

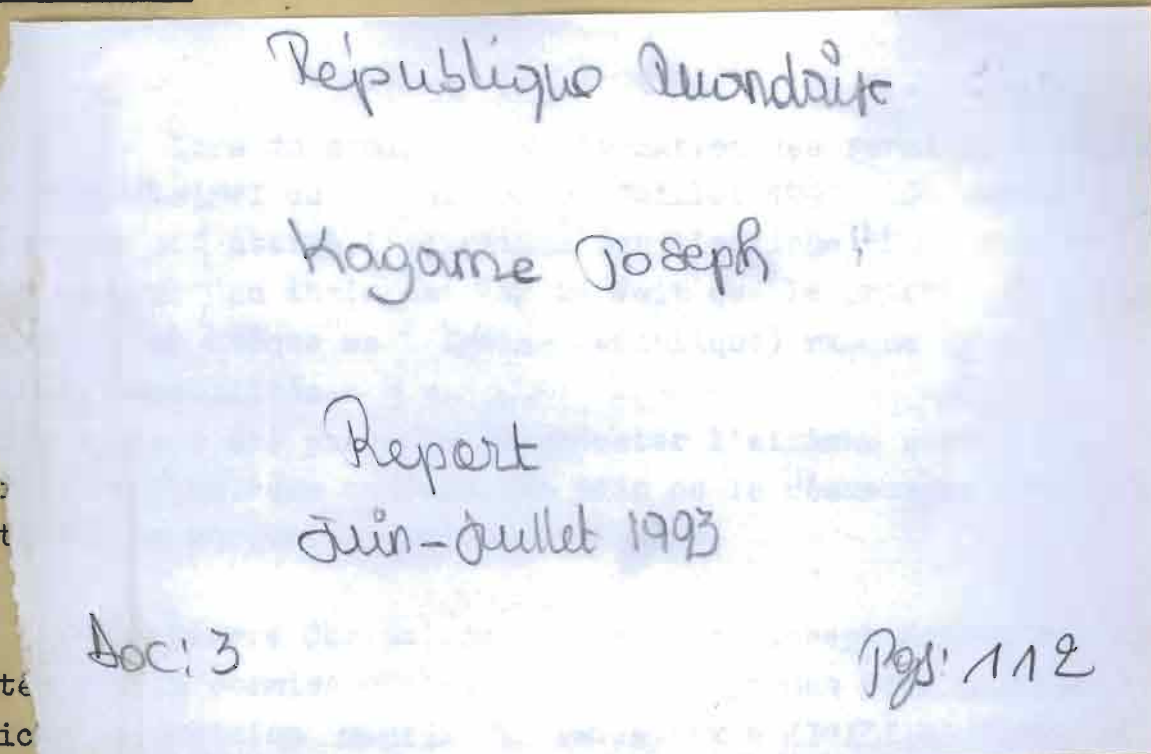
RAPPORT DE LA MISSION DE REPRETEST DE L'AFFICHE
"SIDA NTIROBANURA TUYIRINDE TWESE"

KIGALI - GITARAMA, GISENYI du 19 JUILLET AU 22
JUILLET 1993.

I. INTRODUCTION

naux
préfe
TUYI
(app
certa
Décis
religi
lement

mandaté
l'affic
GISENYI.



L'outil du prétest était un questionnaire conçu comme un guide de discussion pour interview individuel profond.

Les enquêteurs devaient s'adjoindre l'encadreur préfectoral ou le Directeur du CPDFP. Ils ont pu contacter des religieux des Eglises Catholique, Protestante, Adventiste et Islamique.

Quatorze religieux ont été contactés individuellement dont quatre catholiques, six protestants, trois adventistes et un musulman. Nous avons eu la chance de réaliser un interview de groupe de dix pasteurs de l'Eglise Episcopale à SHYOGWE en présence de leur Evêque.

Au cours de ces entretiens avec les religieux le groupe avait aussi pour mission de les sonder sur les voies et moyens possibles de les impliquer dans le programme d'éducation des jeunes à la prévention du SIDA.

Dans l'ensemble l'équipe a été bien accueillie par les différents ecclésiastiques même s'il faut signaler paradoxalement une certaine reticence chez les catholiques romains.

Le rapport présente une synthèse grabale des réponses recueillies et émet quelques propositions sur la modification de l'affiche ainsi que des suggestions pour une meilleure implication des religieux dans le programme d'éducation des jeunes à la prévention du SIDA.

PERCEPTION DE L'AFFICHE

Ce qu'on voit sur l'affiche

- . Les personnes humaines de deux sexes et de toutes les catégories d'âge de position sociale différente dont les religieux, des militaires, des hommes et des femmes, jeunes et vieux fuyant un terrible danger :
 - . les arbres frappés par un vent violent
 - . les gens qui ont peur du SIDA présenté sous forme de tornade où d'un vent violent qui risque d'emporter tout.

Ce que l'affiche représente

- . Un vent qui ravage
- . Des gens qui courent fuyant un fléau sans savoir où aller
- . Un sauve-qui-peut généralisé à toute la communauté
- . La peur, la panique qui s'empare de l'humanité en désarroi
- . Un grand danger qui suit à grande vitesse notre société sans distinction de classe sociale.

Le message de l'affiche

- . Tout le monde doit faire tout pour échapper au danger qui menace
- . Le SIDA est une maladie qui n'épargne personne. Donc tout le monde doit mener un bon combat pour lutter contre cette maladie.

- . Attention vous êtes tous menacés par le SIDA
- . Fuyons le SIDA
- . Unissons tous nos efforts pour vaincre l'ennemi qui est le SIDA qui n'épargne personne.

Ce que l'affiche demande de faire en particulier

Une seule personne sur quatorze a dit que l'affiche ne lui demande rien.

- . Les autres pensent que l'affiche demande :
 - D'échapper au malheur
 - De fuir le SIDA avec tout le monde
 - Coopérer pour sauver les vies en danger
 - De sensibiliser les gens aux devoirs de l'amour chrétien qui exige une fidélité absolue.
 - D'éviter toute tentative qui pourrait m'induire dans des mauvaises actions relatives à ce fléau le SIDA
 - De conseiller aux amis et amis chrétiens qui conduisent à la calamité du globe, qu'est le SIDA
 - En tant que Pasteur montrer aux chrétiens de notre Eglise que nous nous approchons de la fin du temps. Sur ce, il faut se préparer d'avantage en vivant en harmonie avec notre Dieu.

3. Ce que l'affiche dit de faux

Sept personnes sur quatorze ont dit non

- . Les autres personnes ont remarqué :

Une exagération dans la présentation de la fuite du danger car que dans le cas actuel et concret il y a des gens ne s'enfuient pas devant le SIDA :

 - . on ne montre pas où vont ces gens là
 - . les gens ne sont pas sensibilisés au danger du SIDA
 - . le mot SIDA au dessus de la société semble montrer que la société est dominée par ce fléau.

4. L'affiche comporte-t-elle quelque chose de gênant ?

Huit personnes sur quatorze ont dit non

- . Le prêtre ne doit pas avoir son salut dans la fuite mais plutôt faire un arrêt stratégique de conscientisation devant un danger.

- . Le médecin aussi ne devait pas fuir parmi les premiers, il devait expliquer aux gens les stratégies de lutte
- . Toutes personnes qui se reconnaîtront sur l'affiche, seront gênées de se voir enrôler dans les groupes ciblés par le SIDA
- . Le SIDA attrape ceux qui pratiquent l'adultère, si le religieux fuit on croirait qu'il commet aussi l'adultère

5. L'affiche vous-fait-elle penser à vos amis

- a. Semblable à mes collègues dix personnes sur quatorze
- b. Différentes de mes collègues une personne sur quatorze
- c. Ne sais pas deux personnes sur quatorze
- d. en quoi sont-elle différentes

une personne n'a pas répondu à la question.

5. Ce qui m'a plu dans cette affiche

Quatre personnes sur 14 personnes n'ont rien trouvé de plaisant dans l'affiche :

- . Elle décrit bien l'ampleur du SIDA
- . Les gens conscients du SIDA prennent fuite sans exception
- . Les gens de différents niveaux connaissent le danger du SIDA
- . Les fuyards sont décidés, ce qui est primordial dans la lutte à mener contre le sida.
- . le fait à souligner et que toutes les catégories de la société sont concernés (prêtres, soldats, jeunes, vieux, pauvres et riches)
- . Le fait que le danger est réel pour tout le monde
- . Elle représente toutes les couches de la société fuyant ce fléau
- . Une mère fuyant sans oublier son enfant esquisse comment les parents (mère) devraient se protéger sans oublier leurs nourrissons.

7. Quelques chose qui me déplaît dans l'affiche

Cinq personnes sur 14 ne trouvent rien de déplaisant

Les autres pensent que :

- . Son aspect est négatif

- . Les gens ne devraient pas fuir sans leurs biens
- . L'affiche ne montre pas comment attraper et comment éviter le SIDA
- . La personnalité religieuse ne représente pas le monde religieux on devait présenter un compromis pour toutes les religions si non abandonner
- . Les gens courent avec un problème sérieux bien sûr mais les fuyards n'ont pas un asile précis de protection "une fuite sans merci"
- . A part la mère qui fuit avec son bébé dans les bras les autres personnes ne s'occupe de l'autre chacun tire son plan "chaque pour soi".

8. Valeur comme affiche préventive

a. Excellente	Aucune personne
b. Bonne	6 personnes
c. Moyenne	5 personnes
d. Médiocre	2 personnes
e. NSP	une personne.

9. Comment améliorer l'affiche

- . Imaginer un système pour arrêter l'ouragan sida et le représenter sur l'affiche si non traumatisme sans remède
- . Le mot sida doit être derrière les gens qui fuient sinon ils sont attrapés
- . Montrer réellement le mal qui fait que les gens courent et où ils peuvent trouver refuge là où ils reçoivent leur consolation à ce problème, les conseils etc ...
- . Mettre les représentants de toutes les confessions religieuses
- . Dans le sens d'une fuite en commun les uns tirant les autres par bras par exemple.
- . Présenter le fléau par une bête derrière notre société
- . Ajouter comment attraper et comment éviter le SIDA, les gens moins aisés ainsi que les personnes de toutes les races (blanches, noires, jaunes

.../...

- . Les couleurs utilisées et le costume traditionnel sont très peu réalistes.

SIDA NTIROBANURA

TUYIRINDE TWESE

Protection

Des fuyards

Kwirinda - agendu

- ubusambanyi

Gukoresha agakingirizo

Gukomera k'ubusugi

Contribution des autorités religieuses dans l'éducation à la prévention du SIDA.

- . Donner l'éducation chrétienne, l'enseignement de l'Evangile est riche et surtout prêcher la loi de Dieu contre la violation du commandement en rapport avec l'adultère.
- . Faire des sensibilisations fréquentes contre le SIDA dans des rencontres avec les adeptes de leur religion, dans les écoles tenues par les religieux, dans les sessions des jeunes et dans les instructions des jeunes non scolarisés qui participent aux mouvements d'action catholique.
- . Insérer le programme des causeries éducatives sur le SIDA dans les enseignements pré-nuptiaux des futurs couples.
- . Sensibiliser les curés et les pasteurs à cette action préventive
- . Enseignement d'une morale équilibrée dans la domaine de la sexualité ne pas en faire un épouvantail car alors on excite la curiosité de l'envie de transgresser l'interdit
- . Se concerter pour intensifier les actions déjà lancées ici et là
- . **Sensibiliser par des affiches dans les catechuménats et sur les valves des Eglises.** Par des instructions ad hoc lors des catégories des jeunes pendant la semaine. Par le truchement des mouvements d'action catholique des jeunes.
- . Enseigner un amour responsable, le partage des problèmes, une entraide de tous.

10. Suggestions et modalités de collaboration avec les autorités civiles

- . Les Eglises reconnues au Rwanda doivent collaborer avec les autorités civiles pour ne pas se contredire sur le message du SIDA.

- . Création des associations libres ayant pour but la lutte contre le SIDA
- . Organisation des rencontres de tous ceux qui sont sensibles à la situation dramatique causée par le SIDA
- . **Conscientiser la population au danger du SIDA et leur donner un enseignement assez solide en ce qui concerne les méthodes de lutte contre le fléau**
- . Les autorités devraient punir sévèrement les jeunes attrapés dans l'adultère
- . **Parler le SIDA dans des réunions publiques des Préfet, des Bourgmestres des conseillers des cellules**
- . Les Publicités qui existent à l'adultère doivent être étudiée par les deux côtés avant leur diffusion à la Radio où avant de les mettre en vente
- . Dans l'immédiat, la collaboration avec les autorités civiles nous paraît difficile celles-ci sont trop occupées par l'action politique, la population ne semble pas les intéresser
- . **Plus tard il s'agira de chercher dans le sens d'une collaboration au niveau des écoles, des réunions au niveau sectoriel et cellulaire avec les communautés de base ecclésiastiques**
- . Que les autorités civiles nous financent
- . **La collaboration doit être étroite et continue il faut former les autorités pour qu'ils puissent à leur tour former les autres**
- . Les jeunes décidés à résister aux courants des idées à la mode doivent oser demander l'encadrement moral et spirituel des Eglises reconnues dans le pays.

Conclusions

1. L'affiche n'est aussi mal perçue que le croyait le collège des encadreurs lors de la formation de MURAMBI :
 - le message véhiculé est bien perçu
 - la moitié des personnes interrogés n'y trouve rien de faux ni de gênant
 - plus de 70% des personnes interrogées se reconnaissent dans les personnalités représentées sur l'affiche et lui trouvent des qualités.

2. Ce qu'il faudrait changer pour améliorer l'affiche :

- les gens devraient fuir devant le SIDA et non couverts par le fléau comme semble le suggérer l'affiche
- le prêtre et le médecin, éducateurs populaires, ne doivent pas fuir avec la population générale, il faut mettre en évidence le fait que même s'ils sont concernés par le SIDA, ils sont parmi les premiers à expliquer à la population comment s'en prémunir. Ainsi le prêtre pourrait être en retrait devant avec la bible et le médecin avec un arsenal de matériel expliquant comment éviter le SIDA
- Il y a lieu de changer l'accoutrement du religieux qui semble impliquer spécialement les Ministres du culte catholique seulement.

3. Pour une meilleure implication des autorités religieuses :

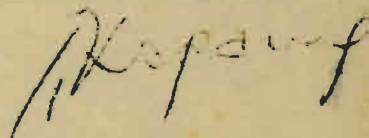
- former les aumôniers de la jeunesse et les responsables des mouvements d'action catholique avec les autres personnes intervenant dans la mobilisation des jeunes à tous les niveaux
- produire des brochures destinés spécialement aux religieux en tenant compte de leurs sensibilités
- approcher les autorités religieuses pour bénéficier d'un moment d'intervention dans les différentes activités éducatives et productrices menées en faveur des jeunes afin que le programme IEC/SIDA puisse y insérer des enseignements sur la prévention du SIDA
- produire des modules d'éducation à la prévention du SIDA destinés aux futurs couples et les fournir aux religieux pour usage lors de l'initiation pré-nuptiale à la vie familiale.

MIJEUMA

HABINEZA P. Chrysologue.-

MINISANTE

KAGAME Joseph.-



-

Enquête CAP qualitative sur les facteurs de
risque de VIH chez les jeunes non scolarisés
et descolarisés KIGALI-GISENYI-RUHENGERI--
BUTARE Juillet 1990 par Joseph KAGAME/EPS
MINISANTE.

1. Pourquoi cette enquête ?

L'enquête CAP quantitative national de 1988 comprenait 3000 individus dont 1428 jeunes. 62 à 64 % connaissent le SIDA comme maladie incurable liée aux relations sexuelles.

L'enquête CAP qualitative a pour objectif de découvrir les aspects propres aux jeunes pour préparer une campagne efficace de prévention du SIDA.

2. Quelles méthodologie utiliser ?

Des interviews de groupe intensifs et profonds portant sur trois thèmes :

- attitudes de peur causées par le SIDA
- comportements à risque
- pratiques de protection.

3. Résultats de l'enquête.

3.1. Les filles des quatre zones d'enquête connaissent le SIDA et en ont peur comme une maladie horrible fatale, défigurante, sans médicaments ni vaccins.

Elles en connaissent la transmission sexuelle et même le rôle des "magendu" dans la propagation de l'épidémie.

Néanmoins, des conceptions erronées sur le mode de transmission subsistent (par exemple partager le repas avec un sidéen,...)

.../...

Les filles de la ville ont vu des victimes du SIDA et reconnaissent franchement l'existence de la maladie, cette connaissance est plus mitigée à la campagne, les filles rurales ayant plutôt tendance à dire qu'il s'agit d'une maladie des citadins des vagabonds sexuelles ou des étrangers.

3.2. Les comportements à risques sont liés à des rapports sexuels précoces pour satisfaire les biens matériels, savourer des plaisirs antérieurement éprouvés et plus tard une habitude dont on ne sait se séparer.

En général, les filles rurales n'ont pas d'informations suffisantes sur le SIDA et même les citadines qui ont certaines informations ne parlent pas de SIDA entre elles.

3.3. Les comportements de protection proposés sont liés à l'abandon de la convoitise des biens matériels mais la plupart des filles pensent qu'il n'est pas possible de se passer des rapports sexuels. Elles penchent plutôt sur la possibilité de mettre en quarantaine les séropositifs. La disponibilisation de la capote est souhaitée, une bonne partie des filles de villes la connaissent et l'apprécient.

3.4. Tous les garçons ont en général entendu parler du SIDA et en ont peur comme une maladie incurable sans médicament ni vaccin. La transmission sexuelle est connue mais comme chez les filles, des conceptions erronnées persistent là-dessus. Les citadins ressentent mieux la proximité du SIDA.

3.5. Les rapports sexuelles sont précoces (10-12 ans), la virginité est plutôt rare les partenaires sont multiples et ils ont des rapports sexuels à chaque occasion.

Les facteurs favorisant incriminés sont l'alcool, la faiblesse des filles, la présence des prostituées, le chômage et le mauvais exemple des adultes. Les citadins ont tendance à minimiser la gravité de la maladie en disant que c'est une maladie comme tant d'autres telles que le méningite, la tuberculose ou la malaria

Les citadins se savent plus menacés que les ruraux mais pensent qu'ils ne peuvent pas échapper.

3.6. Les pratiques de protection préconisées sont : l'abstinence sexuelle, le test volontaire avant le mariage, le marquage des séropositifs, la création des emplois et des informations intensives sur le SIDA.

Les citadins préconisent spécialement d'éviter les sidéens qu'ils croient pouvoir reconnaître à certains signes comme la chute des cheveux, les dermatoses et la perte de poids.

La capote est connue mais les jeunes pensent qu'elle se déchire facilement ou qu'elle peut rester dans la vagin de la fille et causer des dégâts considérables. Certains vont jusqu'à proposer de tuer les séropositifs.

3.7. Les approches stratégiques à privilégier prônent des messages axés sur : - la proximité du SIDA, les informations erronées à corriger, les informations correctes à renforcer, la nécessité à rendre les préservatifs accessibles, la lutte contre les rumeurs au sujet des préservatifs, la lutte contre les facteurs favorisants, le bon exemple des adultes, la standardisation des messages et la solidarité avec les séropositifs.

3.8. Les canaux de communication à privilégier sont : les moyens audio-visuels, le théâtre, les photos des sidéens, les films vidéo, les affiches, les conférences, les brochures et la radio.

3.9. Les meilleurs communicateurs retenus sont : les membres du groupe formés, les personnes de même sexe, les agents de santé, les CCDFP, les encadreurs et les animateurs de la Croix-Rouge.

3.10. Les lieux de formation choisis sont : les lieux habituels de rassemblement, les bureaux de secteurs, les bureaux des communes, les lieux de culte et les formations sanitaires.

PRINCIPAUX GROUPES DE MESSAGES EDUCATIFS A
L'ADRESSE DES JEUNES,
PRESENTE PAR NSHIMIYIMANA Emile, I.E.C/SIDA/
MIJEUMA

A. Connaissances positives	contenu des messages	Canaux
<p>Le SIDA est une maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> - sans médicaments - sans vaccins - atroce - avec maladies opportunistes - mortelle - qui déforme, enlaidit 	<p>Qu'est-ce que le SIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le SIDA est une maladie - incurable - sans vaccin - sans médicaments - On espère ni un médicament, ni un vaccin dans un avenir prévisible, même si les recherches vont bon train. - C'est une maladie atroce - La prévention reste la seule arme contre le SIDA. - Il détruit le système de défense de l'organisme, l'exposant ainsi à toutes sortes de maladies qui déforme et enlaidit l'individu. - Nul ne peut prétendre reconnaître le porteur de SIDA, si ce n'est à la suite d'un test approprié. 	<p>1. Article de presse : prendre l'ensemble de la définition et en faire un article.</p> <p>2. <u>Radio</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - grandes émissions surtout celles réservées aux jeunes. - Sports: un ou deux éléments de la définition. - Conférences de presse - Débats - Théâtres radiophoniques - Sketches - Emissions d'animation libre. <p>3. <u>Imprimés</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Affiches - Dépliants - Bandéroles - Tee shirts - Couvre-chefs - Autocollants - panneaux - timbres-poste - brochures - bandes dessinées.

