
Ms. Beatrice Venance – Institutrice, Bugalama Primary School
12 enseignants et élèves de la Bugalama Primary School
Ms. Restituta Kasaka – Responsable clinique, Inchange Katunguru Health Centre
Ms. Anastazia Mtebe – Infirmière de santé publique, Katunguru Health Centre
Mr. Shadrack Mrutu – Travailleur de la santé
John Mulunga – Coordonnateur didactique par intérim de la circonscription et directeur de la Katunguru Primary School

Matériel pédagogique

Year 2 Training protocols : Final field versions (protocoles de formation, 2ème année)
(Numéro de commande : MEMA 01)

Final head teachers' training protocol, February 2002 (protocole final de formation des

directeurs)

(Numéro de commande : MEMA 02)

Protocol for the training of health workers in the provision of youth friendly reproductive health services (protocole de formation à l'usage des travailleurs de santé fournissant des services de santé reproductive adaptés aux jeunes)

(Numéro de commande : MEMA 03)

Refresher protocol for YFS training for health workers (protocole pour la formation continue des travailleurs de la santé sur les services adaptés aux jeunes)

(Numéro de commande : MEMA 04)

Chanzo cha Habari 2000

(Numéro de commande : MEMA 05)

Kinga : Mwongozo wa malezi na ushauri nasaha shule za msingi

(Numéro de commande : MEMA 06)

Kinga : Elimu ya Afya ya Kujikinga na Magonjwa ya Zinaa na UNIMWI. Kiongozi cha Mwelimishaji Rika. Wizara ya Elimu na Utamaduni

(Numéro de commande : MEMA 07)

Elimu ya Afya ya Uzazi kwa shule za Msingi : Michezo ya Kuigiza kwa Waelimishaji Rika wa Darasa la 5-7

(Numéro de commande : MEMA 08)

Elimu ya Afya ya Uzazi Kiongozi cha Mwalimu-Darasa la 7

(Numéro de commande : MEMA 09)

Elimu ya Afya ya Uzazi Kiongozi cha Mwalimu-Darasa la 6

(Numéro de commande : MEMA 10)

Elimu ya Afya ya Uzazi Kiongozi cha Mwalimu-Darasa la 5

(Numéro de commande : MEMA 11)

MEMA kwa Vijana Cohort Recruitment : Self completion questionnaire MALE (questionnaire autoadministré sur le recrutement de la cohorte – hommes)

(Numéro de commande : MEMA 12)

MEMA kwa Vijana Cohort Recruitment : Self completion questionnaire FEMALE (questionnaire autoadministré sur le recrutement de la cohorte – femmes)

(Numéro de commande : MEMA 13)

1998 cohort recruitment self-completion questionnaire results report (rapport sur les résultats du questionnaire autoadministré sur le recrutement de la cohorte)

(Numéro de commande : MEMA 14)

Fourth annual report (Oct 2000- Sept 2001) (Quatrième rapport annuel)
(Numéro de commande : MEMA 15)

Report on a focus group discussion and in-depth interview series with young people in rural Mwanza, Tanzania, December 2000 (rapport fait sur une discussion de groupe et une série d'entretiens approfondis menés auprès des jeunes de la zone rurale de Mwanza, décembre 2000)
(Numéro de commande : MEMA 16)

Participant observation reports : Jan-Feb 2001 (rapports d'observation des participants)
(Numéro de commande : MEMA 17)

Process evaluation report : Community and class peer educator trainings, Feb 1999
(rapport d'évaluation de processus)
(Numéro de commande : MEMA 18)

Evaluation report of HIV/AIDS peer education in MEMA kwa Vijana project, Nov 2000
(rapport d'évaluation de l'éducation par les pairs sur le VIH, projet MEMA kwa Vijana, novembre 2000)
(Numéro de commande : MEMA 19)

Evaluation of the teachers' training sessions for the MEMA kwa Vijana teacher-led component, Jan 2001 (évaluation des séances de formation des enseignants durant la composante menée par les enseignants du projet MEMA kwa Vijana, janvier 2001)
(Numéro de commande : MEMA 20)

The MEMA kwa Vijana Curriculum : A review, May 2001 (étude, curriculum scolaire)
(Numéro de commande : MEMA 21)

Sexual behaviour among young people in Bunda District, Mara Region, Tanzania ; June 2000 (comportement sexuel des jeunes du district de Bunda)
(Numéro de commande : MEMA 22)

Sexual and reproductive health among primary and secondary school pupils in Mwanza, Tanzania : need for intervention ; 1998 (santé sexuelle et reproductive des élèves d'école primaire et secondaire de Mwanza)
(Numéro de commande : MEMA 23)

MEMA kwa Vijana-Tutawaelimishaje?
(Numéro de commande : MEMA 24)

National Policy on HIV/AIDS, Nov 2001. Prime Minister's Office (politique nationale sur le VIH/SIDA, novembre 2001, bureau du premier ministre)
(Numéro de commande : MEMA 25)

SADC HIV/AIDS strategic framework and programme of action : 2000–2004 (cadre stratégique et programme d'action)
(Numéro de commande : MEMA 26)

ANNEXE 1. RÔLES DU PERSONNEL

Le nombre de personnel travaillant à présent sur le programme est montré dans le tableau A.1.

Jusqu'à ces derniers temps, 22 éducateurs pairs communautaires travaillent bénévolement. Jusqu'en 2001, quand le financement a été interrompu, les éducateurs pairs recevaient 5 000 *shillings tanzaniens* (5 \$US) par mois. Le ratio par rapport au sexe a varié au cours des trois premières années du projet, de 60 % hommes/40 % femmes jusqu'à 75 % hommes/25 % femmes. Le nombre décroissant d'éducateurs pairs féminins était dû aux pertes beaucoup plus élevées parmi les femmes associées au programme (par exemple, quelques unes ont déménagé pour se marier, les maris d'autres femmes ont refusé de les permettre de continuer comme bénévoles, et parfois elles avaient d'autres responsabilités domestiques).

Personnel	Nombre	Poste/titre	Sexe
Temps plein, payé	8	Coordonnatrice Coordonnateur adjoint Facilitateurs/facilitatrices de la jeunesse Secrétaire Chauffeur (3)	F H F & H F H
Temps partiel, payé	2	Chef d'équipe (éducation) Chef d'équipe (santé)	H H
Éducateurs pairs bénévoles (aucune allocation ni indemnité)	1 124	Éducateurs pairs travaillant en salle de classe	F & H
Bénévoles, temps partiel	62	Directeurs/directrices	F & H F & H
Travailleurs des centres de santé	46	Travailleurs de la santé	F & H
Formateurs et formatrices des pairs	22	Jeunes de la communauté (âgés de 18 à 24 ans)	F & H