.../...

!-Un seul rapport sexuel avec un porteur!
! de SIDA, même apparemment sain, suffit!
! pour l'attraper et en mourrir.

! Quels sont les modes de transmission du
! SIDA ?

- ! - Le SIDA se transmet principalement
! par les rapports sexuels.
- ! - Le SIDA se transmet de la mère à
! l'enfant lors de la grossesse ou à
! l'accouchement.
- ! - Le SIDA se transmet par les aiguilles
! des "magendu" (charlatans) ., ou tout
! autre instrument tranchant souillé.

- ! Exemples : - lors de scarifications
! - en coupant le cordon ombi-
! lical des nouveau nés
! - hors des circoncision
! - hors des pactes de sang
! - hors de soignées avec
! - ventouse.

! - Le SIDA se transmet par transfusion !
! de sang infecte.

- ! N.B. : - Le sang transfusé dans les
! formations sanitaires est
! préalablement testé.
- ! - Donner son sang ne peut en
! aucune façon transmettre le
! virus du SIDA.
 - ! - les aiguilles et les instru-
! ments tranchants utilisés
! dans les formations sanitai-
! res sont préalablement stéri-
! lisés
 - ! - Des porteurs du virus,
! apparamment sains transmettent
! le SIDA.

Pour les imprimés,
prendre un ou des
éléments de la défini-
tion pour arriver à un
tout enfin de la
campagne.

4. Causeries socio-
éducatives

- conférences
- interventions dans
des réunions publi-
ques
- homélies
- éducation pour la
santé

5. Leaders d'opinion

- animateurs de base
- animateurs bénévoles
(CCDFP, Croix-Rouge)
- les responsables
des mouvements
associatifs etc...

6. Audiovisuels

- vidéo
- cinéma
- photos
- diapositifs: prendre
un ou plusieurs
éléments de la
définition.

- ! Ceci ne transmet pas le SIDA. ! 7. Concours de chansons
- ! - Se serrer la main, les accolades, ! 8. Manifestations fol-
! s'embrasser sur la bouche. ! kloriques
- ! - La proximité avec un sidéen, vivre ! 9. Représentation théa-
! sous le même toit que lui, respirer ! trale
! le même air. - Théâtre forum
- ! - Manger sur la même assiette, boire s - Théâtre populaire
! sur le même verre, utiliser le même ! - Théâtre sur scène
! chalumeau. !
- ! - Rendre visite à un sidéen, l'assister !
! à l'hôpital, lui faire la toilette. !
- ! - Utiliser la même toilette que le !
! sidéen !
- ! - Manger un poisson qui a avalé les !
! reste, d'un sidéen. !
- ! - Les piqûres de moustiques. !
- ! !
- ! N.B: !
- ! - Le SIDA n'est pas une maladie de !
! riches, de prostituées, de citadins !
! d'étrangers, ni des grands voyageurs !
- ! - La prévention du SIDA et l'affaire !
! de tout le monde. !
- ! - Les baisers profonds peuvent tran- !
! mettre le SIDA en cas de présence !
! de lésions buccales. !
- ! La capote !
- ! - La capote ne contient pas le virus !
! du SIDA, comme le véhiculent certai- !
! nes rumeurs; elle ne peut pas non !
! plus rester dans le sexe de la femme !
! et nécessiter une opération chirur- !
! gicale. !
- ! - la capote protège contre le SIDA et !
! les MTS comme la blénoragie et la !
! syphilis. Elle protège aussi contre !
! les grossesses non désirées. !
- ! - Si vous ne pouvez vous dominer, !
! utilisez la capote. !
- ! - Elle ne diminue en rien le plaisir !
! sexuel. !
- .../...

B. COMPORTEMENTS ET ATTITUDES A CORRIGER

Comportements et attitudes	Contenu des messages	Canaux
1. Rapports sexuels précoces	!- votre vie vaut mieux que tous les biens matériels que vous convoitez	! mêmes canaux que supra
à cause de :	!- Le vagabondage sexuel vous expose	!
- matérialisme	! à de multiples dangers: SIDA, MST,	!
- plaisir sexuel	! grossesses non désirées	!
à découvrir	!- garder sa virginité est une arme	!
- test de virilité	! sûre contre tous les risques de vagabondage sexuel	!
- mauvais exemple des aînés	!- un enfant bien éduqué ne s'adonne pas aux plaisirs futiles	!
- entraînement par les pairs	!- sachez discerner le bien du mal parmi les loisirs importés	!
- attirance mutuelle	!- l'éducation familiale est fondamentale dans la prévention du SIDA	!
- loisirs modernes	!- chez les jeunes parents, éducateurs, le SIDA est	!
- relâchement des parents	! un fléau mondial, sauvez vos enfants ! partager un verre, la chaleur due à la puberté ne doivent pas servir de prétexte au vagabondage sexuel !- l'abus d'alcool et la consommation de drogue favorisent le vagabondage sexuel en fuyant les mauvais compagnons.	!

.../...

2. Rapports sexuels fréquents! - un amie qui vous expose au vagabondage! idem
à cause de :
- l'alcoolisme ! l'âge n'en est pas un
 - le matérialisme ! - l'oisiveté ne doit pas servir de !
 - le plaisir sexuel ! prétexte au vagabondage sexuel. !
 - l'attirance mutuelles ! - Ne tentez pas les jeunes avec des !
 - l'esprit ! cadeaux pour les entraîner dans la !
 - le mauvais exemple de ! débauche !
 - ainés ! - un seul acte sexuel non protégé !
 - le copinage ! suffit pour attraper le SIDA et en !
 - les loisirs modernes ! mourrir !
 - l'oisiveté ! - le multipartenariat sexuel augmen- !
 - l'habitude ! te les risques d'attrapper le SIDA !
 - l'influence de l'environnement social ! - le vagabondage sexuel est mauvais: !
 - l'impossibilité de ! restez fidèle à votre unique par- !
 - l'abstinence ! tenaire !
- ! - parents, éducateurs: l'éducation !
! sexuelle est importante pour !
! l'avenir de vos enfants !
! - le SIDA est une réalité, il tue, il !
! est sans médicaments ni vaccin, !
! mais il est possible de s'en pré- !
! munir : !
! . la maîtrise de soi est possible !
! . l'utilisation de la capote !
! pour tout rapport sexuel à !
! risqué est une pratique saine !
! !
! - Si vous êtes marié, restez fidèle à !
! votre conjoint !
! - vous pouvez subir un test de !
! dépistage avant le mariage: c'est !
! gratuit et sûr !
! - l'usage des préservatifs est un !
! moyen de prévention sûr !
! - évitez les soins chez les magendu, !
! leurs instruments peuvent trans- !
! mettre le SIDA !
! - consultez le médecin en cas de !
! maladie. !

- | | | |
|---|---|---|
| 3. Ne parlent pas du SIDA avec les autres ! | ! | ! |
| parce que : | ! | ! |
| - N'ont pas de connaissance là-dessus | ! | ! |
| - Indifférence et irresponsabilité | ! | ! |
| - Caractère secret des relations sexuelles | ! | ! |
| - Tabou culturel | ! | ! |
| - Manque d'éducation sexuelle | ! | ! |
| 4. Fatalisme devant le SIDA par | ! | ! |
| - ignorance | ! | ! |
| - mentalité en rapport avec la sexualité | ! | ! |
| - irresponsabilité | ! | ! |
| 5. Refus d'utiliser la capote par : | ! | ! |
| - ignorance et rumeurs envers la capote | ! | ! |
| - difficultés d'adopter les innovations. | ! | ! |
-

C. COMPORTEMENTS ET ATTITUDES A RENFORCER

1. Eviter le vagabondage sexuel en s'attachant à un seul partenaire.
 2. Test de VIH avant le mariage.
 3. Eviter les occasions qui mènent aux rapports sexuels
 4. Eviter la convoitise des biens matériels
 5. Eviter l'abus d'alcool
 6. Utiliser la capote
 7. Abstinence sexuelle.
-

D. MESSAGES AUX SEROPOSITIFS

Si vous êtes séropositifs :

- Utilisez le préservatif dans tous vos rapports sexuels pour :
 - . éviter de vous surinfecter
 - . ne pas contaminer les autres
 - . ne pas engendrer un enfant séropositif
 - Faites-vous soigner d'urgence toute maladie opportuniste qui vous atteint.
 - La personne séropositive est un malade comme les autres qui doit être entouré des soins nécessaires sans crainte.
-

PLANIFICATION D'UNE CAMPAGNE DE COMMUNI-
CATION POUR LE DEVELOPPEMENT SOCIAL.

Présenté par KAGAME Joseph
C/O EPS/MINISANTE.

I. LIMINAIRES

i) Le concept :

Une campagne de communication est un effort coordonné pour transmettre de façon répétée un message ou un ensemble de messages sur un même thème, à un public donné pendant une période prolongée en vue d'atteindre un but donné. Pour cela, il est important d'établir une communication entre ceux qui assurent le service et ceux qui doivent l'utiliser. L'idéal serait que la plus grande partie de la campagne se déroule sous forme d'interaction entre pourvoyeurs et bénéficiaires de la campagne à l'échelon de la communauté afin qu'ils patronnent et planifient conjointement des actions à entreprendre. Les pourvoyeurs fourniront le maximum de connaissances afin que les bénéficiaires parviennent à comprendre :

- a) le problème c.à.d l'explication objective du problème à résoudre, ses causes et conséquences actuelles ou la solution.
- b) les décisions c-à-d les différentes façons de résoudre le problème et la technologie impliquée par chacune d'elles.
- c) les décisions c-à-d les actions dont les bénéficiaires devraient être informés pour tirer parti de la nouvelle technologie pour chaque option. Très souvent, la communication n'est là que pour corriger des informations erronées, des malentendus et de faux bruits qui courent sur des projets de service public qui valent la peine d'être entrepris. Lorsque les bénéficiaires disposent de plus de renseignements, ils se font une "opinion informée" sur le projet ou l'innovation et l'acceptent, la modifient ou la rejettent après mûre réflexion. Le but de la campagne de communication est de fournir cette information.

.../...

ii) Pourquoi organiser une campagne de communication ?

a) la campagne de communication donne une certaine priorité et de l'importance au sujet qu'elle traite :

- elle accroît l'importance et l'urgence du message pour celui qui le reçoit.

Si le public reçoit des informations sur des sujets variés sans indication de l'importance de chacun, il leur accorde une faible priorité fondée sur la propre expérience.

Par contre si on choisit un seul sujet, ce sujet prend une urgence et une importance particulière

- elle accroît le sens de mission et d'offensive chez ceux qui envoient les messages. Si les communicateurs transmettent divers messages au hasard, ils en ressentent eux-mêmes une certaine monotonie et perdent le sens des priorités. Mais s'il y a campagne spéciale, les communicateurs s'excitent et mettent plus d'enthousiasme et de créativité dans leur travail.

b) la campagne amène la diffusion répétée, à intervalles rapprochés de messages sur un sujet particulier :

- elle permet d'atteindre le plus grand nombre de gens (couverture maximale). A chaque diffusion, seule une faible fraction du public visé entendra le message. En rediffusion, plusieurs fois on parvient à atteindre tout l'auditoire.
- pour l'apprentissage, la répétition comporte un élément d'apprentissage par conditionnement et renforcement qui permet d'éliminer les erreurs et de comprendre toutes les implications.
- pour l'assimilation des informations, la prise de conscience et l'élaboration des décisions, la répétition aide à mûrir la décision en maintenant les faits constamment présents et saillants dans l'esprit du public.

.../...

- pour l'acceptation sociale et la crédibilité, si le message revient régulièrement sans protestation ni rejet, on a tendance à le considérer comme une idée que quelques personnes au moins acceptent et il devient plus légitime aux yeux du public visé.

- c) la campagne de communication peut amener la diffusion du message par un certain nombre de voies et moyens de communication différents, ce qui donne les mêmes avantages cités plus haut sur la communication sporadique :
 - couverture maximale
 - apprentissage renforcée
 - prise de conscience plus rapide
 - crédibilité et acceptation sociale plus stimulées

- d) la campagne de communication règle la fréquence et l'intensité des communications :
 - il faut éviter l'ennui, il ne faut pas répéter le message à intervalles réguliers jusqu'à ce que le public en soit dégoûté au risque d'adopter une attitude négative jusqu'à apprendre à se "déconnecter mentalement" lorsque le message est diffusé. Une bonne campagne doit rester intéressante et capter l'attention jusqu'au bout.
 - il faut un certain temps pour évaluer le problème et prendre une décision ; les gens ne prennent pas rapidement les décisions concernant les problèmes importants ils ont plutôt tendance à prendre du temps pour "y réfléchir". Dès lors étaler la diffusion sur une longue période encourage les gens à approfondir l'évaluation du problème.
 - il faut donner du temps de fonctionner à la propagation en deux étapes: les gens ont tendance à parler à leurs parents, voisins ou amis de ce qu'ils ont vu ou entendu. C'est cette communication spontanée qu'on appelle "propagation de l'information en deux étapes". En espaçant les messages, on donne le temps à l'effet de cette communication en deux étapes de se produire.

- il faut assurer une coordination suffisante entre les divers moyens de communication : la campagne utilise avec profit à la fois les mass-média et la communication de personne à personne, la couverture par la composante interpersonnelle prend plus de temps que celle par mass-média et il faut poursuivre l'effort de communication de masse aussi longtemps que la propagation de personne à personne fonctionne.
- il faut laisser le temps de se décider aux "convertis de dernière heure" : certaines personnes adoptent les innovations très rapidement et on les appelle des convertis précoces". D'autres y mettent du temps et sont appelés "convertis de la dernière heure".
La campagne doit s'étaler sur un temps suffisamment long pour permettre à ces derniers de se décider

II. Etapas de planification d'une campagne de communication

i) une bonne définition du problème afin d'avoir une perception claire et de façon uniforme du problème. Cette première étape comporte :

- le choix du thème de la campagne
- la justification du choix par rapport aux autres campagnes possibles
- l'énoncé en termes précis de ce que la campagne accomplira exactement.

A ce niveau on répond aux questions du genre :

- quel est le problème exactement ?
- Combien de personnes en souffrent ?
- est-ce que les groupes concernés sont en train de changer sur le plan psychologique ou démographique ?
- y'a-t-il eu des forces sociales, religieuses politiques ou économiques qui affecteront la campagne dans un sens positif ou négatif ?

II) Une bonne connaissance du thème de la campagne et du groupe-cible : les communicateurs qui doivent mener une campagne d'information sur un sujet donné doivent eux-mêmes être bien informés et avoir :

- des informations techniques suffisantes sur le problème qui serviront de base aux affiches,

textes et autres matériaux de sensibilisation.

- des informations de base sur le public-cible.

Il faut être en mesure de répondre aux questions telles que :
les caractéristiques démographiques du groupe visé, la fréquence du problème dans la population-cible, les croyances de cette population-cible, degré d'information sur le problème, la proportion d'erreurs dans leurs connaissances sur le sujet, les habitudes du public visé en ce qui concerne les médias etc ...

-- des expériences antérieures dans le domaine de la communication c-à-d les efforts faits dans le passé pour résoudre ce problème, les stratégies tentées antérieurement, les études faites sur le sujet et ses éventuelles raisons d'échec et de succès ... C'est en ce moment aussi qu'on se demande, au cas où aucune étude n'a été faite, s'il est trop tard de l'effectuer maintenant.

iii) Elaboration d'une stratégie de la campagne.

Cette étape se rapporte aux directives qui définissent la manière exacte dont la campagne motivera l'activité :

- la stratégie de l'auditoire déterminera les gens dont on veut changer le comportement, ses croyances, ses dispositions d'esprit, son mobile et le comportement souhaité en fin de campagne, les raisons pour lesquelles ce public ne pratique pas encore ce comportement, les obstacles y relatifs et les besoins de cette population qui doivent être satisfaits pour mener les activités souhaitées.

- la stratégie du message définit la teneur des messages à envoyer pour ancrer les croyances, dispositions d'esprit, mobiles et comportements en faveur de la campagne ainsi qu'à surmonter ou rectifier les obstacles qui s'opposent à l'aboutissement de la campagne.

iv) Elaboration de la stratégie et du plan des médias.

Une campagne de communication fait appel à plusieurs médias en même temps.

.../...

Il faut avoir une stratégie telle que l'on choisisse les médias les plus efficaces et qu'on les coordonne de façon à remplir la tâche efficacement et complètement.

Plusieurs facteurs doivent être envisagés :

- la couverture
- la disponibilité
- l'intensité et la fréquence
- les habitudes et les préférences du public
- la rapidité
- le rapport coût/efficacité
- les sous-groupes du public
- le stade de la campagne

v) Création et prétest du matériel de communication.

C'est à ce niveau que s'élaborent les projets des affiches, tracts, annonces publicitaires, scénarios de films et autres matériaux de communication à utiliser dans la campagne.

- Le prétest des matériaux de communication part du principe que c'est le public qui doit juger le matériel. Le test des différents projets de versions du projet de matériel sur un échantillon du public visé permet donc le mieux de se faire une idée de la version du matériel.

vi) Production du matériel de communication final. C'est à cette étape que le matériel didactique fabriqué et testé à l'étape précédente doit être reproduit à des multiples exemplaires selon l'article et le moyen de communication.

vii) Evaluation de la campagne :

Il est nécessaire de trouver des méthodes pour mesurer comment la campagne atteint ses objectifs ou n'y parvient pas. Au cas où le succès ne serait pas total, il faut trouver les raisons de cet échec partiel. L'évaluation ne peut être organisée à la dernière minute, elle doit plutôt être planifiée bien des mois avant de commencer. L'évaluation d'une campagne qui s'achève fournit des bases pour la campagne suivante.

.../...

Cela veut dire que ce qui a été accompli, ce qu'il faut accomplir ensuite et les raisons de l'échec partiel de la dernière campagne fournissent les données de départ pour la nouvelle campagne. En peu de mots, l'évaluation d'une campagne permet d'affirmer la définition des buts de la suivante. C'est ce qu'on appelle "le cycle de la campagne de communication".

IV. Bibliographie

"Terry PEIGH & Coll;

Planification et Administration des Campagnes
de Développement Social
Centre de Développement Social
1113 E. 60th Street
Chicago, ILLINOIS 60637
USA.

SIDA : POINT SUR LES CONNAISSANCES ACTUELLES
=====
=====

I. Généralités : par Joseph KAGAME, B. Sc.

C/O EPS/MINISANTE

Juin 1993.

1. Qu'est ce que le SIDA ?

Les lettres SIDA signifient Syndrome (ensemble de symptômes d'une maladie) de l'Immunodéfiscience absence de défense contre les agressions) Acquise (que l'on contracte).

Le virus qui cause le SIDA attaque le système immunitaire de l'organisme, entraîne son effondrement et expose la personne touchée à des infections diverses et des cancers très rares chez les personnes dont le système de défense fonctionne normalement. Ce virus causant le SIDA est présent plus particulièrement dans le sang, le sperme ou les sécrétions vaginales du sujet infecté, et il se transmet lorsque l'une de ces substances pénètre dans le corps d'une autre personne.

2. Qu'est-ce qui provoque le SIDA ?

Le SIDA est causé par un virus appelé "Virus de l'Immunodéfiscience Humaine" (VIH). Lorsque ce virus pénètre dans le sang, il infecte et détruit des globules blancs appelés Lymphocytes T et qui jouent un rôle très important au sein du système de défense parce qu'ils aident à mener la lutte contre les maladies. Dès qu'ils sont infectés, le système immunitaire ne peut plus fonctionner normalement. L'infection par le VIH ne cause pas nécessairement le SIDA : certains sujets infectés par le VIH semblent demeurer sains pendant longtemps, mais on peut affirmer qu'un nombre croissant de sujets infectés subiront à terme le développement complet du SIDA. Ainsi, une personne peut être infectée par le VIH pendant 8 ans ou davantage avant que les symptômes du SIDA ne se développent. Pendant cette période néanmoins, ces sujets atteints peuvent passer le virus à d'autres sans le savoir.

.../...

3. D'où vient le SIDA ?

Il reste encore tellement à découvrir sur le SIDA que l'origine même du virus est très controversée. Certains chercheurs pensent que le VIH est un virus en constante mutation qui existe depuis longtemps et dont les propriétés ne se sont modifiées que récemment pour le rendre mortel.

Aux USA, le SIDA a été diagnostiqué et enregistré pour la première fois en 1981. Au Rwanda, les premiers cas ont été diagnostiqués en 1983.

C'est au cours de ces mêmes périodes pratiquement que des cas de SIDA ont été signalés simultanément dans tous les coins du globe.

Bien entendu, chaque fois qu'une épidémie apparaît, certaines personnes sont touchées plus tôt ou plus gravement que d'autres, elles sont souvent prises par surprise et contractent la maladie avant que les autorités sanitaires puissent en définir les causes et prendre les mesures nécessaires pour les guérir et protéger le reste de la communauté.

En ce qui concerne le SIDA, toute polémique sur son origine serait vide de sens, l'essentiel est de savoir que le VIH touche actuellement un nombre de plus en plus grand de gens et de groupes dans le monde entier, d'où la nécessité d'arriver à percevoir ses caractéristiques, la façon dont il se propage et la manière de l'éviter.

4. Comment le virus du SIDA se propage-t-il ?

Le virus du SIDA se trouve particulièrement dans le sang, le sperme ou les sécrétions vaginales d'un sujet infecté et il se propage lorsque l'une de ces substances pénètre dans le corps d'une autre personne. Cela peut se produire :

4.1. Lors d'un rapport sexuel avec une personne infectée. C'est là le mode de transmission le plus courant.

4.2. Lors de l'utilisation par plusieurs personnes d'aiguilles ou de seringues contaminées. Cela se produit surtout lors des injections chez les magendu.

L'utilisation par plusieurs personnes des mêmes objets tranchants entre dans cette catégorie.

4.3. Lorsqu'une mère infectée transmet le VIH à son enfant avant ou pendant l'accouchement.

.../....

- 4.4. Pendant la transfusion ou l'injection de sang ou de produits sanguins infectés. Ce mode de transmission est très rare car, depuis 1985, la Croix-Rouge Rwandaise qui s'occupe de tous les dons de sang au Rwanda pratique le dépistage du VIH dans toutes les prises de sang effectuées. Ses tests sont extrêmement précis et tout sang contaminé est rejeté.
- 4.5. Lors des accidents avec du sang infecté dans les hôpitaux et laboratoires. Cela est théoriquement possible à la suite de blessures avec des aiguilles, subies par les travailleurs de santé maniant des seringues contenant du sang infecté mais ce risque d'infection est très faible.

Le VIH ne se transmet pas par l'air, l'eau, les aliments ou les simples contacts physique de la vie quotidienne. Bien que l'on ait trouvé le virus en très faible quantité dans les larmes et la salive, personne n'a encore été contaminée à la suite d'un contact avec ces liquides organiques. Il se peut que la quantité de virus soit alors trop faible pour provoquer l'infection.

Toute personne atteinte par le VIH n'a pas nécessairement le SIDA et elle ne le contractera forcément pas dans un délai prévisible. Certains sujets ayant été exposés au virus le portent dans le sang mais ne présentent aucun symptôme. C'est peut-être là la caractéristique la plus inquiétante du virus, puisque d'autres personnes peuvent contracter l'infection en adoptant un comportement à risque avec des personnes infectées apparemment saines.

5. Que se passe-t-il lorsqu'on est exposé au VIH ?

Si le virus parvient à pénétrer dans le corps en quantité suffisante et s'il rejoint le flux sanguin, il peut mener son action dévastatrice. Le virus présent dans le sang recherche un certain type de globules blancs indispensables au fonctionnement du système immunitaire. Ces globules particuliers appelés "Lymphocytes T auxiliaires" ont notamment pour tâche d'orchestrer l'action du système immunitaire en cas de contamination.

.../...

Le VIH s'accroche à la surface du lymphocyte avant de pénétrer à l'intérieur. Il produit un enzyme (appelé Transcriptase inverse) qui reprogramme l'ADN du lymphocyte. Ce dernier cesse alors d'être un élément efficace du système immunitaire pour devenir au contraire une usine de production du VIH : le VIH se reproduit à l'intérieur du lymphocyte qu'il finit par tuer. Les nouveaux virus sont alors excrétés et partent à la recherche d'autres lymphocytes auprès desquels ils poursuivent le processus de reproduction ...

Au fur et à mesure de cette reproduction le corps perd de plus en plus de lymphocytes, ce qui altère lentement le fonctionnement du système immunitaire et donc les moyens de lutter contre les maladies infectieuses. Les "lymphocytes T auxiliaires" ayant une période de vie très longue, le corps n'est pas conçu pour produire de grandes quantités de lymphocytes pour remplacer ceux qui sont détruits par le VIH : Normalement, les lymphocytes ont une vie de 25 ans; aussi, la "période d'incubation" du SIDA, c'est-à-dire le temps écarté entre le moment de la contamination et l'apparition des symptômes, peut être de plusieurs années car le virus détruit lentement les lymphocytes, opérant une détérioration progressive du système immunitaire. On s'est rendu compte également que le VIH ne détruit pas seulement le système immunitaire, mais pénètre jusqu'au cerveau où il détruit un certain nombre de cellules causant ainsi une diminution des fonctions cérébrales.

6. Quels sont les symptômes de l'infection par le VIH ?

L'infection par le VIH n'a pas de symptômes spécifiques. Il est dès lors important de comprendre que tous les signes qu'on peut énumérer ressemblent à ceux d'autres maladies.

6.1. Signes précoces de l'infection :

Les personnes infectées par le VIH ne présentent pas de symptômes dans la phase initiales, mais au niveau du cou, de l'aisselle et de l'aîne, les ganglions lymphatiques peuvent enfler. Certaines personnes infectées développent des signes précoces de maladie causée par le VIH quelques mois ou quelques années après le début de l'infection.

Ces signes qui peuvent se présenter en même temps ou séparément sont :

- Perte de poids inexpliqué allant jusqu'à 10 % du poids corporel et non rattrachée à une cause connue;
- Fièvre inexpliquée se prolongeant plus d'un mois;
- Diarrhée chronique inexpliquée;
- Zona causée par le virus de l'Herpes Zoster;
- Muguet (infection de la bouche par candida albicans)
- Augmentation persistante du volume des ganglions lymphatiques en divers endroits du corps;
- Plaque blanche recouvrant la langue.

La plupart de ces signes ne sont pas spécifiques au VIH : beaucoup d'autres maladies, pour la plupart bénignes, peuvent entraîner des manifestations identiques. Ce qui peut faire penser du VIH est la persistance et le caractère inexpliqué de ces symptômes. Certaines personnes, à un stade précoce de l'infection par le VIH, sont ensuite affectées par le SIDA, d'autres s'en remettent : il est actuellement impossible de prédire, avec précision, quels patients infectés par le VIH développeront le SIDA par la suite.

6.2. Stade avancé de l'infection par le VIH

Trente à quarante pour cent des personnes séropositives présentent, environ 7 ans après avoir contracté le VIRUS, le SIDA, forme sévère et fatale de l'infection par le VIH. Ces manifestations apparaissent lorsque le système immunitaire est gravement atteint. Le SIDA est à l'origine de deux grandes catégories de maladie.

6.2.1. Les infections opportunistes : nous sommes entourés de bactéries, virus et parasites qui, normalement, ne causent pas de maladies dans la mesure où ils sont neutralisés par notre système immunitaire. Lorsque ce dernier est déficitaire, ces germes profitent de l'occasion pour envahir l'organisme et entraîner des infections sévères dites "opportunistes". Ces infections sont graves car l'organisme n'est pas en mesure d'empêcher leur développement spontané et, à défaut de traitement et souvent malgré ce traitement, elles sont fatales.

Leurs signes cliniques varient suivant le microbe ou le virus responsable et l'organe affecté. Les principaux organes affectés sont les poumons, le tube digestif, le cerveau, la peau et les muqueuses.

6.2.2. Certaines tumeurs :

- Le Sarcome de Kaposi généralisé est le type de cancer le plus fréquemment associé au SIDA. Il affecte plus de 15 % des patients atteints de SIDA en Afrique. Il se présente sous la forme de plaques ou de modules cutanés, pourpre ou rouge-brun. Ces lésions se retrouvent sur la peau, mais plus particulièrement dans les muqueuses telles que la bouche, les poumons et l'intestin.

- Les lymphomes ou tumeurs des ganglions lymphatiques au niveau de la peau, de l'intestin et du cerveau. Le risque de ces tumeurs est environ cent fois plus élevé chez les patients atteints de SIDA que chez les sujets

7. Quel est le cycle de la maladie chez les personnes souffrant du SIDA ?

La maladie se développe sous forme d'épisodes entre lesquels le patient peut retrouver un état plus ou moins normal. La moyenne de survie d'une personne souffrant de SIDA varie grandement (de plusieurs mois à plusieurs années) et dépend essentiellement de l'appui médical dont il dispose. Les épisodes d'infections opportunistes peuvent se traiter avec succès au moyen de médicaments anti-infectieux qui permettent la rémission de la maladie. Le patient peut, à nouveau recouvrer sa santé. Cependant, l'immunodéficience est toujours présente et d'autres épisodes de plus en plus sérieux d'infections opportunistes de plus en plus résistantes au traitement se succèdent et emportent le malade.

8. Définition clinique du SIDA chez les adultes (O.M.S.)

Le SIDA chez l'adulte se définit par l'existence d'au moins deux des signes majeurs associés avec au moins un signe mineur en l'absence de causes connues de l'immunodéficience telles que le cancer ou la malnutrition sévère ou d'autres étiologies reconnues.

8.1. Signes majeurs :

- perte de plus de 10 % de poids du corps
- diarrhée chronique de plus d'un mois
- fièvre prolongée de plus d'un mois (intermittente ou constante).

8.2. Signes mineurs :

- toux persistante pendant plus d'un mois
- dermatite prurigineuse généralisée
- Herpès zoster récurrent (ZONA)
- candidose bucco-pharyngée
- lymphadénopathie généralisée.

N.B. : Cette définition a été élaborée il y a six ans et fait actuellement l'objet de révision à l'OMS.

- La présence du sarcome de Kaposi généralisé ou celle de méningite à cryptocoque sont suffisantes en elles-mêmes pour conclure à un diagnostic de SIDA.

9. Qui est le plus susceptible de contracter le SIDA ?

Théoriquement, n'importe qui peut contracter le SIDA. Cela dépend de son comportement.

9.1. Toute personne active sexuellement et qui n'entretient par une relation mutuellement monogame (fidélité des deux partenaires) et qui ne prend pas de précautions au cours des rapports sexuels court le risque de contracter le SIDA.

9.2. Les gens qui se font soigner chez les magendu et partagent des aiguilles contaminées courent également ce risque.

9.3. Les autres situations à risque sont les suivantes :

- les gens ayant des rapports sexuels avec les individus appartenant à un groupe à risque très élevés;
- les enfants auxquels le VIH a été transmis par leur mère, avant l'entrée en vigueur de l'analyse systématique du sang par la C.R.R.

10. Est-il facile de contracter le SIDA ?

Non. Le SIDA ou l'infection à VIH ne se transmet pas facilement. Ce virus est transmis uniquement par des comportements à risque très spécifiques.

Il est loin d'être aussi contagieux, par exemple, que la grippe, le rhume, la rougeole et bien d'autres maladies courantes : ces virus bien connus se transmettent par propagation dans l'air par l'intermédiaire de la toux ou des éternuements. Le VIH NE PEUT SE TRANSMETTRE DE CETTE MANIERE. Le VIH ne peut se transmettre par l'utilisation des mêmes couverts, il ne peut s'attraper ni sur les sièges des toilettes, dans les piscines, avec les robinets, ni lorsque vous serrez quelqu'un dans vos bras ou lui serrez la main. Personne n'attrape l'infection du VIH par le baiser. Bien que l'on ait isolé le virus dans la salive, la concentration semble trop peu élevée pour transmettre l'infection à d'autres. Bref, il a été constaté que le VIH ne se propage pas dans le cadre de simples contacts de la vie quotidienne.

11. Comment puis-je réduire le risque de contracter le SIDA ?

11.1. L'inactivité sexuelle ou la conservation d'une relation monogame mutuelle avec un partenaire qui n'a pas été exposé au VIH constitue le meilleur moyen d'éliminer le risque de contracter le VIH.

11.2. On peut citer une liste du genre de précautions que le grand public et les personnes appartenant aux groupes à risque peuvent prendre pour éliminer ou réduire le risque de contracter ou de propager le SIDA :

- éviter tout rapport sexuel avec une personne dont vous ignorez les comportements passés ou l'état sérologique actuel;
- éviter d'échanger des aiguilles avec d'autres personnes;
- veuillez à ce que vos pratiques sexuelles présentent le moins de danger possible;
- diminuez le risque en utilisant un condom pendant tout rapport sexuel à risque;
- ne prêtez pas votre brosse à dents, votre rasoir ou d'autres accessoires susceptibles d'être contaminés par le sang;

- les personnes courant un risque particulier face au SIDA ou dont le test est positif ne doivent pas donner du sang;
- les séropositifs doivent subir des examens médicaux réguliers et prendre des précautions particulières pour éviter l'échange de liquides organiques pendant l'activité sexuelle;
- les femmes dont le test VIH est positif doivent savoir que les enfants qu'elles peuvent concevoir courent un risque particulier d'attraper le SIDA.

12. Les animaux peuvent-ils transmettre le SIDA ?

Non. Rien ne permet d'envisager la moindre possibilité de transmission du VIH par les animaux.

13. Les insectes, comme les moustiques, peuvent-ils transmettre le VIH ?

Non, les insectes comme les moustiques ne peuvent transmettre le SIDA. Les moustiques ne peuvent propager que les maladies utilisant l'insecte dans le cadre de leur cycle de vie. Par exemple, le paludisme est une maladie parasitaire. Le parasite du paludisme doit passer une partie de sa vie dans le corps d'un moustique anophèle pour parvenir à maturité; c'est seulement alors que les moustiques ne passent pas immédiatement d'une personne à l'autre.

Un moustique ne passe pas immédiatement d'une personne à l'autre. Un moustique pique et se nourrit une fois toutes les quarante-huit heures. Même si le virus était présent, ce ne serait qu'en quantité infime et il mourrait avant la piqûre suivante.

14. Peut-on guérir du SIDA ? Non

Bien que l'on recherche activement un traitement efficace, aucun remède, ni vaccin n'a encore été trouvé pour le VIH. Méfiez-vous des charlatans en matière de SIDA ! Aucune formule ne permet de le guérir, aucun bain vaginal, aucun aliment ne vous permet d'éviter le SIDA.

Quoique vous puissiez lire ou entendre dans la publicité, il n'existe pas encore ni traitement pour le SIDA ni produit permettant de l'éviter. La découverte éventuelle d'un vaccin ou d'un médicament pour le SIDA sera annoncé par l'OMS et le Ministère de la Santé.

15. Dois-je donner du sang . Les transfusions présente-elles des risques d'attraper le VIH ?

Vous pouvez donner du sang sans crainte si vous le voulez. Il est impossible de contracter le VIH par l'aiguille qui vous permet de donner du sang : on utilise une seule aiguille pour chaque donneur. Mais si vous pensez qu'il existe la moindre possibilité que vous soyez séropositif, ne donnez pas de sang. La Croix-Rouge Rwandaise opère un test de dépistage de VIH dans tous les dons de sang depuis 1985. Lorsque les tests sont positifs, le sang est jeté et n'est pas utilisé pour les transfusions.

16. Comment aider quelqu'un qui a le SIDA ?

Le Sidéen doit être assisté de la même façon que l'on assiste qui conque souffre d'une maladie grave. Il est spécialement important de lui marquer compassion et compréhension. Le SIDÉEN ne doit pas être considéré comme un exclu, une victime ou un pestiféré. Il faut comprendre qu'on principe on ne court pas de risque spécial en aidant un ami souffrant de SIDA à moins de pratiquer avec lui une activité sexuelle sans protection ou d'adopter un autre comportement à risque ...

17. Quelles précautions prendre si on est séropositif ?

Si je suis séropositif, mon sang et autres liquides organiques sont contaminants, aussi dois-je prendre les précautions suivantes :

- avertir mes partenaires sexuels éventuels
- utiliser le préservatif pendant tous mes rapports sexuels
- Ne prêter aucun accessoire personnel comme brosse à dents, rasoir ou tout autre instrument susceptible d'être contaminé par le sang (ex. lors des percements d'oreilles, tatouages ...).

- subir des examens médicaux régulièrement et se faire soigner rapidement toute affection qui apparaît;
- prendre soin de ma santé, bien manger, me reposer, éviter toute sorte d'abus ...;
- (alcool, tabc, travaux lourds ou fatigants)
- éviter carrément de concevoir.

Sources :

- Le SIDA, les faits et l'espoir Dr Montagnier
- Education Santé n° 59 Juillet 1991
- AIDS Médical Guide, SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION 1990
- J'informe sur le SIDA MINISANTE/PNLS, BURUNDI Nov 1990
- Le SIDA : ce que tout canadien responsable doit savoir :
J. GREIG 1989
- Divers articles des revues d'EPS sur le SIDA
- Tumenye SIDA, TUYIRINDE : MINISANTE, MINEPRISEC, C.R.R. 1989.

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DU SIDA, LES
PRINCIPALES MALADIES OPPORTUNISTES, ASPECTS
CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES.

Par Dr NTEZAYABO Benoit.-

I. INTRODUCTION

Dans les pays en développement et au Rwanda en particulier les maladies infectieuses et transmissibles frappent sans pitié, et notre pays doit maintenant faire face à trois défis en matière de la santé :

le premier est l'augmentation dans les besoins de soins médicaux, le deuxième est constitué par les conséquences économiques et sociales de ce fardeau et le troisième est le SIDA et la tuberculose qui sont pour l'instant deux pandémies de ce XXème siècle.

Il est vrai que le SIDA est la maladie la plus grave et la plus complexe apparue depuis que la médecine scientifique existe. Les experts du monde entier sont tous d'accord sur l'urgence pour les groupes communautaires, le personnel de santé, les programmes en matière de santé ainsi que d'autres de type multidisciplinaires et plurisectoriels de collaborer pour empêcher la propagation de l'infection au virus HIV et du SIDA par tous les moyens possibles.

Jusqu'à présent nous connaissons les voies de transmission de l'infection au HIV et le SIDA que sont :

- la voie sexuelle
- la voie sanguine
- la voie péri-natale

mais malheureusement les recherches en cours n'ont pas encore mis au point un médicament qui serait efficace pour cette nouvelle peste, et nos yeux fixent l'horizon et nous attendons tous le moment du salut où nous aurons le vaccin et le traitement efficace de cette pandémie mondiale qui est le SIDA.

.../...

Les manifestations cliniques du SIDA

Le SIDA vocable qui commence à nous être un peu familier, mais très redoutable car mortel pour celui qui l'a signifié syndrome d'immunodéficience acquise. Comme toute pathologie, il a des signes caractérisant sa clinique, mais qui diffèrent d'un individu à l'autre.

C'est ainsi que les cliniciens et les chercheurs reconnaissent au SIDA les signes majeurs et les signes mineurs qui varient aussi suivant qu'on est en face d'un enfant ou d'un adulte. Ainsi pour les enfants nous avons comme signe :

A. Signes majeurs :

- 1) Perte de poids ou manque de croissance
- 2) Diarrhée chronique (supérieure à un mois)
- 3) Fièvre prolongée (plus d'un mois)

B. Signes mineurs :

- 1° Lymphadénopathie généralisée
- 2° Candidose oesopharyngée
- 3° Infections communes à répétition (otite, pharyngite)
- 4° Toux persistante (plus d'un mois)
- 5° Dermatite généralisée
- 6° Infection VIH confirmée chez la mère.

Ainsi le SIDA est suspecté chez un enfant qui a au moins deux signes majeurs associés à deux signes mineurs au minimum en l'absence d'autres causes connues d'immunodépression.

Définition O.M.S.

A. Signes majeurs :

- 1°. Amaigrissement: durée supérieure à 10% du poids habituel
- 2°. Diarrhée chronique: durée supérieur ou égale à 1 mois
- 3°. Fièvre prolongée: durée supérieure à 1 mois

B. Signes mineurs :

- 1°. Tous persistante: durée supérieure à 1 mois

- 2°. Dermatite prurigineuse généralisée
- 3°. Zona
- 4°. Candidose oro-pharyngée
- 5°. Infection herpétique chronique, progressive et disséminée
- 6°. Lymphadénopathie généralisée
- 7°. Cheveux défrisés chez l'homme (en dehors du traitement habituel chez la femme aussi)

- 1) Aussi il suffit qu'on ait deux signes majeurs + 1 signe mineur chez l'adulte pour qu'on puisse suspecter chez lui une infection du VIH
- 2) Il suffit aussi d'avoir un Kaposi généralisé ou une méningite à cryptocoque pour qu'on puisse suspecter chez l'adulte qu'il a été infectée par le VIH.
- 3) Mais pour des raisons scientifiques et pour être réellement sûr de l'infection du VIH, ou pour qu'on puisse dire que quelqu'un a le SIDA, il faut bien sûr qu'il ait ses signes au moins et que la sérologie pour le test HIV soit positif; sinon avec les signes cliniques nous restons au stade de suspicion.

La personne humaine étant complexe, une infection au VIH se manifeste sous diverses formes des branches de la médecine. N'étant spécialiste de toutes ces branches, je me contenterai de vous livrer quelques signes et manifestations à titre d'exemple pour certains disciplines comme :

- la dermatologie
- l'ophtalmologie
- la sphère ORL
- la médecine interne, domaine très vaste.

Les manifestations dermatologiques de l'infection VIH/SIDA

Les maladies dermatologiques sont courantes dans notre pays surtout là où les conditions d'hygiène font défaut, la promiscuité constituant un facteur favorisant comme c'est le cas de toutes les maladies infectieuses et ou parasitaires.

Lors de l'infection à VIH/SIDA, nous observons chez les malades les infections cutano-muqueuses très diverses de sorte que je serais tenter d'affirmer que les premières manifestations cliniques de l'infection à VIH/SIDA sont du domaine de la dermatologie. Elles sont tellement précoces et évidents de sorte qu'il nous serait profitable de les reconnaître, grâce à l'examen clinique et une observation bien minutieuse ce qui nous permettra par exemple d'éviter les prélèvements chez les donneurs de sang très suspects.

Citons parmi ces signes à titre d'exemple :

- rush cutané, myalgie et arthralgies
- dermatite séborrhéique
- ulcération cutanéomuqueuse
- sécheresse de la peau
- prurit généralisé
- folliculite à pityrosporum ovale
- infections mycosiques (candidose)
- infections virales (herpès, zona, mollusqum contagiosum, candy)
- sarcome de KAPOSI
- Retard de cicatrisation.

La décoloration des cheveux et la modification de l'aspect habituel de la peau telle que le rush cutané et la sécheresse de la peau sont des signes évocateurs de l'infection VIH/SIDA.

Les lésions opculaires

- Inflammation de la rétine conduisant à la cécité
- Hémorragie rétinienne
- Zona ophtalmique
- Toxoplasmose.

Les lésions de la sphère ORL

- les sinusites surtout maxillaires
- les adénites et adénopathies cervicales
- les pharyngites et amygdalites
- les otites moyennes et myringites

.../...

- les parotidites
- les stomatites et les glossites
- les furoncles de la face
- les laryngites et infections pulmonaires
- le Zona facial
- la paralysie faciale.

Les lésions stomatologiques

- chéilité angulaire
- candidose buccale
- langue très noire villose
- parotidite
- lésions aphtoïdes
- périodontite
- gégivite nécrosante
- papillomes buccaux
- zona buccal
- sarcome de KAPOSI.

Les aspects cliniques du SIDA en Médecine interne

La médecine interne étant un domaine très vaste, c'est là qu'on rencontre beaucoup de cas sous des aspects très divers:

- Amaigrissement
- Diarrhée chronique
- Fièvre prolongée
- Dysphagie
- Cancers (KAPOSI)
- Pneumonie très grave
- Cancers pulmonaires
- Troubles neurologiques de tout genre
 - . Troubles neurologiques périphériques chez 40%
 - . Pertes de mémoire
 - . Modification du comportement

.../...

Au début

- Tremblement
- Lenteur
- Trouble de la parole.

Au stade avancé

- mutisme
- incontinence
- perte de vue
- paralysie.

Les principales maladies opportunistes liées au SIDA

Le VIH, virus d'immuno-déficience humaine, infecté et détruit les lymphocytes T **auxiliaires** qui sont en fait les cellules chefs d'orchestre de notre système immunitaire. Une fois détruite, il s'ensuit un déficit profond des fonctions T lymphocytaires facilitant ainsi l'éclosion de nombreuses infections et cancers opportunistes.

Ainsi nous retenons à titre d'exemple :

1° Les parasitoses

- . Isosporose ou cryptosporidiose avec diarrhée persistante de plus 1 mois
- . Pneumocystose pulmonaire
- . Anguillulose pulmonaire, cérébrale ou disséminée
- . Toxoplasmose pulmonaire ou cérébrale.

2° Les Fongiques

- . Candidose oesophagienne, broncho pulmonaire ou disséminée
- . Cryptococcose cérébro-méningée, pulmonaire ou généralisée
- . Histoplasmosse disséminée.
- . Mycobactérioses disséminées surtout à mycobactérie av intracellulaire.

.../...

3° Les virales

- cytomégaloviroses pulmonaires, digestives
- Herpès-virose cutanéomuqueuse chronique, digestive, disséminée
- lencécephalite à virus papova.

4° Les infections diverses :

- Encéphalite à VIH
- Septicémie à salmonella non typhi
- TBC miliaire ou extra-pulmonaire
- Slim disease ou syndrome cachectisant diarrhéique.

Parmi les cancers ou néoplasies opportunistes, nous pouvons signaler à titre d'exemple :

- le sarcome de KAPOSI
- le lymphome non-hodgkinien type Burkitt
- le cancer cloacogénique de l'anus
- le néoplasme squameux du rectum
- le néoplasme squameux de la langue.

Réf. : D'après Michael S. GATTLIEB. ANN, Interm, Méd, 1983.

Ici je tiens à vous signaler que même correctement traitées, les infections opportunistes du SIDA ont un pronostic très sévère du fait que le déficit de l'immunité cellulaire est irréversible et les rechutes sont très fréquentes, même si l'ALT allonge en peu la survie, le taux de létalité en 2 ans est presque 100%.

Le traitement de l'infection VIH/SIDA

Jusqu'à présent, pas de traitement efficace, mais les chercheurs et le monde scientifique s'acharment pour mettre sur pied un traitement efficace. Au niveau de la clinique, nous traitons les maladies opportunistes, car pour elles nous avons les médicaments qui ont fait preuve de leur efficacité. Mais le traitement de ces maladies opportunistes ne corrige pas les désordres immunitaires induits par l'infection au VIH, puisque les médicaments que nous disposons ne tue pas le virus en question.

Au cours de la dernière conférence internationale de Berlin sur le SIDA, il paraissait qu'il y avaient des chercheurs qui ont annoncé la lueur d'espoir de trouver les médicaments qui s'ajouteraient à l'arsenal déjà disponible comme :

- lathymopeutine (TP5) qui est un immunomodulateur
- l'interféron qui semble efficace sur le sarcome de KAPOSÍ lié au SIDA
- l'interleukine 2
- l'isoprinosine
- la thiacétidine qui inhibe la transcriptase inverse aurait des effets une fois associée à l'ALT.

D'autres essais sont en cours avec la thérapie alternative avec la cim cimétidine, la vit c et le régime varié avec les légumes (mais sont des essais).

Ainsi en absence de traitement efficace et de vaccin, nous continuerons toujours à axer notre lutte sur la prévention et au niveau de nos services nous devons améliorer la prise en charge des sidéens et des séropositifs.

La prise en charge des sidéens et des séropositifs

En face de la terrifiante et terrible maladie qu'est le SIDA, maladie toujours mortelle et sans traitement curatif puisque l'espoir soulevé par les grands chercheurs y compris la fameuse découverte du Dr ZILIMWABAGABO Lurhuma de KINSHASA en République du ZAIRE ne se sont jamais concrétisés et confirmés. Depuis le début de l'épidémie du SIDA qui remonte à la fin des années 1970 ou au début des années 1980 dans diverses régions du monde, le SIDA a été reconnu pour la 1ère fois au USA en 1981 et au Rwanda en 1983. La découverte du virus responsable de la méchante maladie qui est le SIDA, les voies de transmission et les moyens de protection nous sont connus, mais la maladie continue à faire beaucoup des victimes, elle frappe sans pardon et laisse derrière elle des orpholins qui n'ont pas l'espoir de vivre.

Ainsi la prise en charge des malades atteints de SIDA et des séropositifs concerne non seulement le personnel de santé dans son ensemble, mais aussi bien toute personne de bonne volonté y compris les sociologues, les psychologues,

la communauté toute entière avec ses forces vives doit se mettre à l'oeuvre pour lutter contre cette nouvelle peste en intensifiant les activités d'éducation et d'information visant à changer le comportement des personnes à haut risque d'abord et des communautés, des collectivités, des familles et des individus dans la suite.

Avant d'aborder la façon proprement dite de la prise en charge des sidéens et des séropositifs, je commencerais par un résumé de l'évolution naturelle de la maladie, ce qui nous permettra une bonne compréhension surtout de l'action à mener à chaque stade de son évolution.

.../...

EVALUATION NATURELLE DE L'INFECTION A VIH

Contact infectant

Infection

(6 à 8 semaines)

Apparition des anticorps
(séroconversion)

Peristance de l'Etat
asymptomatique

Lymphadénopathie généra-
lisée persistante et
autres pathologies ne
menaçant pas l'existence

SIDA et autres
Pathologies
menaçant la vie

Guérison ?

Resistance de
la maladie

Mort

A ce tableau on peut dire qu'il existe 3 stades au cours de l'évolution du SIDA.

Stade I : Primo-infection: du contact infectant à la séroconversion

Stade II : Période d'incubation : Pasteur asymptomatique

Stade III: Période d'Etat : de la lymphadéno-pathie généralisé au SIDA vrai

.../...

Les attitudes et les gestes à faire sont différentes à chaque stade :

a) Stade I : Du contact infectant à la séroconversion

A ce stade la prise en charge s'adresse pratiquement à toute la communauté sans distinction, et doit consister en information correcte et en une éducation visant le changement de comportement vis à vis de tous les facteurs favorisant l'infection à VIH.

L'information et l'éducation doit porter aussi bien sur le SIDA que sur les M.T.S. qui favorisent l'infection, les experts sont tous d'accord sur l'urgente nécessité pour les groupes cibles, le personnel de santé et les programmes multidisciplinaires et plurisectoriels de collaborer pour empêcher la propagation de l'infection au virus VIH et du SIDA par tous les moyens possibles y compris un large emploi des préservatifs.

Le préservatif ou le condom, utilisé correctement et pour chaque rapport sexuel suspect présente une certaine garantie de protection, mais il est très évident que les condoms ne doivent pas être considérés comme une panacée pour la prévention du SIDA, puisqu'il existe bel et bien une différence entre l'efficacité théorique et pratique dépendant de plusieurs facteurs comme l'ignorance et les facteurs socio-culturels.

Ainsi donc les seules façons certaines d'éviter l'exposition à l'infection au virus VIH lors des rapports sexuel consistent à :

- abstinence totale des relations sexuelles
- avoir des rapports d'exclusivité mutuelle avec un partenaire non infectée.

En l'absence de ces conditions, il faut recourir à l'utilisation correcte du condom à l'occasion de chaque rapport sexuel.

Mais malheureusement, il existe encore des barrières à l'emploi du condom au Rwanda.

.../...

a) Des barrières psychologiques :

- la pudeur
- le condom émousse l'appétit et le plaisir sexuel
- le condom gêne les rapports sexuels pour certaines méthodes dites "rwandaises"

b) Des barrières sociales :

- La société n'accepte pas facilement ou s'oppose carrément à ce qu'on fasse une publicité de l'utilisation du condom, mais heureusement qu'on a commencé à être tolérant qu'on fasse une publicité à la radio.

c) Des barrières financières : le condom coûte cher pour la plupart des populations-cibles à risques s'il faut l'utiliser tous les jours et la distribution gratuite n'est pas possible faute de budget à cet effet.

d) Des barrières médicales : le corps médical rwandais semble indifférent quant à la promotion du condom pour la lutte contre le SIDA et les MTS, surtout dans le milieu de religieux, je cite en passant que le Saint Père et l'Eglise Catholique se sont prononcés contre le condom dans son usage pour la prévention du SIDA (Abservatore Romano du 16 mars 1988).

e) Des barrières au niveau des programmes : le programme de lutte contre le SIDA donne l'impression qu'au départ, il n'a pas bien déterminé des groupes-cibles devant utiliser le condom dans la lutte du SIDA ou voulait confiner le condom aux couples mariés en union. Ca était une erreur grave, et nous espérons qu'il a été corrigé où qu'il est en train de se corriger.

b) Stade II : Période d'incubation

La période d'incubation comprend tous les porteurs asymptomatiques et dont le test HIV s'est révélé positif, mais qui n'ont pas encore manifesté les signes de la maladie, on peut les appeler encore les porteurs sains.

Pour ces gens la prise en charge se concentre essentiellement sur le counselling. Il est à remarquer que actuellement l'infection au VIH et le SIDA est considéré comme une pathologie à caractère plus social que médical car la personne séropositive :

- est souvent rejetée par les siens
- est marginalisée par la société
- développe un sentiment de culpabilité
- reste dans le désarroi et le désespoir le reste de sa vie.

Si elle n'a pas de soutien moral, matériel et psychologique, avec l'ignorance jointe au désespoir, la personne, peut :

- 1°. se décider à transmettre la maladie, et devient donc criminel
- 2°. Abandonner toutes les activités (études ...)
- 3°. Refuser le travail
- 4°. cesser toutes les activités productives
- 5°. Dilapider ses biens, laissant ainsi les siens dans la misère
- 6°. se tuer, et peut même se livrer aux meurtres.

Ainsi grâce au counselling ou services de conseils on peut faire en sorte que ces porteurs sains adoptent des comportements visant à réduire les risques de transmission de la maladie, le service conseil doit donc donner les informations exactes sur la nature de la maladie et sur la façon de l'éviter. C'est un travail de longue haleine.

.../...

c) Stade III. Période d'Etat.

Cette période se caractérise par une lymphadénopathie généralisée avec apparition des pathologies diverses menaçant ainsi la vie.

Le SIDA tue, c'est vrai, les patients atteints de SIDA connaissent souvent une agonie très lente et deviennent de véritables squelettes avant que la mort les emporte, d'autres connaissent une mort dans un tableau clinique de comas évoquant une méningite, une éncephalite, une bronchonpneumonie.

Il va sans dire que la prise en charge de ces patients n'est plus l'appanage d'un agent social dispensant l'Education pour la santé, ni d'un agent de counseling, mais d'une équipe bien entraînée capable de dispenser les soins dans un milieu hospitalier.

Mais l'hospitalisation quoique réclamée par certains patients, souvent il n'est pas nécessaire. Nous le conseillons en cas de patients dont l'état général est fortement atteint avec les infections opportunistes qui menacent réellement la vie. Souvent les soins sont intensifs même quand on sait qu'on aura pas de succès puisque la science l'a en fait condamné le jour où il a été contaminé et commencé à faire la maladie qui n'a pas de traitement efficace jusqu'à présent.

C'est à ce stade d'hospitalisation que la compréhension de la part du personnel de santé s'avère très nécessaire, car leur disponibilité, leur conseils à la famille, et au patient s'il est encore conscient sont les meilleurs remèdes pour le malade.

CONCLUSION

Le SIDA reste et restera avant la fin de ce siècle un déficit de l'humanité puisqu'à l'heure actuelle, il reste meurtrière et n'a ni traitement ni vaccin.

!.../...

Les autorités politico-administratives et sanitaires de notre pays ont fait un effort très louable pour juguler ce fléau qui n'épargne personnes, mais malheureusement les cas de SIDA ne cessent d'augmenter dans toutes les couches de la population rwandaise.

Il est vrai que nous connaissons tous les voies de transmission de l'infection VIH/SIDA, à savoir, la voie sexuelle, sanguine et périnatale, mais le comble reste de trouver le médicament et de se prémunir convenablement pour ne pas l'attraper.

Ainsi donc, si tel est le constant, nous devons tous faire un effort chacun en ce qui le concerne pour changer et faire changer le comportement de notre vie quotidienne face à ce fléau qui nous menace, nous devons donc privilégier la prévention qui est et reste la seule arme efficace dont nous disposons pour lutter ~~si non~~ vaincre cette pandémie qui est le SIDA, en attendant que les chercheurs du monde scientifique nous trouvent un médicament ainsi que le vaccin qui seraient efficaces pour juguler le mal du siècle qui espérons le, avec l'effort mondial et la solidarité internationale disparaîtra du globe comme ça a été le cas de la peste et la variole, de sorte que nos enfants ne vivent pas ce cochemar à l'an 2000 où nous espérons la santé pour tous.

Jeudi le 1.7.1993

COMMENT ENSEIGNER
par NGOBOKA Cyriaque

1. Maîtriser le contenu

Notre contenu actuellement est le SIDA et tous ses contours.

L'information sur le SIDA est utile et occupe les médias. Néanmoins d'aucuns sinon la majorité des encadreurs de la population se retrouve démunis face à l'interrogation surtout des jeunes.

Notre contenu revient donc à "comment répondre à leurs aspirations et à entreprendre avec eux une campagne de prévention.

Depuis le lundi 28 Juin, nous avons été enrichi de la matière concernant notre sujet. Nous sommes sensés avoir la maîtrise de notre contenu. Reste à faire un choix du comment faire acquérir le savoir faire comme résultat de l'assimilation du savoir. C'est à ce stade que nous parlons des méthodes d'enseignement.

2. Méthodes d'enseignement

Nous avons, jusqu'à présent, à notre disposition huit méthodes générales que nous adaptons à la situation environnant notre séance de formation :

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 2.1. Cours magistral | 2.5. Témoignage |
| 2.2. Méthode interrogative | 2.6. Jeux de rôle |
| 2.3. Leçon d'observation | 2.7. Etudes de cas |
| 2.4. Discussion | 2.8. Stage d'application. |

Les aides audio-visuelles peuvent être utilisées dans chaque méthode.

.../...

Nous devons avoir toujours à l'esprit que toutes les expériences de notre élève peuvent changer ses attitudes mais qu'aucune expérience précise n'a un effet précis sur tous les élèves.

2.1. Cours magistral

Communication des informations à sens unique.

L'enseignant ne reçoit que peu de feedback des apprenants. Le cours magistral peut s'utiliser avec un certain succès pour atteindre les objectifs affectifs, lorsqu'il est manipulé par un enseignant expérimenté, sensible et bon communicateur de son inspiration, de son enthousiasme. Toute l'importance est mise sur le contenu dans un style transmissif, les apprenants sont physiquement passifs.

L'information ne suffit pas toujours à modifier les attitudes, mais elle peut y contribuer. Ex. rapport tabac-cancer le maladies: cardio-vasculaires.

Ex. Activités sportives
pour une meilleure santé.

2.2. La méthode interrogative

Elle consiste en une sorte de dialogue entre l'enseignant et les apprenants. L'enseignant pose des questions, suscite des réponses, analyse un problème avec les apprenants et les aide à en faire la synthèse.

Le style utilisé ici se dit "incitatif". L'intérêt de cette méthode est la facilité d'identifier les attitudes des apprenants face à une situation donnée par l'analyse des réponses spontanées fournies par les élèves.

2.3. Leçons d'observations

L'exemple de la publicité suffit à expliquer la méthode. La publicité est généralement destinée à changer les habitudes. La technique courante consiste à montrer une "personne idéale" (d'habitude une femme jeune et jolie) en train d'utiliser un certain produit.

L'annonceur cherche à fournir un modèle ou un exemple qui sera suivi par le lecteur. C'est une technique à 80% efficace.

Pour les apprenants, l'enseignant est un modèle. Ils auront souvent tendance à copier sa façon de vivre. Pour toute attitude à faire acquérir ou à faire changer, l'enseignant doit trouver dans l'entourage immédiat de l'apprenant, de exemple réels l'illustrant soit dans le bon ou le mauvais sens.

Les parents, les frères et les soeurs, les voisins sont tous des modèles que l'apprenant peut imiter. Après une leçon d'observation, il faut tirer une conclusion qui élucide une attitude à adopter et inviter les élèves à réagir en conséquences.

2.4. DISCUSSION

Une discussion en petits groupes peut, en général, contribuer à former les attitudes.

La discussion donne plus d'efficacité aux trois méthodes précédentes. A titre d'exemple, il s'est toujours avéré bon pour les apprenants de discuter les expériences qu'ils ont eues avec leurs camarades. Ainsi ils partagent leurs expériences et celle de l'un d'eux peut influencer tous les autres membres du groupe.

L'autre aspect d'une non moindre importance est la façon dont les attitudes des apprenants changent quand'ils expriment leurs opinions personnelles.

Le processus de formulation des idées et d'observation de la réaction des autres peut contribuer fortement à provoquer un changement d'attitude.

L'expérience a montré que pour plus d'efficacité de la méthode, la taille du groupe ne doit pas aller au delà de 15 personnes (maximum), l'idéal étant de 7 à 8 personnes.

Dans de telles situations d'enseignement, l'enseignant parle peu car c'est ce que disent les apprenants qui a plus d'effet. Il agit en modérateur et en incitateur des timides à exprimer leurs opinions.

.../...

Il peut intervenir avec sa propre opinion dans certains cas exceptionnels. Autrement il ne donne que des directives devant guider la discussion.

Par exemple, il peut remettre aux groupes une série de questions à aborder et charger un apprenant de faire un compte-rendu à la classe. C'est ici que l'on parle du style associatif. Celui-ci donne souvent de bons résultats dans le changement des attitudes.

2.5. TEMOIGNAGE

Le processus de formation fait vivre aux apprenants des expériences qui façonnent leurs attitudes. Ils ont eu ou auront l'occasion de voir un malade du SIDA ou d'écouter des témoignages des malades.

Ce genre d'expériences directes de la souffrance des malades ont un impact très fort sur les attitudes. Comme il est difficile de cumuler les exemples concrets, on peut avoir recours aux moyens audio-visuels.

2.6. JEU DE ROLES

Les apprenants jouent le rôle de personnages différents et ont la première expérience des sentiments de ces gens.

Ex. Un élève joue le rôle d'un commerçant séducteur et une jeune fille joue le rôle de la proie à séduire. A la longue, la fille oppose une résistance et refuse l'offre du commerçant.

Ce genre d'exercice peut aider le jeune à façonner sa personnalité dès le jeune âge et l'habituer à argumenter valablement pour faire un choix de comportement dans des situations conflictuelles.

2.7. ETUDE DE CAS

La méthode consiste à présenter le problème au public et à l'inviter à le discuter jusqu'à proposer des solutions susceptibles d'améliorer la situation.

2.8. STAGE D'APPLICATION

C'est une technique excellente pour faciliter l'acquisition des attitudes et des habilités techniques. L'apprenant est placé dans des conditions d'exercice réel sous supervision et s'entraîne à exercer la tâche pour laquelle il est en apprentissage.

Planification des stages d'application :

Il faut indiquer : a) les activités des stages

b) le nombre de fois que le geste ou l'activité sera accompli pour que le comportement recherché se produise avec le niveau de performance voulu.

La supervision et le feedback immédiats constituent l'essentiel de la tâche de l'enseignant qui encadre le stage et qui doit faire acquérir les attitudes requises.

IEC/SIDA
FORMATION DES FORMATEURS
(ENCAJEUMA ET DIRECTEURS
CPDFP)
MURAMBI, 1 JUILLET 1993.

COMMUNICATION HUMAINE

ET
ECOUTE ACTIVE

PAR

UWAYO Charles Yvan
IEC AV/ONAPO
KIGALI

PLAN DE L'EXPOSE

I. Introduction

II. Concepts et nature de la communication

2.1. Définition

2.2. Les éléments de la communication

- acte de communication
- processus de communication
- modes de communication

III. La communication sous l'angle psychologique

IV. Raisons qui poussent l'individu à communiquer

V. Facteurs de l'échec de la communication

5.1. Facteurs relatifs à l'Emetteur

5.2. Facteurs en rapport avec le Récepteur

5.3. Variables en rapport avec le message

5.4. Variables en rapport avec le canal.

VI. L'Ecoute active

6.1. Comment comprendre l'écoute active

6.2. Difficultés de l'écoute active

6.3. Techniques de l'écoute active

6.4. Jeux de rôles préactions

6.5. Réactions typiques à l'écoute active.

VII. Le Feed-back constructif.

La communication est un fait interhumain fondamental

Il n'y a de société humaine en effet que s'il y a échanges. Ces échanges sont soumis à des règles. Par là, la société humaine se distingue radicalement des sociétés animales dans la mesure où la forme des échanges et leurs règles varient selon les cultures, les lieux, selon les communautés et les sociétés. C'est dans ces échanges que l'on retrouve la source du langage. Donc, la propension à communiquer est naturelle.

Il existe deux catégories de communication humaine : la communication interpersonnelle et la communication de masse.

Dans cet exposé, nous ne nous bornerons que sur la communication interpersonnelle afin de mieux appréhender la notion de l'écoute active et ses techniques.

La communication interpersonnelle :

Elle implique l'échange de messages entre deux ou plusieurs personnes qui sont physiquement présentes, l'un en face de l'autre et qui en mesure de s'entendre et de se voir l'un et l'autre contrairement à la communication de masse par laquelle le communicateur atteint, sans le rechercher, un grand nombre de personnes séparées de lui spatialement et souvent temporellement.

Dans la dernière partie nous aborderons la notion de l'écoute active et ses techniques. Toujours dans le cadre de la communication interpersonnelle, nous considérerons l'écoute active comme une façon d'écouter quelqu'un qui exprime ses sentiments. Cette technique s'appelle l'écoute active parce que l'écouteur se concentre sur l'activité d'écouter les mots.

II. CONCEPTS ET NATURE DE LA COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

1) Définition de la Communication Interpersonnelle

La communication interpersonnelle ou de face à face est basée sur un contact direct entre deux ou plusieurs personnes physiquement présentes et qui communiquent entre elles.

.../...

Le mot processus implique toute une série d'étapes au cours desquelles la personne B répond à la personne A et que la personne B peut répondre par une question à la personne A ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ait réelle compréhension.

Lorsque le message a atteint le récepteur celui-ci réagit en fonction de sa personnalité, de son esprit, de sa perception positive ou négative du message.

Cet impact du message crée chez lui une motivation qui l'incite à répondre à l'émetteur du message. C'est ce processus de retour qui est appelé FEED-BACK ou RETROACTION.

Sur le plan de l'information et de la communication, c'est le feed-back qui est l'opération essentielle de la communication. Donc, le feed-back est une partie intégrante du message. Sans feed-back, c'est l'information et non la communication.

Les effets du feed-back.

1° Effets sur l'émetteur

Ces effets n'existent que si l'émetteur fait authentiquement un effort d'assurer la communication.

LES CONDITIONS D'EXPLOITATION du feed-back par l'émetteur sont de 2 ordres :

- l'attention à priori au récepteur et aux conditions de réception du message;
- flexibilité, adaptabilité et capacité de modifier l'émission (message) à changer sa manière de faire au lieu de s'en tenir soit par orgueil sinon par ignorance ou rigidité à une confiance absolue dans la charté de ce qu'il dit.

Il y a effets si ces conditions sont réunies :

- la perception des obstacles dans la communication
- la connaissance de la personnalité, du niveau des aptitudes ou des capacités ... des récepteurs,
- l'adaptation du message
- la sensibilisation croissante (sensibilité).

2° Effets sur la relation Emetteur/Récepteur

Lorsque tous ces effets sont réunis, on constate :

- augmentation de sécurité pour le récepteur
- moins d'inquiétude et moins de tension de doute, plus de satisfaction dans et envers le travail d'ensemble,
- plus de sympathie pour l'émetteur car il y a respect mutuel, ce qui aboutit à une affection réciproque. Il y a ainsi des rapports égaux
- augmentation de sécurité pour l'émetteur (car il est content parce que son message est passé),
- intensification de la confiance entre l'émetteur et le récepteur et réciproquement,
- facilitation des communications ultérieures par suite de l'apprentissage mutuel des codes, des normes, des rôles et par suite de la stabilisation de la relation,
- intensification des motivations à communiquer de part et d'autre.

N.B. Cependant l'adaptation Emetteur-Récepteur varie considérablement en fonction de la nature des messages, la dimension du groupe, du contenu et de la finalité de la communication ainsi que de la personnalité humaine du récepteur et de ses efforts pour stabiliser et développer la relation.

Eu égard au feed-back, la communication est donc un échange de signification qui ne se réduit pas à la simple information c.à.d., au schéma.

Emission-RECEPTION. Il est le creuset et d'une relation vivante et vécue entre 2 personnes et une réciprocité effective.

- Mise en code : composition des messages.

Pour qu'un message puisse être transmis, il est traduit d'abord de la pensée en langage. Dans la conversation libre, la traduction-pensée - langage est spontanée. Mais dans la communication de masse, tout comme pour bien de communication inter-individus (conférence, exposé), le message doit être préparé avec soin pour être sûr qu'il transmet exactement ce que le communicateur veut transmettre.

Celui qui compose le message doit avoir une certaine compréhension du récepteur et connaître ses limites en matière de langage.

- Le décodage : déchiffrement + compréhension du message transmis.

Pour que le message puisse être compris, il doit pouvoir susciter dans l'esprit du récepteur un ensemble de pensées semblables à celles du communicateur qui composent le message ou qui procèdent à la mise en code. Ce processus consistant à tirer une signification des messages (parlés, écrits ou non verbaux) est appelé "Décodage".

Source		Récepteur B
Personne A	MESSAGE	Personne qui décode
qui met en code		
	REACTION	

- REACTION

Dans une conversation ordinaire, la personne A adresse un message à B qui répond à A par un autre message.

L'Émetteur A observe l'effet provoqué par son message sur B le Récepteur et ajuste son message suivant pour tenir compte de sa réponse. La réponse du receveur est appelée "réaction". La réaction est instantanée dans la communication interpersonnelles mais dans le cas de la communication de masse, la réaction est pratiquement inexistante. Ainsi, l'un des problèmes majeurs de la communication de masse est le manque de réaction.

La vie commune implique une communication interpersonnelle constante où les gens partagent la vie commune. La vie commune présente cette caractéristique que nous partageons avec les autres ce que nous vivons. Le type de communication est beaucoup plus proche de la vérité que parmi les autres contacts..

III. LA COMMUNICATION HUMAINE SOUS L'ANGLE PSYCHOLOGIQUE

L'acte de communication engage deux catégories de personnes :

L'Émetteur et le Récepteur. La communication vue sous l'angle psychologique nous introduit dans la découverte de ce qui se passe à l'intérieur de l'émetteur comme du Récepteur.

1. Esprit qui décode

L'esprit humain possède une capacité inégalable de recevoir, développer et emmagasiner une grande quantité d'informations et de les organiser comme une base de comportement.

2. Le stimulus externe

Les événements sont toujours transmis à l'individu en passant par l'un des cinq sens : la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et le toucher. La façon dont le message est reçu par ces sens déclenchent une réaction au niveau du cerveau également.

3. Les chocs sensoriels

Un message envoyé par l'organe sensoriel (oreille, yeux) est d'abord codé comme un choc nerveux avant qu'il soit déchiffré.

4. Les sensations physiques

Ce sont les sensations physiques qui sont les premières données brutes de l'information.

5. La perception

L'espoir ne permet pas aux sensations physiques d'être tout simplement des données. Pour comprendre le fait de transmettre un message nous devons d'abord comprendre ce que nous avons défini comme MOTIVATION. Elle est le but même de la communication. Pour communiquer, il faut être d'abord motivé.

La motivation étant une tension intérieure ou une tendance de l'organisme à adopter un comportement d'être prêt à adopter un comportement donné. Rappel des 6 raisons (ou motivations) qui incitent les êtres humains à se communiquer entre eux.

IV. SIX RAISONS QUI POUSSENT L'INDIVIDU A COMMUNIQUER (motivations)

L'usage

Les motifs

1. Pour informer

Pour obtenir ou donner des informations nécessaires dans le travail de chaque jour.

2. Pour éduquer

Pour prendre les matériaux essentiels afin de trouver un emploi, ou de devenir un adulte avec une position sociale convenable.

.../...

3. Pour persuader : Pour amener les gens à adopter une innovation, pour vendre quelque chose, pour faire cesser un comportement indésirable chez autrui.
4. Pour encourager ou décourager, pour punir ou récompenser : Pour faire valoir les conventions sociales, pour payer une dette sociale ou matérielle.
5. Pour exprimer l'émotion : Pour soulager les tensions de la colère, de la joie, de l'ennui etc.
6. Pour se divertir : Pour s'engager dans une activité dont le but est de divertir.

Ces diverses motivations trouvent leur existence dans le désir profond, conscient ou inconscient de satisfaire toute une gamme de besoins que nous pouvons classifier ainsi :

La hiérarchie des besoins de l'être humain selon MASLOW.

Besoin de se réaliser
Besoin d'estime
Besoin d'aimer (et d'être aimé)
Besoins de sécurité
Besoin de survivre.

L'utilité de classifier les besoins de l'être humain est de montrer que la motivation humaine consiste à chercher la satisfaction d'une multitude de besoins.

Certains de ces besoins sont d'ordre matériel (nourriture) mais d'autres sont abstraits comme les facteurs affectifs et sociaux. Quand un individu est motivé à satisfaire un besoin particulier, ce fait correspond à dire que cet individu a de l'intention, le désir ou le vouloir de passer à l'action pour soulager l'envie occasionnée par ce besoin.

Ainsi, l'émetteur doit d'abord être motivé pour pouvoir transmettre un message donné.

.../...

V. LES FACTEURS D'ECHEC DE LA COMMUNICATION

(En éliminant d'emblée les cas pathologiques comportant nécessairement une détérioration grave des moyens de communication).

5.1. Facteurs relatifs à l'Emetteur

a) Le cadre de référence de l'émetteur

Il est le système des opinions, des idées, du savoir, des moeurs et valeurs. Il est ce qui sert d'arrière plan permanent à ce qui sera exprimé par l'émetteur. Donc, il est autre chose que la langue utilisée.

b) Les Attitudes

- Les attitudes de l'émetteur envers le destinataire du message et à l'égard de la situation de la communication.
- Attitude sociale globale de l'émetteur: sa conception des humains et des rapports humains en général (pointillet, obsessionnel, méprisant, orgueilleux, diffus, trop bavard...). Ce groupe d'attitudes dans le chef de l'émetteur tient au caractère, à l'expérience de la vie, au degré de socialisation, à la personnalité, à l'humeur, aux sentiments, aux préjugés, à l'opinion que l'Emetteur se fait de l'autre etc ...

c) Les rôles et les rapports de rôles ou rôles avec le Récepteur

i) Influence des règles qui régissent les communications dans le milieu social considéré (on ne dit pas n'importe quoi, les tabous ...).

Le personnage social influence la spontanéité ou l'emprisonne dans une sorte d'obligation qui détermine la formation et la forme du message).

ii) Influence du statut social de l'Emetteur par rapport au statut social de son récepteur.

La distance sociale telle qu'elle est précisée par les normes explicites ou implicites du groupe d'appartenance façonne les attitudes actuelles dans l'instance de la communication.

.../...

iii) La représentation du rôle d'autrui

L'Émetteur peut se faire une idée du rôle réel que jouera son interlocuteur (rôle d'arbitre lorsqu'il aura entendu le récit).

iv) La représentation de son propre rôle en tant qu'émetteur ou initiateur.

L'émetteur veut jouer un rôle donné dans la communication mais parfois ce rôle n'est pas celui qu'il jouera effectivement.

Il peut vouloir jouer un rôle particulier en se référant à cette communication. De même, il peut apercevoir ultérieurement en communiquant qu'autrui joue un rôle qu'il n'avait pas prévu. Ceci transformera ses attitudes à l'instant même.

v) L'influence de la situation globale actuelle

- La situation peut être aussi un facteur d'échec de la communication (contexte historique éventuel, intrus, public gênant, des badauds); Tout ceci peut forcer à transformer le contenu et la forme de la communication.

vi) La représentation du but de la communication

C'est une relation étroite d'une part avec le rôle que l'on veut jouer et d'autre part avec les motivations plus ou moins conscientes, passionnantes et toujours déterminantes :

- l'image ou l'idée de l'effet à produire ou du résultat attendu de la communication. Ainsi la manière de communiquer et le contenu de la communication sera différente s'il s'agit d'intention manipulatrice ou si l'Émetteur cherche le sondage personnel de la confiance;
- la détermination du langage à utiliser ou du code de message;
- les choix du canal à utiliser à quoi peuvent s'ajouter le choix du moment et du lieu.

5.2. Facteurs en rapport avec le Récepteur

"État de préparation" ou l'ensemble des dispositions à priori du récepteur et les attitudes déterminées automatiquement en lui, par la perspective de recevoir une communication de l'autre personne :

i) Influence des informations préalables

- des consignes reçues de l'expérience acquise dans le genre de cette communication ou des idées que le récepteur s'en fait d'avance.

ii) Influence de la personnalité de l'Émetteur

- la crédibilité de l'émetteur est un facteur important sur le récepteur,
- la perspective de communiquer avec une personne d'opinion contraire, produit automatiquement une attention vigilente, une fragmentation plus rigoureuse des effets du message reçu, une tendance marquée chez le récepteur à sélectionner ce qui correspond à son opinion, ce qui est contraire en laissant tomber ce qui est entre les deux.

iii) Influence de ce que le récepteur compte faire de l'information reçue

L'expérience nous prouve que la communication est d'autant plus efficace qu'il y a de concordance d'une part, le cadre de référence et d'autre part, le but visé par l'émetteur et la préparation du récepteur.

iv) Le décodage du message (la compréhension du contenu)

Un message est un ensemble de signes. Si ces signes ne sont pas bien compris, l'on fournira beaucoup d'efforts d'intelligence pour comprendre.

v) La réaction à l'émetteur et à l'émission

5.3. Variables en rapport avec le message

- Les qualités et défauts intrinsèques du message interviennent de toute évidence dans le passage ou le blocage de la communication. Ces qualités et défauts sont repérables dans le code, la forme, le langage ...).

5.4. Variables en rapport avec le canal (moyen de transmission utilisée)

i) Effets propres du canal utilisé

- Le style difficile à coder et décoder

ii) Les pertes d'éléments signifiants

La fidélité du canal n'est pas toujours garantie brouillage, interférences, les "blancs", les signes indéchiffrables (inaudibles, invisibles, indiscernables... les délais, les retards ...) rigueur des lieux et des moments des distorsions.

Bref, nous pouvons dire que les critères pouvant influencer la communication interpersonnelle sont liés aux principaux éléments intervenant dans la communication à savoir l'émetteur, le récepteur, le canal et le message.

Ces critères essentiels sont les suivants :

- la crédibilité de l'émetteur
- la construction et la finalité du message
- le langage
- le cadre de référence social - perception
- le récepteur (attitudes)
- le rapport social
- le contexte familial
- la santé mentale et affective, etc ...

En conclusion, nous remarquons très bien que les attitudes ont une importance essentielle en matière de communication. Rappelons que le concept "attitude" est une prédisposition à réagir de manière favorable ou défavorable en présence d'un objet donné (message).

L'attitude étant une prédisposition, elle se réalise par un comportement donné; le comportement peut être négatif ou positif dans le cas où l'attitude a été favorable ou défavorable.

- Ainsi, - les émetteurs et le récepteur ont à l'égard les uns des autres une attitude positive ou négative,
- ils ont des attitudes positives ou négatives vis-à-vis du ou des sujets dont ils discutent,
 - ils ont des attitudes positives ou négatives vis-à-vis des objectifs, personnes, ou situations mentionnées dans leurs messages,
 - la communication est en fait, un effort de la part de l'émetteur à influencer les attitudes des récepteurs.

Dans la communication humaine, celui qui transmet le message, une information, doit pouvoir tenir ces récepteurs prédisposés. Cette prédisposition est en relation directe avec les motivations de récepteurs, les motivations étant elles-mêmes en relation directe avec les besoins des récepteurs.

Conclusion

A la lumière des analyses et des expériences que nous avons évoquées, nous pouvons distinguer quatre fonctions fondamentales de la communication-authentique :

- Elle favorise la cohésion et l'unité des groupes sociaux
- Elle permet l'accomplissement des tâches collectives
- Elle assure la promotion sociale et la valorisation des individus et des groupes
- Elle est le meilleur moyen de résoudre les problèmes interpersonnels et même intergroupes.

VI. L'ECOUTE ACTIVE

C'est chercher à aider une autre personne à "Vider son sac"

- ne la critiquez pas
- ne la jugez pas
- ne l'interrompez pas
- ne lui proposez pas de solutions
- ne cherchez pas à la soulager en disant "ce n'est pas si mal"...
- ne dévalorisez pas ses sentiments.

6.1. COMMENT ?

6.1.1. Donner votre attention totale à la personne

- . attitude du corps - face à face - la regarder
- . enlever les barrières
- . garder une distance relative au contexte culturel
- . se débarrasser des distractions (radio, objets, etc ...).

6.1.2. Faire le dialogue "Miroir"

- . faire le résumé de ce que la personne communique (mots, gestes, tonalités)
- . mettre l'accent sur les sentiments
- . utiliser des expressions telles que :
 - il me semble ...
 - tu sembles ...
 - tu as l'air ...
 - tu parais ...
 - j'ai l'impression ...

.../...

- . A un moment donné on peut interpréter
- . Poser des questions ouvertes si la personne en a besoin

ECOUTE

6.2. DIFFICULTES

a) - Matérielles et physiologiques

- . cadre-lieu-ambiance
- . inconfort - bruit
- . fatigue - indisposition
- . manque de temps

b) Psycho-affectives

- . préoccupations personnelles
- . manque de motivation
- . manque d'intérêt : pas concerné
- . importance de l'émetteur
- . excès d'imagination : écran émotionnel
- . attitude moralisante
- . points sensibles abordés : retentissement affectif
- . peur de l'inhabituel
- . allergies

c) Intellectuelles

- . souci de retenir tous les détails
- . préparation de la réponse
- . envie de savoir la fin
- . bombardement de questions
- . sélection
- . esprit voyageur : on boude
- . manque de vocabulaire ou délayage de l'émetteur
- . écran idéologique, culturel

ATTITUDES DE L'ECOUTE ACTIVE

- . attention à l'autre
- . intérêt vrai
- . respect du rythme du partenaire "accompagner, non guider"

.../...

- . "devination" et non imagination
- . observation
- . des obstacles matériels
- . de moi
 - subjectivité; implication personnelle
 - affectivité
 - déformation professionnelle
 - expressions et réactions
 - de la situation
- . telle qu'elle est vécue
- . ce qui se passe ici et maintenant
- . le non-dit
- . évolution de la situation de relation.

REEXPRESSION

- Echo simple
- Echo sur les mots-clés
- reformulation, paraphrase sur les idées principales
- reformulation, paraphrase sur les sentiments exprimés
ou non
- effort de synthèse.

.../...

COMMENT ECOUTER : TECHNIQUES

6.3. Les techniques de l'écoute active sont fonctionnées des buts poursuivis

LES TYPES	LES BUTS	LES EXEMPLES
1. CLARIFICATION	<ul style="list-style-type: none"> ! 1. Pour obtenir des renseignements supplémentaires ! 2. Pour lui aider à explorer tous les aspects d'un problème 	<ul style="list-style-type: none"> ! 1. "Pouvez-vous élucider ceci " ? ! 2. "Voulez-vous dire ceci" ? ! 3. "Est-ce le problème que vous les percevez maintenant" ?
2. REPETITION	<ul style="list-style-type: none"> ! 1. Pour s'assurer que nous pensons et inter-prétons de la même façon. ! 2. Pour montrer que vous écoutez et que vous comprenez ce qu'il dit. ! 3. Pour l'encourager à analyser d'autres problèmes en question et les discuter avec vous 	<ul style="list-style-type: none"> ! 1. "Si je comprends bien vous avez l'intention de ..." ! 2. "C'est ce que vous avez décidé de faire et les raisons sont ..."
3. LA NEUTRALITE	<ul style="list-style-type: none"> ! 1. Pour donner l'impression que vous êtes intéressé et que vous écoutez. ! 2. Pour encourager la personne à continuer de parler. 	<ul style="list-style-type: none"> ! 1. "Je vois" ! 2. "Oui, oui" ! 3. "C'est très intéressant" ! 4. "Je comprends"

.../...

4. LA REFLEXION

- | | |
|--|---|
| 1. Pour montrer que vous comprenez ce qu'il dit. | 1. "Vous sentez que ..." |
| ressent au sujet de ce qu'il dit. | 2. "C'était une chose choquante comme |
| 2. Pour aider une personne à évaluer et à | vous la voyez ..." |
| modérer ses propres sentiments lorsqu' | 2. "Vous pensez qu'on a été injuste |
| ils sont exprimés par une autre personne. | envers vous" |
| 1. Pour unifier et résumer les discussions | 1. "Voici les idées principales que |
| 2. Pour servir de base pour discussions | vous avez exprimées". |
| ultérieures | 2. "Si je comprends ce que vous ressentez |
| sous un nouvel angle ou autre problème | sur la situation. |

.../...

6.4. JEUX DE ROLES

COMMUNICATION : COMMENT ECOUTER VOTRE ENFANT ET LES AUTRES INTERLOCUTEURS.

Pour maintenir des relations satisfaisantes avec vos enfants, vos clients, vos employés, votre époux, il vous faut communiquer effectivement.

Pour encourager les autres à communiquer avec vous, il faut les convaincre que vous vous intéressez à eux et de ce fait, êtes prêt à les écouter vraiment.

La communication inefficace est la norme principale de difficultés dans notre vie, dans beaucoup de famille et d'autres organisations.

Ainsi on demande : Est-ce que vous parlez à votre enfant (client, employé, époux) ?

"Oui, bien sûr, je lui parle"

Mais combien de ces conversations consistent en des remarques, des rappels, des critiques, des consolations, des menaces, des sermons, des interrogations, des conseils, des évaluations, sondages, ou de diverses façon de ridiculiser ?

L'utilisation de ces stratégies, même avec les meilleures intentions, diminuent la communication au lieu de l'améliorer.

Elles aggravent les rapports. Imaginez que vous critiquez ou menacez vos amis : ils se fâchent et trouve des excuses pour rompre le dialogue.

JEUX QUE NOUS JOUONS QUAND LES AUTRES EXPRIMENT LEURS SENTIMENTS
Prenons, par exemple quelqu'un qui est malheureux et qui vient vous raconter ses problèmes. Réfléchissez à la manière que vous voudriez être traité quand vous êtes malheureux.

Des fois, vous voulez qu'on vous laisse tranquille mais des fois vous voulez qu'on vous écoute et qu'on accepte tout simplement vos sentiments. N'est-ce pas possible que les autres ont besoin de la même considération ?

.../...

Plusieurs d'entre nous ont appris que les sentiments de colère, déception et crainte ne sont pas acceptables et ne devraient pas être exprimés. En conséquence, plusieurs d'entre nous ne savent pas réagir quand les autres expriment ces types de sentiments. A cause de notre manque de préparation à cette situation, nous réagissons par les-jeux de rôles. En voici quelques uns.

LE COMMANDANT :

Celui qui joue ce rôle s'intéresse à contrôler la situation. Il insiste que l'autre se débarrasse de ses sentiments négatifs immédiatement. Des ordres des commandements et des menaces sont les instruments les plus souvent utilisés par le commandant pour maintenir le contrôle de la situation et de ses propres sentiments qui lui sont inconfortables.

LE MORALISTE :

Le moraliste dit toujours "tu devrais faire ceci" "Tu ne devrais pas faire cela" même avec les sentiments. Le moraliste insiste que l'autre éprouve des sentiments "corrects".

LE SAIT-TOUT :

Celui qui joue ce rôle essaie de montrer qu'il a beaucoup reçu et qu'il sait tout. Il donne des conseils et fait appel à la raison pour montrer la solution correcte ainsi que sa propre supériorité.

LE JUGE :

Le juge a déjà décidé que l'autre est coupable, sans autre processus. Comme il "sait tout", il s'intéresse à prôner qu'il a toujours raison aussi que l'autre a toujours tort.

LE CRITIQUE

Comme le juge, le moraliste et le sait-tout, celui qui joue ce rôle s'intéresse à avoir raison. Mais le critique utilise le ridicule, le sarcasme et la moquerie pour se moquer de l'autre (et pour prouver sa propre supériorité).

.../...

LE PSYCHOLOGUE

Le psychologue essaie d'analyser le problème. Avec les meilleures intentions, il veut écouter tous les détails pour pouvoir dire à l'autre comment résoudre son problème d'une façon correcte. Le psychologue analyse, pose des questions et fait un diagnostic.

LE CONSOLATEUR

Celui-ci qui joue ce rôle essaie de ne pas être trop impliqué et il prend à la légère les sentiments de l'autre. Il donne des réassurances et prétend que tout va bien quand ce n'est pas vrai - il banalise la situation.

Il y a une autre façon d'écouter quelqu'un qui exprime ses sentiments. Cette technique s'appelle l'écoute active parce que l'écouteur se concentre sur l'activité d'écouter les mots :

- il ne juge pas
- il ne se moque pas
- il ne pose pas de question
- il ne propose pas de solutions.

Tout ce qu'il fait c'est

- d'écouter soigneusement
- d'imaginer les sentiments que l'autre essaie d'exprimer
- de regarder
- de répondre avec des phrases qui reflètent ce qu'il a entendu, regarde et imagine.

Dans sa réponse, il peut utiliser des mots différents pour clarifier ce qu'il a compris mais pas pour ajouter des éléments nouveaux.

Par exemple :

Petite fille (qui pleure et montre une poupée cassée):

- Mon bébé est cassé

Parent

- Tu te sens malheureuse parce que tu as cassé un de tes jouets comme d'habitude.

.../...

Ce ne serait pas un bon exemple de l'écoute active parce que le parent a ajouté les éléments de blâme (tu as cassé) et de jugement (comme d'habitude).

Voici un meilleur exemple :

Petite fille (qui pleure et qui montre une poupée cassée)

- Mon bébé est cassé

Parent

- Tu te sens triste parce que ta poupée est cassée ?

Remarquez que ce n'est pas une vraie question. C'est tout simplement une réflexion de ce que la petite fille a dit. Mais cela peut l'encourager à continuer parce que on lui indique que :

- son parent est là.
- son parent l'écoute
- son parent accepte ses sentiments (la considère comme une personne importante)

Quand on pratique l'écoute active on ne propose pas de solutions parce que :

- l'autre n'est peut-être pas prêt à trouver une solution. Si on l'oblige de prendre et d'appliquer trop vite des solutions il n'aura pas le temps de sentir et d'exprimer tous ses sentiments et cela peut l'empêcher d'arriver à une solution plus durable.
- si l'autre a besoin d'aide ou de conseils, il les demandera
- l'autre est capable de trouver sa propre solution, on peut l'être avec de la pratique.

5.5. LES REACTIONS TYPIQUES

Souvent quand les gens apprennent la technique de l'écoute active, ils ont une réaction sceptique, ils disent :

- c'est trop artificiel,
- c'est trop difficile
- je préfère agir spontanément.

L'écoute active est un art qu'on peut apprendre comme tous les arts, cela paraît artificiel au début, mais cela devient de plus en plus naturel par la pratique.

.../...

Si vous réagissez spontanément, vous risquez de faire toujours les mêmes erreurs et de continuer à jouer les mêmes rôles.

Celui qui vient vous exprimer ses sentiments peut réagir avec surprise la première fois que vous réagissez par l'écoute active. Mais, en général les gens apprécient l'écoute active. Cette réponse calme et compréhensive leur aide à exprimer leur émotions et finalement à les relâcher et ils arriveront à leurs propres solutions dans l'ambiance d'acceptation que vous avez créée.

VII. LE FEED-BACK CONSTRUCTIF

Ses qualités :

1. Immédiat
2. Vise un comportement précis et spécifique
3. Vise un comportement qu'on peut changer
4. Choisit un moment opportun
5. Dialogue constructif (un monologue = un ordre, une instruction)
6. Ne doit pas être imposé
7. Reconnaît l'individualité de chacun.

LE FEED-BACK CONSTRUCTIFS ET L'ECOUTE
ACTIVE SONT LES ELEMENTS ESSENTIELS
DE LA COMMUNICATION..

MECANISMES ET PRINCIPES DE BASE
DES COMMUNICATIONS.

PROCESSUS D'ELABORATION D'UN PROGRAMME
(PROJET DE COMMUNICATION)

. C'EST UNE APPROCHE QUI EXPOSE LES METHODES ET PRINCIPES DE BASE INDISPENSABLE POUR LA REUSSITE D'UN PROJET DE COMMUNICATION.

. 5 ETAPES CARACTERISENT CETTE APPROCHE :

I. ANALYSE

II. CONCEPTION

III. ELABORATION

ESSAIS/REVISION

IV. EXECUTION/SURVEILLANCE/
EVALUATION

V. EXAMEN ET REORGANISATION/
CONTINUITE DANS LE TEMPS.

INTRODUCTION :

Des communications efficaces permettent d'atteindre un objectif social, quelqu'il soit :

Dans le domaine de l'IEC/SIDA, les Projets de communication visent un public bien défini afin de :

- . lui faire connaître la dynamique de la population, par rapport à l'IEC/SIDA
- . le convaincre des avantages personnels d'éviter le SIDA, le motiver de manière à l'amener à faire des choix informés concernant la prévention du SIDA suivre correctement les conseils en matière de prévention du SIDA,
- . l'encourager à informer, persuader et motiver d'autres personnes par son exemple.

ANALYSE

-
- . Examen des publics éventuels
 - . Evaluation des politiques et programmes existants,
 - . Choix des institutions promotrices
 - . Evaluation des ressources en communication (capacité communicationnelle)
-

1er étape en direction de communications efficaces.

Elle doit comporter des éléments suivants :

- 1.1. Publics (cadre social) - afin de déterminer
 - les facteurs - démographiques
 - géographiques
 - économiques
 - sociaux.

- les attitudes

ex: âge, alphabétisation, niveau de revenu, fécondité,

- les connaissances, attitudes et pratiques liées à la prévention du SIDA qui sont susceptibles d'exercer une influence sur les activités de communication.

1.2. Politique et programmes nationaux de lutte contre le SIDA

- expérience passée
- perspectives d'avenir
- comment la lutte contre le SIDA est-elle perçue officiellement.

1.3. Moyens institutionnels

- déterminer les organismes publics ou privés, qui ont le vouloir, les moyens et le soutien externe pour exécuter ce projet de communication.

1.4. Capacité de communication

- médias et ressources de communication disponibles
- activités pertinentes qui ont été déjà exécutées.

CONCEPTION

- . Identification des groupes-cibles
- . Choix des groupes-cibles prioritaires
- . Etude approfondie de ces groupes-cibles
- . Définition des objectifs de communication
- . Elaboration des messages
- . Choix des médias
- . Organisation du renforcement interpersonnel
- . Etablissement d'un plan d'action (calendrier, budget, organigramme)

-
- . L'étape de conception d'un projet de communication doit déboucher sur une STRATEGIE et un PLAN D'ENSEMBLE qui identifient et définissent huit éléments fondamentaux :

- 2.1. Les objectifs : (précis, réalistes, classés par ordre de priorité, mesurables et qui formeront la base de l'évaluation du Projet)

.../...

- 2.2. Les publics : Subdivisés en fonction de caractères démographiques, géographiques, culturels, psychologiques, ou autres.
- 2.3. Les messages: Portés sur les besoins, les préoccupations et le Niveau de connaissances et de conscience des publics visés.
- 2.4. Les média : - multiples et coordonnés
- 2.5. Le renforcement interpersonnel :
(groupes influents, meneurs d'opinions...
- 2.6. Un calendrier de travail
- 2.7. Un budget
- 2.8. Un organigramme
ou plan de gestion
faisant apparaître
les responsabilités
précises correspondant
aux principales tâches.

ELABORATION, ESSAIS PREALABLES ET REVISION

- . Elaboration des principes de messages
- . Essais préalables auprès d'un public
- . Achèvement des messages et du matériel
- . Essais préalables auprès d'un public
- . Nouveaux essais du matériel existant

- . Cette étape s'inspire des 2 premières :
l'Analyse et la conception.

.../...

- . L'élaboration des messages doit suivre les étapes formulées ci-haut.
- . Les qualités du message ou des messages :
 - simples
 - clairs
 - précis
 - logiques et positifs
 - captant l'attention
 - orientés vers l'action
 - compatibles avec les systèmes de croyances culturelles et avec la politique nationale.
- . Essais ou prétest sur le (s) groupe (s)-cible (s).
- . Finalisation des messages.

EXECUTION, SURVEILLANCE ET EVALUATION

-
- . EXECUTION DU PLAN D'ACTION
 - . SURVEILLANCE DES RESULTATS
 - . MESURE DES EFFETS.
-

- . Etape pendant laquelle le plan est mis en oeuvre
- . La surveillance et l'évaluation fournissent au responsable du projet des informations au sujet des résultats de leur portée, afin de procéder aux révisions nécessaires.

a) L'exécution

- organisation et intégration de la diffusion des messages et du matériel par les voies appropriées - maximum de portée
- formation, si nécessaire, des agents qui se serviront du matériel,

- large diffusion des calendriers et des compte-rendus d'exécution - éviter les surprises.

b) La surveillance :

- surveillance du volume de production
- surveillance de la diffusion dans les médias et par les communications interpersonnelles
- surveillance de la structure interne et du respect du calendrier de travail et du budget
- surveillance et renforcement des rapports avec d'autres organismes ou services intéressés
- Révisions nécessaires de la conception du projet.

c) L'évaluation

- . mesure la portée du projet au niveau des publics visés et des objectifs.
- . se fait en fonction des résultats précis et mesurables indiqués dans les objectifs du projet.

N.B: La surveillance et l'Evaluation doivent être considérées comme des éléments essentiels de la réussite.

EXAMEN ET REORGANISATION

- . ANALYSE DE L'EFFET GENERAL
- . ELABORATION D'UN NOUVEAU PLAN DE FUTURES ACTIVITES.

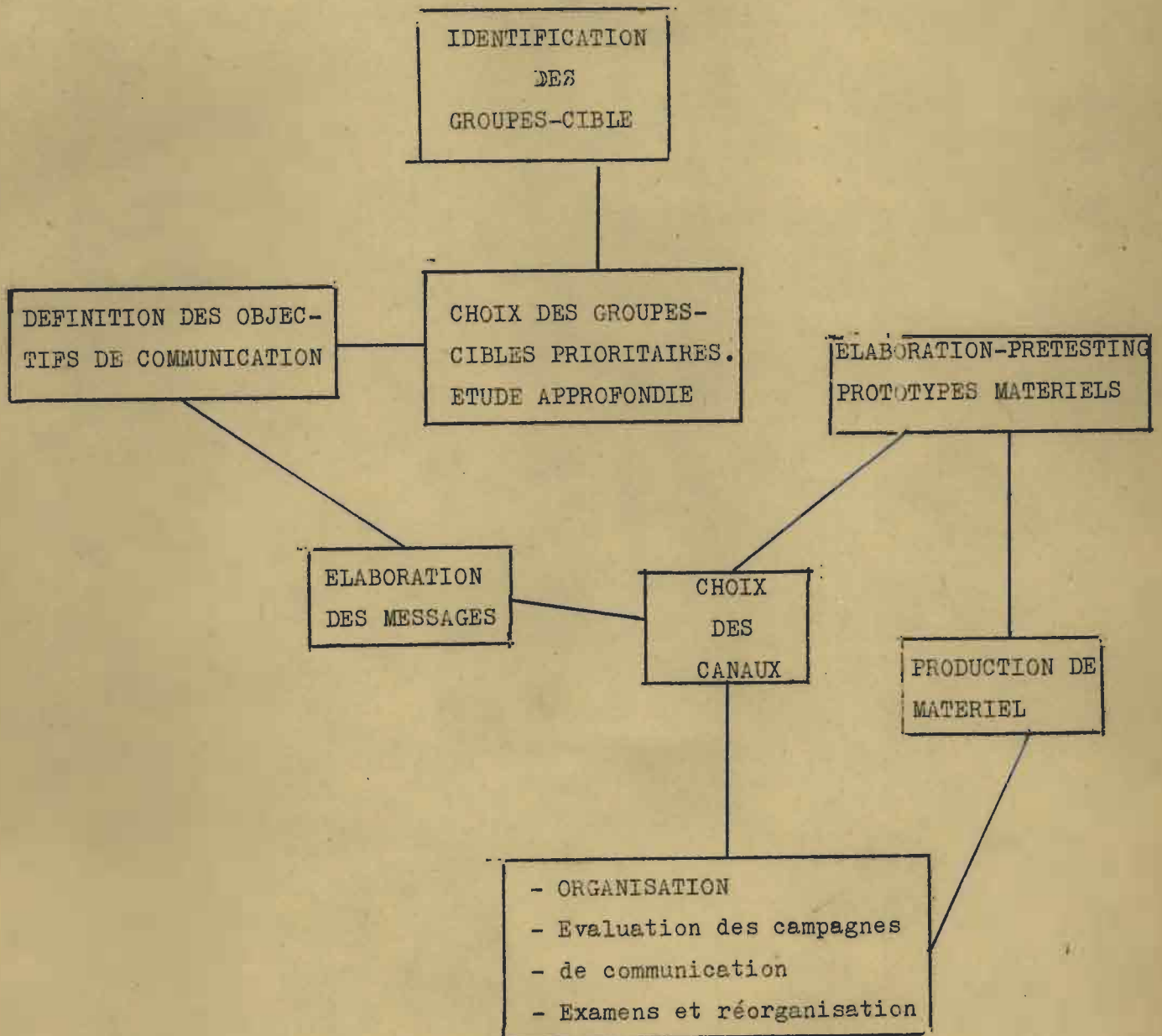
- Analyse de l'incidence générale
- Application de cette analyse à la réorganisation des futures activités.
 - A. Examen et analyse des informations réunies lors de chaque étape de l'entreprise
 - B. Analyse des répercussions du projet sur le public visé et les autres intéressés.

.../...

- C. Identification des changements importants de l'environnement national
- D. Identification des possibilités et des faiblesses
- E. Evaluation des compétences acquises par le personnel local
- F. Réorganisation des activités continues de communication
- G. Estimation des oeuvres de soutien et de financement
- H. Recyclage des données d'évaluation dans une nouvelle conception du programme.

STRATEGIES DE COMMUNICATION

1. Grille d'analyse à partir du processus P.

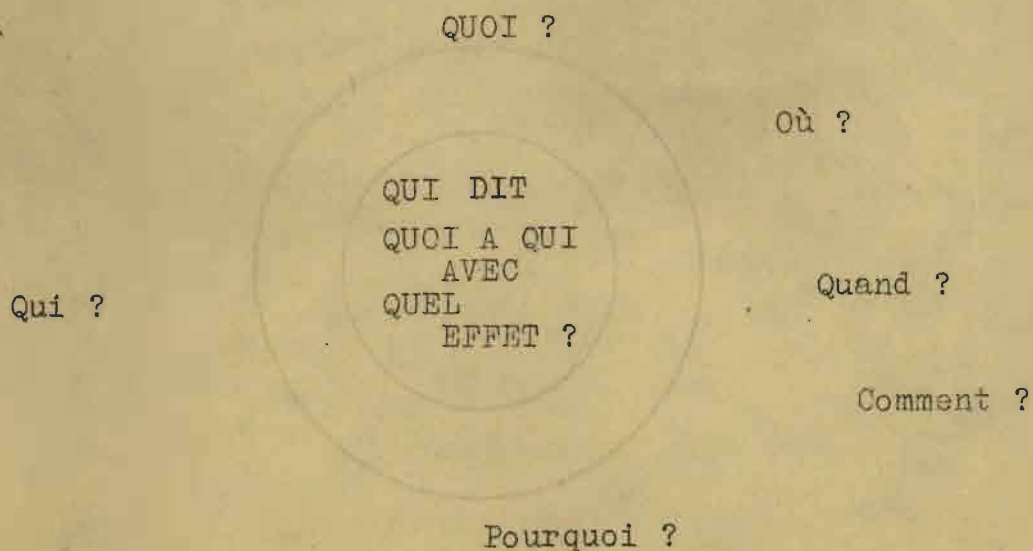
PROCESSUS D'ELABORATION DES
STRATEGIES DE COMMUNICATION

2. PERCEPTION

Niveau de perception	! Mode de transmission d'un message
10 à 15 %	! Par la lecture
20 à 25 %	! Par l'audition
30 à 35 %	! Par la vision
50 à 65 %	! Par la vision commentée
75 à 80 %	! (vision/Audition)
90 %	! Par la vision, l'audition, ! Par la lecture, la vision ! commentée et l'essai

3. ELABORATION D'UNE STRATEGIE D'IEC

PLANIFICATION DES ACTIVITES



4. ECHELLE D' EICDARM

Nous	!	Entendons parler de la PF
Nous vous	!	Informons d'avantage
Nous sommes!		Convaincus
Nous	!	Décidons d'agir
Nous	!	agissons
Nous obser-	!	Résultats
vons les	!	
Nous	!	Maintenons le +
	!	comportement _

ANNEXE X : LE MARKETING SOCIAL OU L'APPROCHE MARKETING-
COMMUNICATION AU SERVICE DE LA PROMOTION DE
LA SANTE

Présenté par Joseph KAGAME, EPS/MINISANTE

I. INTRODUCTION

L'éducation pour la santé peut être définie comme un processus qui vise à informer, motiver et aider la population à adapter et maintenir de saines habitudes de vie, qui promeut les modifications à l'environnement requises pour faciliter l'acquisition de ces habitudes.

Le marketing conventionnel est la grille d'analyse qui consiste à procurer le bon produit ou service à la bonne personne, au bon moment, à un prix qui lui convient, à l'endroit approprié et le lui faire savoir grâce à des activités promotionnelles qui le toucheront.

Il y a quelques années, l'idée de prétendre que le marketing pouvait jouer un rôle dans l'éducation du public était catégoriquement rejetée par les professionnels de la santé : ils considéraient le marketing comme un moyen important mais manipulateur et moralement suspect d'inciter les gens à consommer les produits dont ils n'ont pas envie ou besoin. Progressivement, ces préjugés se sont estompés et il apparaît clairement que, quelles que soient les réserves qui subsistent chez les spécialistes de la santé et de l'éducation envers le marketing en général, le marketing social est devenu un moyen très efficace d'appuyer d'importantes initiatives dans le domaine de la santé.

Qu'est-ce que le marketing social ? Pourquoi s'y intéresse-t-on depuis quelques temps ? Pourquoi de plus en plus d'organismes d'éducation pour la santé l'intègrent-ils dans leurs programmes ?

.../...

Cette intervention tentera de répondre à ces questions et vous encouragera davantage à réfléchir à la façon dont cette approche peut vous aider dans le travail de sensibilisation pour la prévention du SIDA chez les jeunes non scolarisés et descolarisés.

II. Le Marketing Social, un concept contemporain

Les intervenants en promotion de la santé sont constamment à la recherche de nouvelles approches d'éducation de la population; leurs populations cibles sont vastes, les systèmes scolaires sont aux prises avec des problèmes budgétaires et les programmes surchargés, le travail quotidien et les loisirs occupent une part importante de l'attention intellectuelle du public. Avec des éléments de marketing et de recherche auprès des consommateurs, de publicité ou de promotion, y compris le positionnement, la stratégie de création, la stratégie des médias, la planification et le suivi de campagne, le marketing social constitue une voie permettant aux éducateurs pour la santé d'atteindre leurs objectifs de promotion et de communication.

Le concept de marketing social n'est qu'une forme modifiée du marketing commercial axé sur les produits et les services. Il a été mis en avant au début des années 1970. Ces promoteurs estimaient qu'il était possible de faire progresser les causes sociales en appliquant les principes de l'analyse du marché, de la planification et du contrôle aux problèmes inhérent au changement social. Actuellement, bien que l'on ne puisse s'attendre à ce qu'une campagne de marketing réussisse, à elle seule, à modifier un comportement lié à la santé, il est établi qu'elle constitue un élément puissant de tout programme général, à influencer sur elles. L'approche marketing-communication est une voie permettant aux éducateurs pour la santé d'atteindre leurs objectifs de promotion et de communication. L'apport du marketing dans ce contexte signifie : "Comment rendre tangibles aux yeux des gens les avantages qu'ils auraient à adopter un tel type de comportement"?

.../...

III. Les quatre étapes du marketing social

Le marketing consiste à mettre au point le bon produit au moyen d'une bonne promotion et de le lancer au bon endroit à un prix approprié. Le marketing social repose également sur ces quatre facteurs et nous le présentons sommairement ici selon quatre étapes séquentielles :

1°. L'identification du problème

En promotion de la santé, cette étape relève du secteur médical. Elle consiste à identifier, à l'aide d'un certain nombre d'indicateurs, l'état de santé de la population d'un territoire donné.

2° La segmentation

Elle consiste à segmenter la population. En effet, la population est constituée d'individus dont les motivations, les ressources, les attitudes et la marché constitue le fait de diviser la population en différentes catégories homogènes possédant les mêmes besoins particuliers.

L'avantage de segmenter un marché par groupes d'âge, catégories professionnelles ou socio-démographiques est que cela permet de mieux connaître les besoins de la clientèle. Ainsi si nous voulons promouvoir l'emploi du préservatif et que la clientèle est le groupe de personnes en âge d'activité sexuelle, cette démarche permettra de connaître les valeurs des jeunes de 14 à 25 ans comme segment à part. A qui font-ils confiance ? Lisent-ils les journaux ? Écoutent-ils la radio ? Une fois en possession de toutes ces informations et d'autres du genre, il nous est possible de sélectionner les lieux où les rejoindre, les messages auxquels ils pourront s'identifier et les moyens de les atteindre.

Les marchés sont constitués donc des gens qui se distinguent par leurs désirs, leurs attitudes, leurs ressources, leurs localisations géographiques, etc ...

Toutes ces variables qui servent à segmenter un marché serviront aussi à segmenter une population donnée à travers un programme de promotion de la santé.

3° Le ciblage

A l'aide du profil de la population établi lors de la segmentation, il est possible de préciser quelles populations particulières cibler à l'intérieur de chaque segment. Comprendre les motivations et les perceptions de la population-ciblée devient alors essentiel à la réalisation de cette étape.

Supposons par exemple que dans une campagne en faveur du port du condom chez les jeunes, on trouve une plus grande réticence chez les jeunes de 14 à 20 ans et que par contre de 20 à 25 ans l'utilisation est intégrée mais sa perception reliée aux aventures. Nous avons là deux marchés complètement différents comme nous allons le voir dans l'étape ci-après.

4° Le positionnement

Une fois que la population a été segmentée et que le public-cible a été établi, il faut passer à l'étape du positionnement. Positionner consiste à élaborer un message et un contenu dans l'information véhiculée qui soient adaptés aux perceptions et aux attitudes de la population ciblée.

Une fois que la population a été segmentée et que le public-cible a été établi, il faut passer à l'étape du positionnement. Positionner consiste à élaborer un message et un contenu dans l'information véhiculée qui soient adaptés aux perceptions et aux attitudes de la population ciblée.

.../...

Dans l'exemple donné au point précédent, pour la clientèle des jeunes de 14 à 20 ans, l'effort de la campagne visera à accroître l'utilisation du préservatif, à diminuer les freins perceptifs qui inhibent l'utilisation du condom chez le groupe. Par contre, chez les jeunes de 20 à 25 ans, le niveau d'adoption et les avantages du condom sont connus : on s'efforcera de "fidéliser" le comportement en essayant d'augmenter la fréquence d'utilisation.

Pour le premier groupe en fait (15.- 20 ans), on est mal à l'aise à porter un condom : la décision est émotive parce qu'on n'est pas à l'aise lors d'une relation sexuelle; le port du condom vient augmenter la complexité de la relation.

Dans le deuxième groupe (20-25 ans), on utilise le condom pour une aventure, on est informé scientifiquement. Ce qu'il faut tenter, c'est de "fidéliser ce comportement" en augmentant le degré d'utilisation, donc la fréquence. Comme c'est une décision rationnelle, il faut faire comprendre qu'en matière de prévention du SIDA, il suffit d'une seule relation sans condom pour que ce soit irréversible... On a deux groupes bien différents : le premier a besoin d'un cours d'éducation sexuelle où l'on introduirait le port du condom, tandis que chez le deuxième groupe déjà sensibilisé, le rationnel sera l'élément majeur du message qui lui fera comprendre qu'au siècle du SIDA, tout rapport sexuel doit être protégé.

IV. Mais en matière de SIDA, l'Education ne suffit pas

Si nous entendons par Education "Conférences, Informations, Connaissances des faits sur le SIDA", l'Education ne suffit pas pour prévenir le SIDA. Il faut que les gens arrivent à :

- accepter que les faits sur le SIDA s'appliqueront sur leur propre vie;
- avoir les moyens préventifs à portée de la main,
- recevoir continuellement soutien et conseils pour se protéger contre l'infection du VIH.

Le formateur doit donc englober dans son action éducative la communication, la promotion des condoms et les conseils. A l'instar de l'agent du marketing commercial, il doit également "vendre son produit" au "marché-cible" que constitue son public.

1° La communication

- a) La communication doit permettre de :
- organiser une diffusion des faits honnête, étendue et persuasive dans le but d'amener nos jeunes à choisir les solutions les plus sûres pour se protéger contre l'infection du VIH;
 - utiliser tous les mass média disponibles, le matériel imprimé et le soutien interpersonnel et au besoin combiner ces trois canaux pour lutter contre le manque de connaissance, la peur irraisonnée et le refus.
- b) Une communication efficace dépend de cinq principes simples :
- penser comme votre public : utiliser les mêmes images que lui, les mêmes images que lui, les mêmes mots, adopter les histoires dont il raffole, sa musique,...
 - soyez convaincant face à un public particulier, employer comme relais les gens qu'il admire et auxquels il fait confiance, lui donner un avantage qui compte à ses yeux et des raisons qu'il comprendre
 - Soyer clair et honnête : parler du comportement, lui dire ce qu'il doit faire pour se protéger, lui parler des conséquences "ce qui se passe si...", dissiper les malentendus et les mythes, ne pas faire de promotion pour les services qu'on ne peut pas offrir;
 - diffuser largement le message : se limiter à un message simple répété à plusieurs reprises, utiliser plusieurs canaux de communication simultanément sans jamais se contredire;

- tester les idées, stratégies et matériels : voir si le public comprend l'idée, accorde foi au message, qu'il se rapporte à lui; vérifier s'il est capable de prendre des mesures conséquentes.

2° Promotion des condoms

Le préservatif représente le produit dont les gens ont besoin pour se protéger, eux-mêmes et leurs partenaires, contre l'infection par le VIH. Evidemment, il existe aussi des comportements sexuels satisfaisants qui ne nécessitent pas de condoms : continence absolue, relation monogamique mutuellement fidèle. Ces comportements font également partie des "produits" offerts en vue de diminuer le risque d'infection. Mais face à un public déterminé, en l'occurrence des jeunes qui nous ont affirmé lors de nos investigations qu'ils ne peuvent se passer des rapports sexuels multiples, en insistant sur le condom, nous cherchons à souligner l'existence des produits préventifs corrects déjà conçus et réalisés pour se protéger contre le VIH. Ils doivent dès lors être distribués et accessibles. Notre rôle de promotion est d'informer la clientèle sur ces produits, leurs avantages, leurs limites, leur disponibilité et sur les compétences nécessaires pour un emploi efficace.

Pour protéger contre l'infection à VIH, les condoms doivent être utilisés régulièrement et correctement. Il nous revient de nous assurer que nos clients choisissent et utilisent ces produits, qu'ils ont confiance en eux et qu'ils sont en mesure de convaincre leurs partenaires de les accepter.

3° Les conseils

Pour prévenir le SIDA, les gens ont besoin de plus qu'un slogan et un condom pratique. En effet, s'ils sont convenus qu'ils doivent renoncer à des comportements routiniers et procéder à d'importants changements dans leur style de vie, ils ont besoin de comprendre la menace de l'infection par le VIH de manière personnelle et tangible.

Le counselling consiste en échanges et soutien face à face permettant à la clientèle de poser des questions, de partager l'expérience et d'accepter les différents comportements préventifs. C'est la phase de "fidélisation de la clientèle" en marketing conventionnel.

Le counselling va aider les gens à choisir des comportements spécifiques répondant à leur style de vie et les soutenir ensuite à maintenir ces changements. C'est à cette étape que les gens parviennent à éviter les craintes outre mesure de la maladie et de ceux qui sont atteints, qu'ils décident de passer le test et de vivre avec les résultats s'ils acceptent de le faire. Les stratégies de modification de comportements adoptées lors de la phase de communication et la promotion des condoms sont renforcées par le counselling qui permet aux gens d'explorer ces idées de manière confidentielle.

Les conseils peuvent être fournis d'individu à individu ou en groupe, ils peuvent être spécialement nécessaires pour résoudre une crise ponctuelle ou un problème à long terme.

Le counselling est un moyen de prévention essentiel parce qu'il permet une interaction, un échange et un dialogue soutenus à propos des comportements préventifs spécifiques et que ce concept d'un échange interpersonnel intelligent et sympathique est le capital pour la prévention du SIDA.

V. Conclusion : Marketing en éducation pour la santé, une nouvelle arme pour un vieux combat

Pour faire de la motivation de la santé, il faut une bonne compréhension des déterminants afin de pouvoir rendre tangibles les bienfaits liés à certains comportements. La promotion de la santé invite les responsables à prendre en considération les besoins et intérêts des individus et à leur proposer des solutions sous forme d'innovations en mettant l'accent sur les avantages à long terme d'être en bonne santé.

C'est dans ce contexte que les lois du marketing peuvent être utiles. Elles nous permettent d'obtenir des objectifs clairs axés sur les résultats à atteindre en identifiant les bonnes cibles, en élaborant des messages correspondant à leurs valeurs, en les incitant à se prendre en charge par différentes stratégies promotionnelles ainsi que par des personnes ou organismes-relais avec qui elles sont d'habitude en contact.

Les intervenants en éducation pour la santé s'inspireront donc utilement des concepts propres au marketing pour accroître l'efficacité des initiatives de promotion de la santé. Il a été prouvé du reste que les coûts que peut entraîner l'intégration du marketing dans un programme de promotion de la santé sont largement compensés par les avantages qu'on en tire.

VI. Pour en savoir plus, lire :

1. Le Marketing Social: un nouvel impératif en santé publique, Mannof & K. Richard. Praeger Publisher, N.Y., 1985.
 2. Les Nouvelles Approches en Education pour la Santé. Rapport des experts de l'OMS. Genève, 1988.
 3. Social Marketing and its Applications, Roberto Eduardo H.A publication of the Asian Institute of Management, Manilla, 1988.
 4. SIDA, Dossier technique. Comité Français d'Education pour la Santé, 1990.
 5. Comportement du Consommateur et Stratégies de Marketing, Dussart. Mc Graw-Hill, 1989.
 6. Social Learning Théory, Bandura A. Angle Wood Cliffs Printice-Hall, 1977.
 7. L'Education ne suffit pas, AIDSCOM 1988.
-

EPIDEMIOLOGIE DU SIDA ET DE L'INFECTION
A VIH AU RWANDA
APERCU DE L'EVOLUTION DE L'EPIDEMIE ET
SITUATION EN 1992

Docteur TWAGIRAKRISTU J. Baptiste

Au Rwanda, la transmission du VIH a pris des dimensions épidémique aux débuts des années 1980. Au niveau de la capitale KIGALI, les premiers malades souffrant de SIDA clinique furent diagnostiqués au cours de l'année 1983. En 1984 et 1985 les rapports hétérosexuels furent reconnus comme constituant la voie de transmission majeure du VIH au Rwanda, et les groupes à risque furent étudiés, en particulier les prostituées, les sujets à partenaires multiples et les patients avec MST.

Il est à noter que la transmission parentérale n'a que peu d'impact sur la dissémination épidémique du VIH au Rwanda. En effet, depuis 1985 la sécurité de la transfusion sanguine est assurée sur l'ensemble du territoire national et les actes médicaux avec effraction cutanée en milieu hospitalier n'ont pu être retenus comme voie efficace de transmission du VIH.

En décembre 1986, la réalisation d'une enquête épidémiologique d'envergure nationale permit de connaître dans la population générale du Rwanda l'ampleur de la prévalence de l'infection à VIH, qui était de 17.8% en milieu urbain et de 1.8% en milieu rural. Au départ de ces taux, le nombre total en 1987 de sujets infectés par le VIH-1 put être estimé entre 100.000 et 150.000 pour l'ensemble du pays. Aucun cas de VIH-2 ne fut diagnostiqué.

Depuis 1988, la progression de l'épidémie VIH est surveillée de manière systématique au niveau de plusieurs formations sanitaires du pays, organisées en postes sentinelles de la séro-surveillance VIH.

.../...

Deux types de populations y sont suivis, les patients avec MST et les femmes enceintes en consultation prénatale. Tandis que les premiers appartiennent à un groupe à risque majeur, il est admis que les dernières sont représentatives de la population générale des adultes en âge de procréer.

Au cours des années 1989 et 1990, un total de 4486 femmes enceintes fut testé pour le VIH dans la ville de KIGALI. Pendant cette époque le plateau de séropositivité n'était pas encore atteint dans la population sentinelle étudiée, puisque la séropositivité VIH augmentait de 3 à 5 % par an. Le pourcentage de séropositivité fut élaboré selon deux méthodes complémentaires et atteignit des valeurs moyennes entre 26.2% et 30.7% en 1990. Comme les femmes enceintes provenaient de toute la ville de KIGALI, les résultats furent extrapolés à la population générale des jeunes adultes vivant à KIGALI pendant la période considérée. Ainsi, sur la population totale des 350.000 habitants de la capitale, il put être estimé qu'au cours des années 1989 et 1990 entre 2.300 et 3.800 nouvelles infections se sont produites par an parmi les 77.000 jeunes femmes et entre 3.600 et 6.100 nouvelles infections parmi les 122.000 jeunes hommes habitant à KIGALI au cours des années 89/90.

En d'autres termes, en 1989-1990,
un adultes s'est infecté à KIGALI en moyenne toutes les
50 à 90 minutes, tandis que toutes les 6 à 7 heures un
bébé naissait avec une infection VIH qui lui était trans-
mise par sa mère séropositive.

Les résultats dérivés de ces postes sentinelles permettaient également d'étudier la répartition horizontale de l'infection à VIH dans les différents secteurs de KIGALI. Les taux d'infection par le VIH dans les secteurs de la ville de KIGALI furent confrontés aux différences socio-spatiales de la ville telles qu'elles existaient en 1989/90. Ceci permit d'élaborer la carte de la séropositivité VIH pour tout l'espace urbain de KIGALI.

.../...

L'existence de paliers de séropositivité permet de regrouper les 19 secteurs de la ville en trois zones à risque décroissant de séropositivité.

La zone à fort risque :

Elle comprend les 9 secteurs ayant des taux d'infection supérieurs à la moyenne urbaine (25 %) et concerne l'espace urbain non structuré (habitations spontanées).

La zone à risque moyen :

Elle comprend 5 secteurs avec des taux moyens de séropositivité (17-23 %) et regroupe 3 types d'espaces urbains, le centre historique, 2 banlieux résidentielles et 2 secteurs ruraux en voie de déstructuration rapide.

La zone à moindre risque :

Elle comprend 5 secteurs à bas taux d'infection et concerne l'espace rural grignoté par la croissance urbaine (phénomène de rurbanisation)

La carte de la séropositivité fut également élaborée pour la ville de BUTARE, où l'hétérogénéité des taux d'infection fut retrouvée.

Pendant cette même période, le taux d'infection à KIGALI parmi les patients avec MST était de 73 % parmi les femmes et de 55 % parmi les hommes. Comme ces taux de séropositivité parmi les patients avec MST n'ont pas varié entre 1988 et 1991, il peut être admis que dans cette population des personnes à haut risque d'acquisition du VIH à cause de leurs antécédents de MST, le plateau de séropositivité est atteint depuis plusieurs années déjà.

Au cours de l'année 1991 le système des postes sentinelles fut modifié pour inclure des postes ruraux (traie campagne) et des postes semi-urbains (le long d'axes routiers ou proches de centres commerciaux) en plus des postes urbains. Au niveau de ces postes sentinelles, en 1991, le taux de séropositivité parmi les femmes enceintes était de 27 % en milieu urbain, 8.5% en milieu semi-urbain et 2.2% en milieu rural pur.

.../...

A partir de ces taux et de récentes données de recensement de la population, qui atteignit 7.250.000 habitants en 1991, le nombre d'adultes infectés au Rwanda put être estimé entre 150.000 et 220.000 en 1991. Parmi ceux-ci il y avait entre 90.000 et 130.000 femmes en âge de procréer qui avaient donné naissance à quelques 7 à 10.000 bébés infectés,* le taux de transmission au Rwanda d'une mère infectée à son enfant étant d'environ 30 %.

D'après le modèle que nous avons utilisé, * le nombre cumulatif de cas de SIDA au Rwanda jusqu'en 1991 serait entre 50.000 et 75.000.

Ces estimations sont donc presque 10 fois supérieures au nombre de cas dû au SIDA effectivement notifiés à l'OMS par le Rwanda, qui atteignit mi-1992 un total de 7.875 adultes malades. Au Rwanda, pour être notifié comme SIDA clinique, un patient doit présenter une symptomatologie compatible avec la définition clinique de Bangui présente une valeur prédictive très insuffisante chez les adultes au Rwanda, puisque dans une étude prospective menée à KIGALI, deux tiers des patients séropositifs ayant un diagnostic de SIDA clinique se sont améliorés cliniquement au cours des 2 années suivant leur diagnostic (et n'avaient donc pas une déficience immunitaire terminale), seulement 10 % de ce groupe étaient décédés après 2 ans et avaient donc eu un SIDA clinique probable.

* Pendant la même période sont nés environ 1.800 bébés infectés pour l'ensemble de la population des USA (Gwinn et al. JAMA 1991; 265 : 1704-8).

* Le modèle fut décrit par Chin J et al : Estimation and projection of adult AIDS cases : a simple epidemiological model : Bull Wld Hlth org 1991; 69 : 399 - 406.

Egalement, d'après le modèle de projections utilisé,

La transmission maximale du VIH au Rwanda se serait produite entre 1987 et 1990, quand un adulte s'infectait en moyenne toutes les 12 à 20 Minutes.

L'incidence des nouvelles infections semble en diminution progressive depuis le début des années 90. Il peut être prévu que pendant les années à venir le nombre des adultes séropositifs malades atteindra un plateau entre 12.000 et 18.000 par an.

L'augmentation du nombre annuel d'épisodes morbides causés par l'infection à VIH a pu être estimée pour l'ensemble du Rwanda :

Ainsi, l'infection à VIH aurait entraîné en 1991 entre 20.000 et 31.000 hospitalisations supplémentaires. Il se serait produit en 1991 en relation avec l'infection VIH entre 83.000 et 122.000 épisodes additionnels de syndrome pseudo-grippal, entre 36.000 et 53.000 épisodes de diarrhée aiguë, entre 31.000 et 46.000 éruptions cutanées, entre 12.000 et 17.000 polyadénopathies, entre 10.000 et 15.000 fièvres chroniques, entre 7.000 et 10.000 cas de diarrhée chronique, entre 500 et 900 épisodes de zona, ainsi que quelques centaines de cas de cryptococcose méningée.

En plus, au cours des années à venir, le RWANDA devrait s'attendre à une véritable épidémie de tuberculose, puisqu'il est prévu que par an entre 8.000 et 11.000 nouveaux cas additionnels de tuberculose maladie vont se déclarer dans le pays *

* Il faut souligner que jusque mi-1992, une dizaine de souches de Mycobacterium tuberculosis multi-résistantes ont été isolées au RWANDA.

Si l'on considère que les adultes vivant en milieu urbain au Rwanda constituent une population close, on peut prévoir que d'ici 1995 la transmission du VIH déclinera progressivement, puisque la majorité des adultes urbains à haut risque sont déjà infectés. Bien sûr il s'agit là d'une hypothèse théorique peu probable. Il faudrait plutôt imaginer un scénario où la transmission du VIH continue, ou même augmente à l'intérieur de populations dynamiques où les individus à haut risque sont continuellement remplacés par des individus non-infectés. Aussi la transmission du VIH pourrait-elle s'intensifier parmi les étudiants, les adolescents et les enfants de la rue, ** ainsi que parmi les militaires et les immigrants de la campagne vers la ville. Il est évident que la majorité des efforts d'éducation et de prévention devrait être ciblée vers ces populations particulièrement vulnérables.

Enfin, un groupe d'intérêt particulier concerne les couples discordants, au sein desquels un des deux partenaires est infecté et l'autre reste séro-négatif. En 1992, l'étude d'un échantillon de 500 couples volontaires vivant à KIGALI a montré que 17% des couples étaient discordants (soit 1 couple sur 6). Pour 28 % des couples les deux partenaires étaient infectés et pour seulement 55% des couples les partenaires étaient séro-négatifs tous les deux.

Extrapolés à l'ensemble des quelques 55.000 couples que compte KIGALI,*** ces taux permettent d'estimer qu'environ 10.000 couples discordants vivent à KIGALI en 1992. Ceux-ci ont un besoin urgent de connaître leur statut VIH pour protéger le (la) partenaire non infecté (e). En effet, le (la) partenaire laissé (e) dans l'ignorance a un risque annuel de 22% pour acquérir l'infection à son tour.

** Le PNLS avec l'OMS et l'UNICEF ont planifié pour fin-1992 une enquête nationale de séroprévalence auprès de 4.200 jeunes entre 10 et 19 ans.

*** D'après le dernier recensement il y eut 57.442 ménages à KIGALI

EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LE SIDA
PREPAREE PAR JOSEPH KAGAME EPS/MINISANTE

Juin 1993

Lisez soigneusement les questions suivantes et répondez-
y de votre mieux. Si vous ne pouvez pas répondre à une question, sautez-
la.

1. Le SIDA peut être défini de la façon suivante (cochez 1 seule réponse)
 - a. Un type de cancer de la peau qui peut être soigné par chimiothérapie
 - b. Une infection gastro-intestinale mortelle causée par des parasites
 - c. Une maladie mortelle qui se transmet principalement par voie sexuelle et qui attaque le système immunitaire.
 - d. Aucune des définitions ci-dessus n'est correcte.

2. Le SIDA est un problème de gens au comportement frivole et n'est pas une menace pour les gens dont le comportement est normal et moralement irrépréhensible.
 - a. Vrai
 - b. Faux

3. Imaginez qu'un collègue vous dise que le SIDA est une punition que Dieu inflige à ceux qui rejette ses lois.
Quelle serait votre attitude en tant que spécialiste de la prévention du SIDA (vis-à-vis de la déclaration de votre collègue) ?
 - a. Le collègue a raison. Les sidéens et séropositifs sont responsables de leurs maux.
 - b. Quand bien même de nombreuses personnes seraient de l'avis de mon collègue, de telles positions ne vont pas empêcher la propagation du SIDA.
 - c. Le collègue a tort. Le SIDA a été inventé au laboratoire et propagé, soit intentionnellement, soit par accident, dans la société.

.../...

- d. Bien que le SIDA puisse ne pas être la vengeance de Dieu, cette maladie résulte d'un comportement immoral et donc le collègue au moins en partie raison.
4. Ces types d'individus ont peu de risques d'attraper le SIDA : (cochez autant de réponses que nécessaires).
- a. Hommes homosexuels
 - b. Individus à comportement sexuel frivole
 - c. Individus à multiples partenaires sexuels
 - d. Couples polygames et fidèles
 - e. Couples monogames et fidèles
 - f. Personnes recevant une transfusion sanguine de sang ou de produits sanguins non testés
 - g. Nourrissons dont les mères sont séropositifs
 - h. Hommes et femmes vivant dans l'abstinence sexuelle
 - i. Individus exposés aux seringues et couteaux non stériles
 - j. Femmes homosexuelles.
5. Il n'est pas possible de déterminer visuellement si une personne a le SIDA ou pas.
- a. Vrai
 - b. Faux
6. Les personnes bonnes et moralement sans reproches n'ont pas à avoir peur du SIDA.
- a. Vrai
 - b. Faux
7. Lesquels de ces groupes n'ont pas un risque élevé d'infection par VIH ?
- a. Voisins des victimes du SIDA
 - b. Prostituées
 - c. Receveurs de sang
 - d. Nouveaux-nés dont les mères sont séropositives
 - e. Aucun groupe.

8. Un test de dépistage effectué récemment et dont le résultat est négatif garantit avec certitude que l'individu n'est pas porteur de VIH ?

a. Vrai

b. Faux

9. Quelles sont les quatre principaux modes de transmission du VIH ?

14.

15.

16.

17.

10. On n'attrape pas le SIDA en donnant du sang dans des conditions stériles

a. Vrai

b. Faux

12. Citez cinq sécrétions corporelles dans lesquelles on a vérifié la présence du VIH.

20.

21.

22.

23.

24.

13. On peut attraper le SIDA par une piqûre d'insecte

a. Vrai

b. Faux

14. On peut attraper le SIDA par l'eau contaminée

a. Vrai

b. Faux

.../...

15. Dans quelles circonstances ci-dessous est-il probable d'attraper le VIH ?

(cochez autant de réponses que nécessaires)

- a. En serrant la main d'un sidéen
- b. En utilisant le même savon qu'un sidéen
- c. En utilisant la même brosse à dent qu'un sidéen
- d. En utilisant le téléphone d'un sidéen
- e. Si un séropositif tousse à côté de vous
- f. En utilisant le même rasoir qu'un sidéen
- g. En partageant le même bureau de travail qu'un sidéen
- h. En échangeant l'argent avec un sidéen
- i. Par des tatouages ou cicatrices rituelles (imanzi)
- j. Par des ordures ménagères provenant d'un sidéen
- k. Par des sièges de toilettes
- l. En serrant un sidéen dans ses bras
- m. En se faisant tatouages par un AMI
- n. Par contact sexuel intime avec un séropositif
- o. En mangeant dans un restaurant où un séropositif est employé comme cuisinier
- p. En buvant de l'eau à une fontaine publique
- q. En se faisant percer les oreilles
- r. Lors de la circoncision
- s. Par des baisers légers
- t. Par des baisers intimes.

16. Les enfants séropositifs et sidéens sont un danger pour leurs camarades et doivent être exclus des écoles publiques ?

- a. Vrai
- b. Faux

17. Le SIDA ne peut se transmettre de femme à homme

- a. Vrai
- b. Faux

18. Lorsqu'on attrape le VIH, les symptômes apparaissent

- a. Tout de suite
- b. Dans les deux premiers mois
- c. Dans les deux premières années
- d. N'importe quand de quelques semaines ou après 10 ans.

.../...

19. Les premiers symptômes du SIDA sont souvent une fièvre modérée, de la fatigue, des courbatures, des ganglions enflés, comme ils sont similaires à ceux de la grippe, ils sont souvent ignorés par le patient
- a. Vrai
 - b. Faux.
20. Les signes les plus associés communément au SIDA chez l'adulte sont (cochez autant de réponses que voulues) :
- a. Eclaircissement de la peau
 - b. Maux de tête intenses et persistants
 - c. Fièvre modérée
 - d. Démangeaisons et ampoules sur la peau
 - e. Infection de la bouche par les champignons
 - f. Sueurs nocturnes
 - g. Perte de poids
 - h. Toux sèche
 - i. Constipation
 - j. Diarrhée chronique
 - k. Ganglions lymphatiques enflés
 - l. Saignements
 - m. Faiblesse généralisée
 - n. Fatigue.
21. Le cancer qui produit des lésions rouges ou violettes sur la peau des Sidéens s'appelle ...
22. Que peuvent faire les membres de la famille pour prendre soins du Sidéen à la maison (cochez 1 option) ?
- a. Le malade est un grand danger et ne doit pas être soigné à domicile
 - b. Le reste de la famille doit être protégé en isolant totalement le malade
 - c. Le malade peut se joindre aux activités familiales mais éviter de toucher les autres, manger seul, faire sa propre cuisine et sa toilette pour éviter d'infecter les autres avec ses sécrétions corporelles.

.../...

d. Le malade doit s'intégrer totalement dans la famille doivent éviter le contact avec les sécrétions corporelles du patient, telle que le sang et le sperme.

23. Le SIDA peut tuer le malade par destruction du cerveau

- a. Vrai
- b. Faux.

24. Une fois le virus du SIDA introduit dans le réseau sanguin, qu'est-ce qu'on ne doit pas espérer ?

- a. La personne attrape une maladie opportuniste sans gravité
- b. La personne se remet et le virus disparaît de son sang
- c. La personne semble en bonne santé mais le virus est présent et reste dans son sang.
- d. La personne attrape le SIDA.

25. Lorsque l'analyse du sang montre la présence d'anticorps du VIH, cela veut dire que :

- a. L'individu est immunisé contre le SIDA
- b. L'individu a le SIDA
- c. L'individu a été infecté par le VIH.

26. Laquelle de ces émotions est une réaction courante chez les séropositifs et sidéens lorsqu'ils apprennent leur statut sérologique ? (cochez 1 seule réponse)

- a. colère
- b. refus
- c. anxiété
- d. dépression
- e. perte de confiance en soi
- f. isolement

g. toutes les émotions ci-dessus.

27. Les Sidéens sont dangereux et doivent être séparés du reste du monde

- a. Vrai
- b. Faux

.../...

28. Quelle est la personne la plus susceptible de propager le SIDA ?
(cochez 1 seule réponse)

- a. une personne apparemment saine dont le test VIH a donné un résultat positif,
- b. une malade présentant les signes associés au SIDA,
- c. un patient diagnostiqué du SIDA mais pas gravement malade,
- d. un sidéen gravement malade, alité au C.H.K.

29. Le quel de ces conseils est sans importance pour un séropositif

- a. toujours utiliser le condom, indépendamment du partenaire et de l'activité sexuelle.
- b. ne jamais utiliser d'aiguille non stérile et ne jamais donner du sang
- c. ne jamais utiliser de toilette publiques
- d. essayer de se limiter à une relation sexuelle mutuellement fidèle et monogame

30. Quand doit-on empêcher un enfant d'aller à l'école où il sera en contact avec les autres.

- a. lorsque son test VIH a été reconnu positif
- b. lorsqu'il a des signes associés au SIDA
- c. lorsqu'il est trop handicapé pour participer normalement aux activités scolaires.

31. Les séropositifs ne devraient pas être autorisés à travailler dans les mêmes bureaux que les autres.

- a. Vrai
- b. Faux

32. Quel est le meilleur moyen de lutte contre le SIDA ? (une seule réponse)

- a. analyse du sang obligatoire
- d. éducation de la population
- c. des lois plus strictes
- d. isolement des Sidéens et séropositifs.

.../...

33. Que faut-il recommander aux jeunes pour éviter la propagation du SIDA ? (autant de réponses que voulues)
- a. éviter les activités sexuelles avec échange de sang, de sperme ou sécrétions génitales
 - b. employer un condom lors du coït
 - c. éviter les rencontres sociales avec les prostituées
 - d. éviter l'usage des seringues et aiguilles non stériles
 - e. éviter tatouages, circoncisions et scarifications dans des conditions non stériles.
 - f. insister sur la stérilisation de tout matériel médical tranchant ou coupant
 - g. éviter d'utiliser les toilettes ou salles de bains publics
 - h. n'accepter les transfusions sanguines, qu'en cas de stricte nécessité et vérifier toujours si le sang a été préalablement testé.
34. Laquelle des méthodes suivantes n'est pas importante pour la prévention du SIDA dans la majorité de la population (une seule réponse) ?
- a. utiliser toujours un condom pour toute activité sexuelle à moins d'être sûr à 100 % que ton partenaire n'est pas infecté par le VIH.
 - b. les femmes séropositives doivent utiliser des méthodes contraceptives très efficaces pour ne pas tomber enceintes.
 - c. éviter tout contact avec les sidéens et les séropositifs.
35. L'une des méthodes préconisées ci-dessus pour la prévention du SIDA est inefficace, inutile et désagréable aux sidéens (1 seule réponse)
- a. nourriture servie dans la vaisselle à usage unique
 - b. isolement protecteur
 - c. utilisation d'uniformes, gants et masques pour les gestes médicaux de toutine
 - d. toutes les méthodes ci-dessus.

.../...

36. Laquelle des mesures suivantes est importante à prendre afin d'éviter la transmission du SIDA à un membre de la famille ?
- a. bien se laver les mains
 - b. nettoyer immédiatement à l'eau de javel l'endroit où le sang a été versé
 - c. ne pas utiliser la même brosse à dents que le malade
 - d. toutes les mesures ci-dessus.
37. L'une des façons les plus importantes de limiter la propagation du SIDA est :
- a. rendre la prostitution illégale
 - b. prohiber la polygamie
 - c. faire le dépistage de tous les partenaires d'individus séropositifs ou sidéens.
 - d. aucune des 3 choses mentionnées ci-dessus.
38. Pour se protéger du SIDA, la meilleure chose à faire est de (une seule réponse)
- a. suivre les mêmes procédures que pour toutes les maladies infectieuses et contagieuses et prendre des précautions spéciales lors des rapports sexuels.
 - b. ne jamais rester en compagnie d'un séropositif
 - c. se laver soigneusement avant et après les rapports sexuels.
39. Se limiter à des activités sexuelles "sûres" empêchent la propagation du SIDA. Les consignes qui rendent les activités sexuelles plus "sûres" sont :
- (autant de réponses que voulues) :
- a. inspecter le corps de votre partenaire avant les rapports sexuels pour déceler les lésions
 - b. ne pas échanger du sang, sperme, ou sécrétions vaginales
 - c. n'avoir des rapports sexuels que très rarement
 - d. vérifier si le partenaire est en bonne santé
 - e. se limiter à un seul partenaire toute la vie entière
 - f. toutes les consignes ci-dessus

40. La seule façon d'être sûr de ne pas attraper le SIDA pour une activités sexuelle c'est :
- a. l'abstinence
 - b. l'emploi du condom
 - c. le coït interrompu
41. On peut attraper le SIDA même si l'on n'a qu'un seul partenaire sexuel
- a. Vrai
 - b. Faux.
42. Le SIDA se transmet plus aisément lors des rapports sexuels :
- a. Vaginaux
 - b. Oraux
43. Le virus du SIDA peut être tué par :
- a. Eau et savon
 - b. alcocl
 - c. eau de javel
 - d. teinture d'iode
 - e. vaseline.
44. Autres questions non satisfaites durant cette formation
- 45.
 - 46.
 - 47.
 - 48.
 - 49.
 - 50.
-